

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Tesis de grado previo a la obtención del título de Médico Especialista en Medicina 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 EL CENTRO DE SALUD LA PROPICIA, CANTÓN ESMERALDAS, PROVINCIA DE ESMERALDAS. 2021

AUTORAS:

ANGÉLICA MARÍA CORONEL PARRA

DIANA SORAYA CAICEDO MOSQUERA

DIRECTOR:

DR. ALEXIS RIVAS TOLEDO

ESMERALDAS, 2021

AGRADECIMIENTO

A Dios.

Por bendecirnos cada minuto de nuestra vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad, de debilidad y sobre todo por darnos la sabiduría, fuerza para culminar esta etapa académica.

A nuestro Director de tesis, Dr. Alexis Rivas Toledo.

Principal colaborador quien durante todo este periodo ha sido el encargado de brindarnos su guía, comprensión, paciencia, entrega valiosa y consejos para poder desarrollar nuestro trabajo de titulación y así poder llegar a la culminación del mismo de la mejor manera.

Al personal de salud del Centro de salud La Propicia, en especial a la Dra. Lisette Lujano y al Dr. Ricardo Portilla.

Por brindarnos su apoyo, acompañamiento en la recolección de la información requerida para lograr los objetivos trazados en este trabajo final de titulación previo a la obtención de nuestro título como especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios por todo cuanto él hace por nosotras, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados en nuestra vida profesional.

Uno se admira de ver altísimos rascacielos y se pregunta como esos enormes edificios se pueden mantener de pie, y solo se llega a la conclusión que son porque les pusieron muy fuertes cimientos, así pasa con los que triunfamos y obtenemos éxitos; pusimos primero un fuerte cimiento, una actitud positiva, optimista, un esperar conseguir el bien y no el mal, además de eso, un cansarse y no desanimarse en la lucha por conseguir el ideal que se anhela.

Sirva este espacio para dedicar nuestro proyecto a todas y cada una de las personas que de una u otra manera rodean y hacen que gire nuestra vida, que sin ustedes no podríamos actuar y luchar incansablemente para lograr conseguir nuestros ideales.

Angélica y Diana.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO ..... **i**
DEDICATORIA ..... **ii**
INDICE GENERAL ..... **iii**
ÍNDICE DE TABLAS ..... **vii**
ÍNDICE DE FIGURAS ..... **viii**
ÍNDICE DE ANEXOS ..... **x**
RESUMEN ..... **xi**
ABSTRACT ..... **xii**

CAPÍTULO I

1. Introducción 1
1.1. Pregunta de investigación 2
1.2. Objetivos 2
1.2.1. Objetivo general 2
1.2.2. Objetivos específicos 2
1.3. Hipótesis operativa 3
1.4. Unidad de investigación 3
1.4.1. Historia 3
1.4.2. Ubicación 3
1.4.3. Vías de acceso y áreas de influencia 4
1.4.4. Población 4
1.5. Justificación 6

CAPÍTULO II

2. Marco teórico 8
2.1. Interculturalidad 8
2.2. Salud y enfermedad. 9
2.3. Curso y ciclo de vida 10
2.4. Atención Primaria de Salud 11
2.4.1. Atención primaria de salud y relación médico paciente 12
2.5. Pandemia de COVID–19 por SARS–CoV–2 13
2.5.1. SARS–CoV–2 13

2.5.1.1. Estructura del coronavirus 13
2.5.1.2. Caracterización genómica del SARS-CoV-2 13
2.5.2. Pandemia de COVID–19 por SARS–CoV–2 14
2.5.3. Cuadros clínicos identificados 15
2.5.4. Uso de fármacos 15
2.5.4.1. Tratamientos generales 16
2.5.4.2. Terapia antiviral 16
2.5.4.2.1. Interferón alfa (IFNα) 16
2.5.4.2.2. Lopinavir / ritonavir 17
2.5.4.2.3. Ribavirina 17
2.5.4.2.4. Remdesivir 18
2.5.5. Uso de medicina tradicional 18
2.5.6. Emocionalidad y pandemia COVID–19 20
2.5.7. Autoatención 22

CAPÍTULO III

3. Metodología 24
3.1. Tipo de estudio 24
3.2. Selección de informantes 24
3.2.1. Criterios de inclusión 25
3.2.2. Criterios de exclusión 25
3.3. Guía de la entrevista etnográfica 25
3.4. Perfil sociodemográfico 26
3.5. Operacionalización de las variables de estudio 28
3.6. Aspectos bioéticos 29
3.7. Recolección de la información 29
3.8. Plan de análisis de resultados 29
3.9. Identificadores de los informantes 30
3.10. Indicadores cualitativos 32
3.11. Limitaciones del estudio 34

CAPÍTULO IV

4. Resultados 35
4.1. Perfil sociodemográfico de los participantes 35

4.2. Atención sanitaria 38
4.2.1. Definición de salud 38
4.2.2. Prácticas o creencias 40
4.2.3. Terapias utilizadas 43
4.2.4. Lugar para la atención 46
4.3. Relación médico–paciente 49
4.3.1. Barreras en la relación médico–paciente 49
4.3.2. Ventajas de la relación médico–paciente 52
4.3.3. Ambiente adecuado 55
4.4. COVID–19 58
4.4.1. Definición 58
4.4.2. Transmisión 61
4.4.3. Prevención 63
4.4.4. Cuadro clínico 66
4.4.5. Tratamiento 68
4.4.6. Pandemia y cuarentena 71
4.5. Autoatención 74

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones 77
5.1. Conclusiones 77
5.1.1. Atención sanitaria 77
5.1.2. Relación médico paciente 77
5.1.3. COVID – 19 78
5.1.4. Autocuidado 79
5.2. Recomendaciones 79
5.2.1. Ministerio de Salud Pública 79
5.2.2. Gobierno Autónomo Descentralizado del cantón Esmeraldas 79
5.2.3. Personal sanitario operativo del centro de salud La Propicia 80
5.2.4. Personal administrativo del centro de salud La Propicia 80
5.2.5. Pacientes 81
5.2.6. Familia 81
5.2.7. Comunidad 82

BIBLIOGRAFÍA 83
ANEXOS 94

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Selección de informantes 25
Tabla 2. Perfil sociodemográfico 27
Tabla 3. Operacionalización de las variables 28
Tabla 4. Identificadores de los informantes 30
Tabla 5. Indicadores cualitativos 32

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Ubicación geográfica del centro de salud La Propicia y su área de influencia . 4
Figura 2. Población del centro de salud La Propicia según grupos de edad 5
Figura 3. Población del centro de salud La Propicia según autoidentificación étnica 5
Figura 4. Indicadores cualitativos 32
Figura 5. Distribución de informantes según sexo 35
Figura 6. Distribución de informantes según grupos de edad 36
Figura 7. Distribución de informantes según grupos de edad 36
Figura 8. Distribución de informantes según procedencia 37
Figura 9. Wordsalad – Definición de salud. 38
Figura 10. Modelo de Giddens – Definición de salud. 40
Figura 11. Wordsalad – Prácticas o crencias. 40
Figura 12. Modelo de Giddens – Prácticas o crencias. 42
Figura 13. Wordsalad – Terapias utilizadas. 43
Figura 14. Modelo de Giddens – Terapias utilizadas. 45
Figura 15. Wordsalad – Lugar para la atención. 46
Figura 16. Modelo de Giddens – Lugar para la atención. 48
Figura 17. Wordsalad – Barreras en la relación médico–paciente 49
Figura 18. Modelo de Giddens – Barreras en la relación médico–paciente 52
Figura 19. Wordsalad – Ventajas de la relación médico–paciente 52
Figura 20. Modelo de Giddens – Ventajas de la relación médico–paciente 55
Figura 21. Wordsalad – Ambiente adecuado en la relación médico–paciente 55
Figura 22. Modelo de Giddens – Ambiente adecuado en la relación médico–paciente . 57
Figura 23. Wordsalad – Definición de la COVID–19 58
Figura 24. Modelo de Giddens – Definición de la COVID–19 60
Figura 25. Wordsalad – Transmisión de la COVID–19 61
Figura 26. Modelo de Giddens – Transmisión de la COVID–19 63
Figura 27. Wordsalad – Prevención de la COVID–19 63
Figura 28. Modelo de Giddens – Prevención de la COVID–19 65
Figura 29. Wordsalad – Cuadro clínico de la COVID–19 66
Figura 30. Modelo de Giddens – Cuadro clínico de la COVID–19 68
Figura 31. Modelo de Giddens – Tratamiento de la COVID–19 68
Figura 32. Modelo de Giddens – Tratamiento de la COVID–19 71

Figura 33. Wordsalad – Pandemia y epidemia 71
Figura 34. Modelo de Giddens – Pandemia y epidemia 73
Figura 35. Wordsalad – Autocuidado 74
Figura 36. Modelo de Giddens – Autocuidado 76

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado 94
Anexo 2. Guía para la entrevista semiestructurada 98
Anexo 3. Guía para la entrevista de hisroria de vida 100
Anexo 4. Memoria fotográfica 103

RESUMEN

Introducción: el Ecuador es considerado como un país rico desde el punto de vista étnico y cultural, lo cual da lugar una diversidad de prácticas y tradiciones, mismas que pueden sufrir modificaciones debido a factores como la actual pandemia derivada de la enfermedad por coronavirus. **Objetivo:** describir y analizar la construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico–paciente en el contexto de la pandemia de COVID–19 por SARS–CoV–2 en el centro de salud La Propicia, cantón Esmeraldas, provincia de Esmeraldas. 2020–2021. **Metodología:** se realizó un estudio cualitativo con enfoque etnográfico, mediante un muestreo no probabilístico, intencional de casos – tipos se seleccionaron 40 participantes, y a través de una entrevista semiestructurada, se recogieron sus impresiones, opiniones y perspectivas en relación a los temas propuestos. La información recolectada se transcribió a un documento de Microsoft Word para su posterior análisis y argumentación con la ayuda de la aplicación WORDSALAD y el Modelo gráfico sistémico de Giddens. **Resultados:** las experiencias de los informantes a cerca de los aspectos investigados en el contexto de la pandemia por COVID–19 fueron variables y estuvieron principalmente influenciadas por factores etarios, religiosos, culturales y sociales. **Conclusiones:** la construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico–paciente está determinada por acontecimientos y vivencias de naturaleza personal, social y cultural dentro de su entorno, orientándolos a comportamientos diversos en una sociedad pluricultural.

Palabras clave: Interculturalidad, Atención sanitaria, Relación médico–paciente, Pandemia, COVID–19.

ABSTRACT

Introduction: Ecuador is considered a rich country from an ethnic and cultural point of view, which gives rise to a diversity of practices and traditions, which may suffer modifications due to factors such as the current pandemic derived from coronavirus disease. **Objective:** to describe and analyze the construction of interculturality, health care and the doctor-patient relationship in the context of the COVID-19 pandemic by SARS-CoV-2 in the La Propicia health center, Esmeraldas canton, Esmeraldas province. 2020–2021. **Methodology:** a qualitative study with an ethnographic approach was carried out, through a non-probabilistic, intentional sampling of cases - types, 40 participants were selected, of which, through a semi-structured interview, their impressions, opinions and perspectives were collected in relation to the topics proposed. The information collected was transcribed into a Microsoft Word document for further analysis and argumentation with the help of the WORDSALAD application and the Giddens Systemic Graphical Model. **Results:** the experiences of the informants about the aspects investigated in the context of the COVID-19 pandemic were variable and were mainly influenced by age, religious, cultural and social factors. **Conclusions:** the construction of interculturality, health care and the doctor-patient relationship is determined by events and experiences of a personal, social and cultural nature within their environment, orienting them to diverse behaviors in a multicultural society.

Keywords: Interculturality, Health care, Doctor–patient relationship, Pandemic, COVID-19.

CAPÍTULO I

1. Introducción

A finales de diciembre de 2019, en la provincia de Hubei en China fueron identificados 27 pacientes afectados de neumonía atípica de causa desconocida (Lu & Tang, 2020). Desde aquel momento los casos a nivel mundial se han multiplicado exponencialmente hasta el punto de que el 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que la COVID–19 puede caracterizarse como una pandemia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

La pandemia de COVID–19 ha traído graves consecuencias para la humanidad, afectando principalmente a la salud pública mundial, sin dejar de lado la afectación a la economía y las repercusiones sociales que ha provocado. En el ámbito sanitario, también se han visto perjudicados aspectos tan esenciales como la relación médico–paciente; si a esto le añadimos la inequidad en el acceso a los servicios de salud debido a factores como etnia, cultura, tradiciones y desigualdades sociales, se podría estar frente a una decadencia de la calidad de la atención médica mediada por el estado pandémico al que se encuentra sometido el planeta.

Dentro de esta actual realidad, el Ecuador y específicamente la provincia de Esmeraldas no se encuentran al margen, por tal motivo, se ha planteado el presente estudio, con el objetivo de describir y analizar la construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico–paciente en el contexto de la pandemia de COVID–19 por SARS–CoV–2 en el centro de salud La Propicia, cantón Esmeraldas, provincia de Esmeraldas en el periodo 2020–2021.

Desde el punto de vista médico, y especialmente desde la perspectiva de la Medicina Familiar, la información obtenida mediante el presente estudio servirá de base para plantear estrategias encaminadas a la solución de problemas tanto médicos como sociales que afectan a la comunidad.

Finalmente, desde la óptica metodológica e investigativa, la investigación que se presenta resulta factible y viable para su puesta en práctica en el ámbito de estudio e incluso para su reproducción en diferentes escenarios a nivel nacional.

1.1. Pregunta de investigación

¿Cómo se construye la Interculturalidad, la Atención Sanitaria y Relación Médico–Paciente (RMP) en el contexto de la Pandemia de COVID–19 por SARS–CoV–2 en el Centro de Salud La Propicia, Cantón Esmeraldas, Provincia de Esmeraldas. 2021?

1.2. Objetivos

La pregunta y los objetivos de investigación fueron definidos por. Alexis Rivas, miembro de PMFC y posteriormente adaptados al estudio realizado en el centro de salud La Propicia, cantón Esmeraldas, provincia de Esmeraldas. 2021

1.2.1. Objetivo general

- Describir y analizar la construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico–paciente en el contexto de la pandemia de COVID–19 por SARS–CoV–2 en el centro de salud La Propicia, cantón Esmeraldas, provincia de Esmeraldas 2021.

1.2.2. Objetivos específicos

- Describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes al respecto de la pandemia de COVID–19 por SARS–CoV–2.
- Describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes al respecto de la Atención Primaria de la Salud en el contexto de la pandemia de COVID–19 por SARS–CoV–2.
- Describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes al respecto de la relación médico–paciente en el contexto de la pandemia de COVID–19 por SARS–CoV–2.

1.3. Hipótesis operativa

La investigación aportará información relevante que permitirá enriquecer y profundizar el conocimiento a cerca de la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente en el Centro de Salud La Propicia en el contexto de la pandemia de COVID–19.

1.4. Unidad de investigación

1.4.1. Historia

Hace algo más de 45 años, tras la muerte de su propietario el señor Folker Anderson, la hacienda bananera y ganadera llamada La Propicia, fue adquirida por la compañía Tatiana Astral, la misma que a su vez la cedió a la empresa Sua limitada. Al cesar las funciones de esta última, hace aproximadamente 35 años, los terrenos fueron invadidos por pobladores de la provincia de Esmeraldas, dando lugar a dos asentamientos consecutivos denominados La Propicia 1 y La Propicia 2 respectivamente según su creación, denominaciones que se mantienen hasta la actualidad.

Ante la necesidad de un establecimiento que garantice el estado de salud de la población de estos sectores, en el año 1993, se crea el centro de salud La Propicia, que inicialmente funcionaba en los bajos del domicilio de una habitante de la localidad, conocida como Doña Petra, permaneciendo de esta manera por aproximadamente dos años, para luego ser trasladado al lugar en el que funciona actualmente.

1.4.2. Ubicación

El centro de salud la propicia se encuentra ubicado en la zona urbana del cantón Esmeraldas de la provincia del mismo nombre, 5 km al sur de la ciudad de Esmeraldas, en la parroquia Simón Plata Torres, sobre la avenida Circunvalación y calle Octava; y

pertenece al distrito de salud 08D01. Se encuentra cercano a otras importantes instituciones de salud como SOLCA y la ex maternidad Virgen de la Buena Esperanza.

Limita al Norte con el barrio La Propicia 1, al Sur con el barrio La Propicia 2, al Este el río Esmeraldas y al Oeste con el río Teaone.

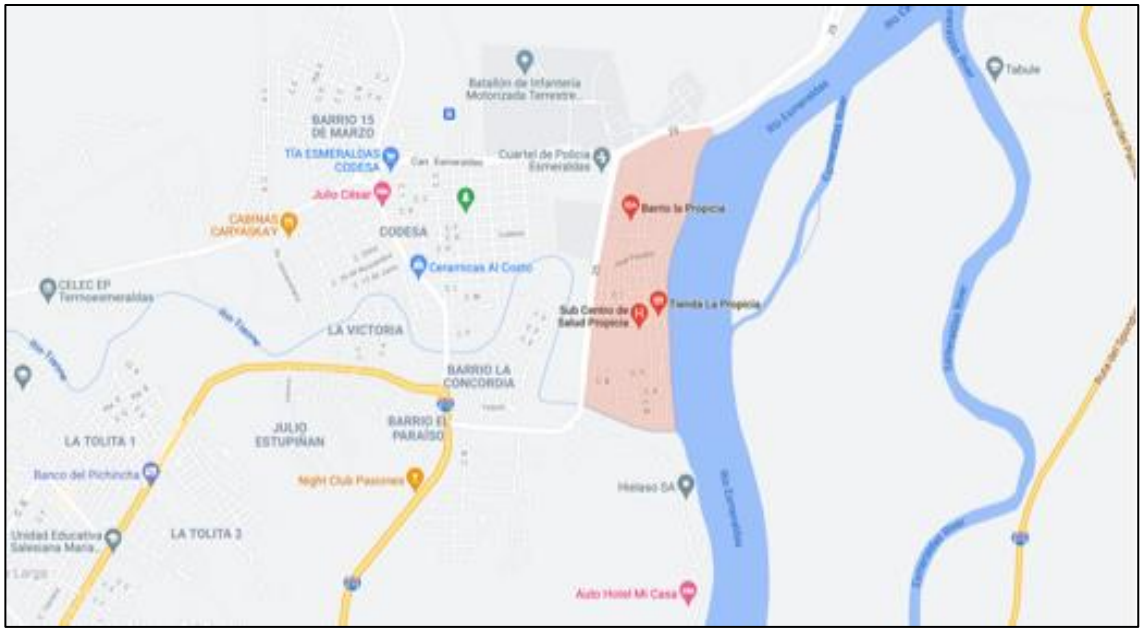


Figura 1. Ubicación geográfica del centro de salud La Propicia y su área de influencia

Fuente: Google Maps.

1.4.3. Vías de acceso y áreas de influencia

La principal vía de acceso a la unidad operativa es la terrestre, y al encontrarse dentro del perímetro urbano se manejan tiempos cortos de llegada; únicamente los habitantes de Isla Burrera necesitan recurrir a la vía fluvial para acceder al centro de Salud.

Dentro del área de influencia se encuentran los barrios La Propicia 1 y 2, Winchele, Nueva concordia, villas de Petroecuador e isla Burrera.

1.4.4. Población

El centro de salud la Propicia cuenta con una población asignada para el año 2020 de 9725, distribuida de la siguiente manera (Figura 2):

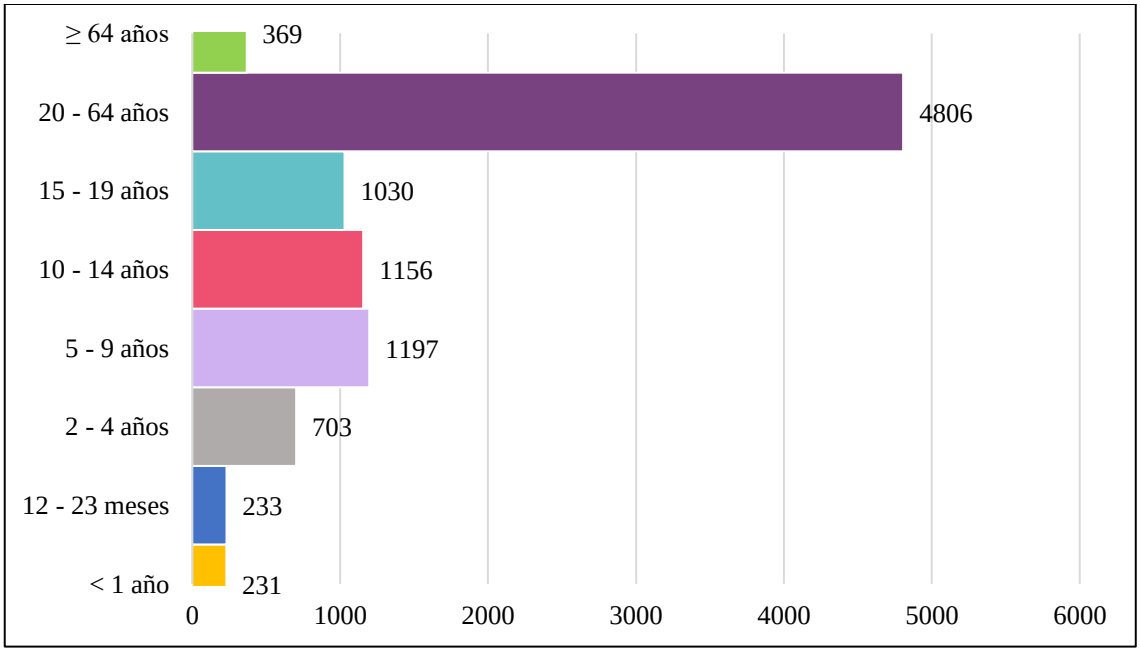


Figura 2. Población del centro de salud La Propicia según grupos de edad

Fuente: Análisis Situacional Integral de Salud del centro de salud La Propicia (ASIS), 2021

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

Respondiendo a los flujos migratorios que se observan en el sector, se observan diferencias en cuanto a la auto identificación étnica de los habitantes, con un claro predominio de la población mestiza, seguida de la afroecuatoriana (Figura 3).

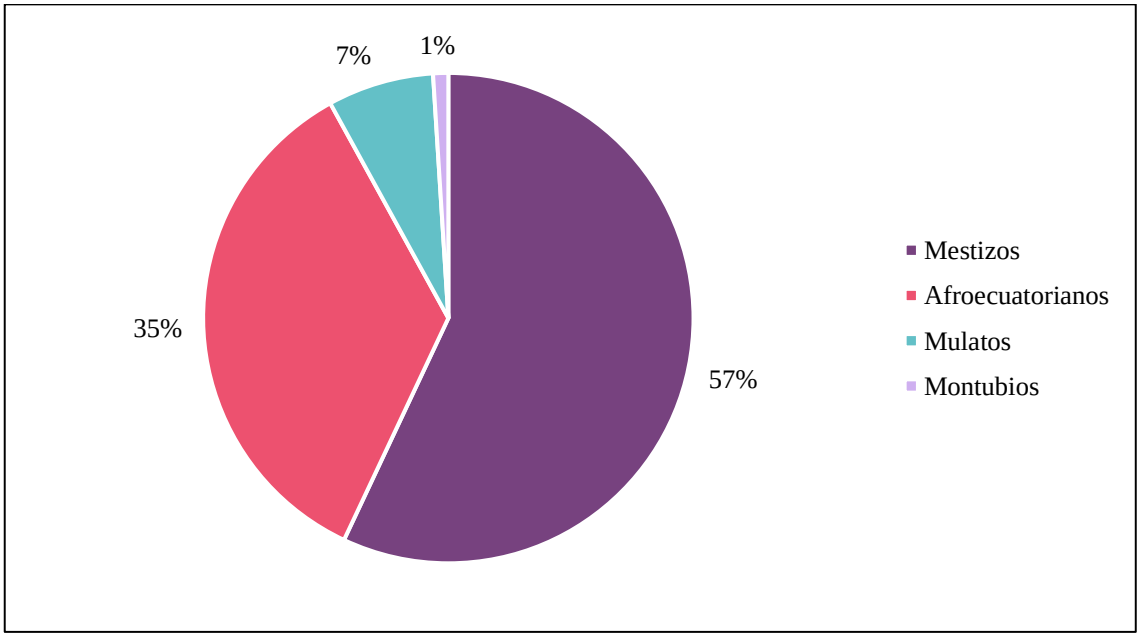


Figura 3. Población del centro de salud La Propicia según autoidentificación étnica

Fuente: ASIS centro de salud La Propicia, 2021

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

1.5. Justificación

Solucionar los problemas relacionados con la salud y la enfermedad ha sido la más grande preocupación del ser humano, probablemente desde su origen mismo, sin embargo, es solo hace algunas décadas que se aprecia la salud como entidad en sí misma, es decir, no solo se trata de curar la enfermedad o disminuir el sufrimiento, sino también de preservar la salud y mejorar la calidad de vida.

La salud, se define, según la OMS, como el "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia" (OMS, 1948). Entonces resulta lógico considerar que el ámbito en el que se desarrolla el ser humano y todos los sistemas sociales incluidos incide de manera directa en su estado de salud, ya sea, positiva o negativamente. En este sentido se puede dilucidar que la reciente pandemia de COVID–19 ha afectado notablemente no solo la salud de la población, sino también sus costumbres, tradiciones y estilos de vida.

La pandemia de COVID–19 ha afectado todos los niveles de los sistemas de salud a nivel mundial, principalmente la Atención Primaria de Salud (APS), la cual a su vez desempeña un papel fundamental en el control de los contagios y en mantener la mortalidad lo más baja posible; para de esta manera, evitar un pico epidémico que pueda desbordar los servicios sanitarios, mantener el impacto económico en un nivel gestionable y aplanar la curva epidémica (Llor y Moragas, 2020).

Por otro lado, el gran desarrollo tecnológico que alcanzó la humanidad durante el siglo XX ha tenido gran repercusión en todos los aspectos de la humanidad, y el sector de la salud no ha podido ser la excepción, es así, que el modelo biomédico y tecnológico se ha afianzado como el predominante dentro del proceso Salud – Enfermedad de la población. No obstante, este paradigma ha demostrado incapacidad para resolver los problemas sanitarios relacionados con la salud familiar y comunitaria, al enfocarse en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad como entidad específica, pero sobre todo porque considera al ser humano como un ser aislado. Estas circunstancias han conducido a una práctica médica con mermados valores, que conllevan a una relación médico paciente inadecuada y consecuentemente a la percepción de una atención sanitaria de mala calidad (Mejía y Romero, 2017).

En este panorama, se requiere un total empoderamiento del personal de salud para restablecer una acertada relación médico–paciente, la misma que es imperativa en la restauración de salud, entendiendo al paciente como ser humano autónomo y capaz de tomar decisiones en cuanto a su salud (Mejía y Romero, 2017).

El Ecuador es una nación rica étnica y culturalmente hablando, lo que se a su vez se refleja en la provincia de Esmeraldas, en la cual existen proporciones similares y predominantes de mestizos y afroecuatorianos, pero además se encuentra la presencia de indígenas, montubios, blancos y demás. En este contexto, siempre se ha existido la necesidad de establecer un modelo pluricultural que involucre la salud y la sociedad, y trascienda la atención médica. Para llevar a cabo este proceso son necesarias modificaciones estructurales perdurables en el tiempo y obligaciones por sobre los actores del sistema sanitario, pues son los servicios estatales en conjunto con los pueblos y nacionalidades los que deben precisar los cimientos para una propuesta multicultural de sociedad (Alarcón, Vidal y Neira Rozas, 2003).

Dentro del contexto descrito anteriormente, nace la Medicina Familiar y Comunitaria; la misma que, además de contar con un cuerpo intrínseco de conocimientos, integra las ciencias biológicas, clínicas y conductuales; definiendo a la familia como la base fundamental de la sociedad y como un sistema abierto que mantiene incidencia de manera bidireccional con el entorno.

Por todo lo anteriormente mencionado, se considera esencial el análisis y descripción de las prácticas, aptitudes y conocimientos en relación con la interculturalidad, atención sanitaria y la relación médico-paciente en el contexto actual de la pandemia de COVID – 19.

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1. Interculturalidad

El propósito de la implementación del concepto de interculturalidad es dar origen una sociedad legítima y equilibrada, que respete las diferencias, consideradas como análogos de enriquecimiento, y den lugar a una coexistencia, permitan una convivencia de carácter armónico y de aprendizaje recíproco entre los diferentes colectivos socio–culturales vinculados (Rodríguez, 2017).

La interculturalidad en el campo sanitario es una denominación emergente, que nace en consecuencia a las reclamaciones de las comunidades indígenas por su derecho a su identidad cultural, pero también se relaciona a una tendencia global de introducir el "derecho a la diferencia", que diferencia y promulga la coexistencia entre grupos de diferentes culturales dentro del mismo ámbito geográfico (Salaverry, 2010).

A pesar de que, dentro del ámbito de América del Sur, el Ecuador podría ser considerado como un país pequeño, sin embargo, es una entidad tanto política como social compleja (Ayala, 2014). Es así que el mismo Estado ecuatoriano se ha conceptualizado como intercultural y plurinacional cuyas leyes y reglamentos se han ampliado y definido dichas nociones. Ahora bien, las consideraciones hechas en base a la problemática de la interculturalidad en el Ecuador suponen restringirla a un fenómeno meramente indígena; por otro lado, la sociedad civil se ha mantenido a la orilla de las necesidades profundas que obliga el ejercicio de la interculturalidad. Es por esto que su contenido puede ser considerado notable, ya que, si bien en el ámbito jurídico la interculturalidad se presenta con claridad; en la práctica, se considera imperativa la puesta en curso de bastos procedimientos que permitan a la sociedad ecuatoriana el fomento de verdaderas competencias interculturales (Higuera y Castillo, 2015).

En el Ecuador, el rol protagónico de la cultura en el avance nacional ha sido señalado en importantes documentos como el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009–2013, en el cual la influencia cultural en el bienestar está relacionado a la aseveración de una identidad nacional y a la consolidación del multiculturalismo (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO], 2014).

La pluralidad tanto étnica como cultural de la que goza el Ecuador se expone a través de los grupos étnicos, las lenguas nativas, culturas precolombinas, artesanías, juegos, deportes tradicionales, entre otros. En este sentido, dentro del territorio nacional, se distinguen 17 pueblos y nacionalidades distribuidos en amerindios, afroecuatorianos, mulatos, blancos y mestizos (Consejo de Desarrollo de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador [CODENPE], 2011).

Por su parte, en la provincia de Esmeraldas, desde el punto de vista étnico, predominan los mestizos y afroecuatorianos con el 44,7% y el 43,10% respectivamente; seguidos por blancos con el 5,9%; indígenas con el 2,8%; montubios con el 2,4% y finalmente otros con el 0,3%, (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2011), lo que denota que en la provincia se mantiene en la misma línea nacional, en cuanto a la diversidad étnica y cultural.

2.2. Salud y enfermedad.

Desde su desarrollo en el siglo XIX e inicios del siglo XX, la medicina occidental englobó a la salud dentro de un concepto reduccionista, basado únicamente en la ausencia de dolencias o enfermedades y definido por parámetros físicos.

Posteriormente, la OMS provoca hasta cierto punto una revolución en la salud, definiéndola como un "estado de completo bienestar físico, mental y social, no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 1946). Esta definición se globalizó inmediatamente, a tal punto que obligó a los países a rever sus sistemas de salud, que hasta ese entonces giraban alrededor de una premisa meramente biológica (Leonardi, 2018).

A pesar de que esta última definición expande la salud al bienestar, carece de claridad; pues sugiere confusamente que, la ausencia de enfermedad es imprescindible, más no suficiente para estar saludable. En otras palabras, todos los seres humanos de una u otra manera presentan alguna dolencia e incluso están enfermos. No es la ausencia de enfermedad lo que prepara el escenario para la salud, sino la plenitud de la vida (Bradley, Goetz, & Viswanathan, 2018).

Por otro lado, la definición de salud no es solo una cuestión teórica, porque tiene muchas implicaciones para la práctica, la política y los servicios de salud. Asumiendo una perspectiva epistemológica, la necesidad de una definición única debe rechazarse a favor de un enfoque plural en el que no pueda existir la mejor definición de salud, pero muchas definiciones diferentes, más o menos útiles dependiendo del alcance de la aplicación (Leonardi, 2018).

2.3. Curso y ciclo de vida

El concepto de curso de vida abarca los momentos continuos de la vida y tanto el desarrollo del ser humano, así como los resultados en temas de salud dependen de la estrecha relación entre varios determinantes a lo largo de la vida, de trayectorias acumulativas y situaciones individuales propias de cada persona, mismas que a su vez podrían tener la influencia del contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural; asumiendo que la inversión en estrategias generacionales oportunas influenciará en las siguientes y que el mayor beneficio de una etapa vital puede ser el resultado de intervenciones realizadas en periodos previos (Ministerio de Salud de Colombia [MINSALUD], s. f.).

Epidemiológicamente, el curso de la vida constituye el estudio de la salud individual, familiar y comunitaria como consecuencia de influencias biológicas, psicológicas, físicas y sociales que van desde la gestación, la infancia, la adolescencia, la juventud y la vida adulta, con mayores repercusiones en ciertos periodos críticos del desarrollo (Bacallao, Alerm y Ferrer, 2016).

La perspectiva de curso de vida se sobrepone al de ciclo de vida, pues incorpora la totalidad de este último, reconociendo la presencia de etapas críticas en relación con el crecimiento y desarrollo en cada una de las etapas vitales, en las cuales, determinados factores ambientales resultarían más perjudiciales para la salud y afectarían más al potencial de salud perdurable que en otras etapas de la vida, lo cual irremediablemente impacta negativamente en la trayectoria vital de los individuos (MINSALUD, s.f.).

Por su parte el ciclo de vida hace referencia al desarrollo desglosado en etapas de una idea lineal; contrastando con la visión del curso de vida, la misma que define el

desarrollo como un proceso de vida que se edifica a lo largo de la vida e interviene tanto los sujetos como en las familias (MINSALUD, s.f.).

2.4. Atención Primaria de Salud

La ineficacia del modelo biomédico de atención de la salud fue un gran impulso para que en el año de 1978 tenga lugar la histórica conferencia de Alma–Ata, en la cual la organización Mundial de la Salud (OMS) establece de una vez por todas los conceptos de Atención primaria de Salud (APS) y propone que todos los sistemas de salud se reorganicen en base a la misma (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP] y Organización panamericana de la Salud [OPS], 2017).

En la misma declaración de Alma–Ata, la OMS (1978) define a la APS como:

> La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Los sistemas de salud que basan su atención en la APS enfocan sus estructuras y labores hacia la equidad y la solidaridad de la sociedad, y el derecho de las personas a disfrutar del máximo nivel de salud posible, sin diferencias de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Un sistema de este tipo se mantiene operativo, en base a la capacidad para responder equitativa y eficientemente a las necesidades de salud de la ciudadanía, sumada a la habilidad de cuidar el progreso para fortalecimiento ya la modernización permanente; la obligación y responsabilidad de los gobernantes en la rendición de cuentas; la sostenibilidad; la participación; la guía hacia las pautas más

importantes de calidad y seguridad; y la implementación de intervenciones intersectoriales (OMS y OPS, s. f.).

2.4.1. Atención primaria de salud y relación médico paciente

Desde el advenimiento de la medicina, la relación médico–paciente (RMP) fue considerada de tan natural que prácticamente ha sido pasada por alto, o simplemente no se hablaba de ella. Sin embargo, esta menospreciada relación de confianza entre dos seres humanos ha sido y continúa siendo por si sola, capaz de solucionar bastos problemas dentro del ámbito de la salud (Arrubarrena, 2011).

La RMP ha presentado una serie de variaciones a través del tiempo, así, a partir de las ideas de Hipócrates el principio de beneficencia en todo momento fue comprendido como una acción de carácter paternalista del médico. En las últimas 5–6 décadas, el concepto de autonomía ha adquirido cada vez más importancia. Para el médico resultado complicado dejar de lado el paternalismo y procrear una relación más armónica y simétrica con su paciente. En cuanto al principio de justicia, actualmente el médico es exigido no solo a llegar a un diagnóstico y establecer un tratamiento, sino que además es responsable de la gestión de los recursos sanitarios (Celedón, 2016).

En los últimos 25 a 30 años, los vertiginosos avances científicos y tecnológicos en los cuales ha estado inmerso el sector salud han provocado que la RMP tome preponderancia, paradójicamente bajo la idea de que la misma está siendo relegada (Arrubarrena, 2011; Mejía y Romero, 2017).

Actualmente, la RMP adquiere distintas formas o concepciones en dependencia del lugar en donde se desarrolle, en una oficina médica particular, la sala de espera de un centro hospitalario, en una unidad del primer nivel de atención, etc., pero, sea como sea, al ser adecuada, esta relación se fundamenta en lo que podría considerarse un tipo de amistad, la amistad médica, en la cual el médico por su parte aporta con su voluntad y su conocimiento y el paciente su confianza en el sanitario que lo atiende. Este precepto es acertado aun cuando la medicina moderna engloba un conjunto de procedimientos puestos en práctica por una diversidad de protagonistas del equipo sanitario, con quienes el paciente en algún momento establece una relación de tipo interpersonal (Mendoza, 2017).

2.5. Pandemia de COVID–19 por SARS–CoV–2

2.5.1. SARS–CoV–2

2.5.1.1. Estructura del coronavirus

Hay 4 subgrupos principales de coronavirus (α, β, γ y δ). Entre estos, existen 6 miembros del grupo α, en los cuales se incluyen los que producen afectación al ser humano Cov–229E y CoV-HKU1. El grupo β incorpora los patógenos humanos CoV–OC43, SARS–CoV y MERS–CoV (Lefkowitz *et al*., 2018). El SARS–CoV–2 también es un coronavirus β; las secuencias de aminoácidos dentro de los siete dominios conservados dentro del marco de lectura abierto genómico 1ab (ORF1ab) son 94,6% idénticas a las del SARS-CoV original (Zhou, *et al.*, 2020).

La partícula del virión del coronavirus es típicamente redonda o de múltiples formas. Mide 120-160 nm de diámetro e incluye una proyección en forma de pétalo que consta de una proteína triple Spike (S), que es una característica común de los coronavirus. La proteína S interviene en la unión del virus y la fusión de la membrana en el momento de la infección (Shi, *et al.*, 2020).

A parte de la proteína S característica, los genomas del coronavirus generalmente codifican otras tres proteínas estructurales, que incluyen la proteína de Membrana (M), la proteína Envelope (E) y la proteína Nucleocapside (N). La proteína M del coronavirus, de 218 a 263 aminoácidos (aa), tiene un N-terminal modificado por un O- o N-glicano y una cola C-terminal hidrofílica. La proteína E, 74-109 aa, puede participar en la promoción de la virulencia; típicamente hay alrededor de 20 copias de esta proteína por virión. La proteína N del coronavirus, de 349 a 470 aa, es una proteína fosforilada unida a ARN que facilita el plegamiento apropiado del ARN genómico en la nucleocápside (Shi, *et al.*, 2020).

2.5.1.2. Caracterización genómica del SARS-CoV-2

El virión del SARS-CoV-2 tiene un diámetro de 60 a 140 nm y un genoma de ARN monocatenario de 29891 pb de sentido positivo (Zhou, *et al.*, 2020). La alineación de la secuencia del genoma ha revelado una identidad de secuencia del 79,5% entre el SARS-CoV-2 y el SARS-CoV y una identidad notable del 93,1% con la secuencia del

virus RaTG12 aislado de un murciélago (Rhinolophus af- finis) que reside en la provincia de Yunnan. China (Chan, *et al.*, 2020; Zhou, *et al.*, 2020); estos últimos resultados sugieren que el SARS-CoV-2 puede originarse a partir de un virus que es endémico en esta especie de murciélago. El análisis genómico comparativo basado principalmente en insertos de secuencia identificados en la proteína S de un coronavirus aislado del pangolín (Orden, Pholidota; Familia, Mani- dae) sugirió que estos mamíferos eran probablemente los huéspedes intermediarios para la transmisión entre especies (Zhang, Wu & Zhang, 2020).

Un análisis completo del genoma del SARS-CoV-2 junto con el del SARS-CoV reveló la presencia de casi treinta ORF y dos inserciones novedosas (Cui, *et al.*, 2020). Los análisis del genoma del SARS-CoV y los coronavirus de murciélago indican que las secuencias de ORF6, ORF8 y el gen S muestran un grado comparativamente bajo de conservación de la secuencia entre los coronavirus en general. Sin embargo, los genomas de los virus bat-SL-CoVZC45 (GenBank ID: MG772933), bat-SL-CoVZXC21 (GenBank ID: MG772934) y RaTG13 (GenBank ID: MN996532) son en general bastante similares a los del SARS-CoV-2, más notablemente con respecto a ORF8 (Chan *et al.*, 2020; Cui, *et al.*, 2020). Actualmente existen varias variantes de ORF8 caracterizadas codificadas por el genoma del SARS-CoV-2. Las implicaciones completas de estas observaciones aguardan una mayor comprensión de la función de ORF8 dentro del SARS-CoV-2 (Shi, *et al.*, 2020).

2.5.2. Pandemia de COVID–19 por SARS–CoV–2

La pandemia mundial de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID–19) ha presentado una gran amenaza para la salud pública en todo el mundo. COVID–19 es la consecuencia de la infección por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS–CoV–2) por primera vez aislada e identificada en sujetos expuestos en un mercado de mariscos en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China en diciembre de 2019 (Zhu, *et al.*, 2020). Similar a los hallazgos relacionados con el SARS–CoV y el coronavirus del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS–CoV) se cree que el SARS–CoV–2 puede cruzar especies para iniciar infecciones humanas primarias; actualmente se transmite principalmente por transmisión de persona a persona. Aunque la tasa de letalidad de COVID–19 (estimada en 2% -3%) es menor que la de SARS

(aproximadamente 10%) y MERS (aproximadamente 40%), la pandemia asociada con COVID–19 ha sido mucho más grave. (Shi, *et al.*, 2020).

El brote epidémico persistente por SARS-CoV-2 representa un desafío sustancial para los gobiernos, las personas y la sociedad en su conjunto. Este nuevo problema de salud comunitaria está asustando al universo con el colapso clínico, psicológico, emocional del sistema de salud y la desaceleración económica en todas y cada una de las partes del mundo afectando a más de 200 países (Madabhavi, Sarkar & Kadakol, 2020).

Hasta la fecha, en el Ecuador, se han reportado 190 909 casos positivos para COVID–19 confirmados por PRC. Del total de casos a nivel nacional, 4 820 corresponden a la provincia de Esmeraldas y de estos 2 275 se encuentran en el cantón Esmeraldas (MSP, 2020). Por su parte, la provincia de Esmeraldas presenta al momento 116 fallecidos por COVID–19, dando así una letalidad del 5,6% y una mortalidad de 5,3 fallecidos por cada 10 000 habitantes (Coordinación Zonal 1 – Salud [CZ1], 2020).

2.5.3. Cuadros clínicos identificados

Inicialmente, las manifestaciones características de la COVID-19 son tos seca, fiebre, mialgias y disnea, y en menor proporción se encuentra cefalea, rinorrea, odinofagia, vómitos y diarrea. En el caso de cuadros graves, habitualmente se encuentra disnea y/o hipoxemia aproximadamente 7 días posteriores del inicio, más adelante rápidamente se desarrollan shock séptico, (Síndrome de distrés respiratorio agudo) SDRA, acidosis metabólica de difícil corrección y anormalidades de la coagulación. Además, es de considerar que los casos graves y críticos también pueden presentarse únicamente con fiebre baja, o incluso sin fiebre evidente, y los pacientes leves sólo muestran fiebre baja, fatiga leve y ausencia de neumonía. Estos casos asintomáticos o leves también pueden propagar el SARS-CoV-2 entre humanos (Wang, *et al.*, 2020; Huang, *et al.*, 2020).

2.5.4. Uso de fármacos

Los pacientes catalogados como sospechosos y confirmados deben ser admitidos y tratados en centros hospitalarios que dispongan de condiciones de protección y

aislamiento eficaces. Los casos sospechosos deben ser aislados en una habitación específica, mientras que, los casos confirmados pueden ser ingresados en la misma sala. Por su parte, los pacientes críticos deben ser ingresados en la unidad de cuidados intensivos lo más pronto posible (Li, *et al.*, 2020).

2.5.4.1. Tratamientos generales

Las medidas generales de tratamiento incluyen reposo en cama y tratamiento sintomático, se debe asegurar una ingesta suficiente de energía que permita el mantenimiento adecuado del medio interno del paciente (líquidos, electrolitos y otros factores ambientales internos) y monitoreando los signos vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial, saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria, etc.) (Li, *et al.*, 2020).

Hasta el momento, no se dispone de un tratamiento considerado eficaz para el manejo de la infección por SARS–CoV–2, sin embargo, los fármacos generalmente utilizados incluyen inhibidores de la inflamación, agentes antivirales, heparinas de bajo peso molecular, plasma e inmunoglobulinas hiperinmunes. Con base en las características patológicas y las diferentes etapas clínicas de COVID–19, los investigadores clínicos están usando y probando una variedad de tratamientos posibles (Stasi, Fallani, Voller & Silvestri, 2020).

2.5.4.2. Terapia antiviral

2.5.4.2.1. Interferón alfa (IFNα)

IFNα es un miembro de la familia de IFN de tipo I que juega un papel importante en la resistencia que presenta el paciente a la infección por el virus. El IFNα reprime suprime la infección viral interfiriendo directamente en su replicación y promoviendo respuestas inmunes tanto innatas como adaptativas. Los experimentos in vitro demostraron que el IFNα inhibe eficazmente la replicación del SARS–CoV (Ströher, 2004; Zorzitto, Galligan, Ueng & Fish, 2006). También se ha informado de que los monos cinomolgus están protegidos de la infección por SARS CoV mediante el tratamiento con IFNα (Haagmans, *et al.*, 2004). Además, en un ensayo clínico piloto se demostró el beneficio terapéutico del IFNα recombinante sintético para pacientes con SRAS (Loutfy,

et al., 2003). Por tanto, el IFNα debe considerarse un fármaco candidato para la terapia con COVID–19.

2.5.4.2.2. Lopinavir / ritonavir

Lopinavir / ritonavir se conoció por primera vez como un inhibidor de proteasa que interfiere con la replicación y síntesis del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), lo que lleva a la producción de partículas virales inmaduras y no infecciosas (Pulido, *et al.*, 2008).

Se ha informado de que ritonavir y lopinavir pueden fijarse a la endopeptidasa C30 de la proteasa del SARS–CoV–2 según la evaluación de modelos moleculares (Lin, Shen & Guo, 2020). Esto sugiere que lopinavir / ritonavir pueden ejercer un efecto antivírico al inhibir la síntesis de proteínas del SARS–CoV–2. Además, varias líneas de evidencia mostraron que el tratamiento con lopinavir / ritonavir solo o en combinación con otros fármacos antivirales demostró mejorar el resultado de los pacientes graves con SRAS o MERS al mejorar el SDRA (Sheahan, *et al.*, 2020). Dado que el SARS–CoV–2 es similar a estos dos virus, lopinavir / ritonavir puede tener un efecto beneficioso sobre COVID–19. Se necesitan estudios futuros para probar esta posibilidad.

2.5.4.2.3. Ribavirina

La ribavirina es un análogo de nucleósido con amplia actividad antiviral. Puede prevenir la replicación de virus de ARN y ADN suprimiendo la actividad de la inosina monofosfato deshidrogenasa, que es necesaria para la síntesis de guanosina trifosfato (GTP). La ribavirina se utilizó ampliamente para tratar a los pacientes con SRAS con o sin el uso concomitante de esteroides durante el brote de SRAS en Hong Kong. Por tanto, la ribavirina podría considerarse como una opción de tratamiento para los pacientes con COVID-19 (Li, *et al.*, 2020).

2.5.4.2.4. Remdesivir

Se informó que el análogo de nucleósido remdesivir (GS-5734) inhibe el SARS-CoV y el MERS-CoV in vivo (De Wit, *et al.*, 2020). Más recientemente, un estudio in vitro mostró que remdesivir bloqueaba de forma potente la infección por SARS-CoV-2 a concentraciones micromolares bajas y mostraba un índice de selectividad elevado (Wang, *et al.*, 2020). Además, el primer caso de infección por SARS-CoV-2 en los EE.UU. se trató con remdesivir intravenoso cuando el estado del paciente se deterioró (Holshue, *et al.*, 2020). Aunque remdesivir tiene algunos beneficios para el tratamiento de la neumonía COVID-19, aún se requieren ensayos controlados aleatorios para determinar su eficacia y seguridad (Li, *et al.*, 2020).

En conjunto, estos medicamentos antivirales pueden ser opciones de tratamiento prometedoras para el tratamiento de COVID-19. Sin embargo, también hay algunos puntos que vale la pena señalar aquí: (i) se debe considerar la posible interacción de estos medicamentos antivirales con otros medicamentos terapéuticos; (ii) también deben tenerse en cuenta las reacciones adversas causadas por lopinavir/ritonavir, como diarrea, náuseas, vómitos y daño hepático; (iii) no se recomienda usar tres o más medicamentos antivirales al mismo tiempo, y se debe suspender el uso de medicamentos relacionados cuando haya efectos secundarios intolerables; y (iv) se necesita una mayor evaluación de la eficacia de los fármacos antivirales actuales en aplicaciones clínicas (Li, *et al.*, 2020).

2.5.5. Uso de medicina tradicional

La crisis que ha provocado la pandemia por COVID–19 ha puesto de manifiesto el creciente uso de la medicina natural y tradicional en varios países del mundo, más aún ante las limitadas opciones en cuanto a tratamiento farmacológico. En este sentido, la medicina tradicional se plantea como una buena opción adicional a los métodos convencionales, sin embargo, su eficacia aún se encuentra en entredicho.

La glicirricina, sustancia activa obtenida de las raíces de regaliz utilizado en la medicina oriental, podría inhibir de manera eficaz la replicación de CoV asociado al SRAS in vitro. Además, se han utilizado altas dosis de glicirricina en ensayos clínicos y se informó que el compuesto era clínicamente eficaz para el tratamiento del SARS en ese

momento (Li, *et al.*, 2020). Recientemente, se aseveró el probable efecto anti–COVID–19 de la glicirricina por su capacidad de unirse a ACE2 (Chen & Du, 2020).

Hesperetina, que de igual manera es utilizada en la medicina tradicional china, se trata de un flavonoide presente en las frutas cítricas. En dependencia de la dosis, esta sustancia suprime la actividad de escisión de la proteasa similar a 3C (3CLpro) del SARS-CoV en ensayos clínicos con o sin células (Lin, *et al.*, 2005). Por otro lado, se conoce que potencialmente puede inhibir la ECA2 y, por lo tanto, bloquear la infección por el SARS-CoV-2 (Chen & Du, 2020).

La baicalina, otra medicina tradicional china a base de hierbas es una flavona aislada de Scutellaria baicalensis. Se ha demostrado mediante pruebas de neutralizantes que la baicalina tiene actividad antiviral frente a 10 aislados clínicos de SARS–CoV (Che, *et al.*, 2004).

Además, se ha informado que la quercetina, una flavona vegetal ampliamente utilizada en la medicina tradicional china y la medicina botánica, puede ejercer efectos antivirales, al inhibir el 3CLpro del SARS-CoV y bloqueando el ingreso del SARS-CoV en las células huésped (Yi, *et al.*, 2004; Chen, *et al.*, 2006). En otras palabras, los estudios citados anteriormente dejan de manifiesto la importancia de la medicina china en la prevención y el tratamiento de la neumonía COVID–19.

En el Ecuador, al igual que en el resto del mundo, han surgido varias opciones empíricas de tratamiento o prevención de la COVID–19, las cuales no cuentan con sustento científico para su aplicación. El agua de mar o suero salino aplicado por vía parenteral es una de estas cuestionadas terapias, la misma que según la creencia popular proporciona a quien la utiliza, efectos terapéuticos e incluso refuerzo inmunológico. Sin embargo, su utilización está lejos de esta realidad, pues el agua de mar puede contener varios patógenos que podrían ser los causantes de infecciones sistémicas graves al entrar en el torrente sanguíneo; por otro lado, su alta concentración de cloruro de sodio deja la posibilidad de alteraciones electrolíticas (Moreno-Piedrahita Hernández y Jimbo, 2020).

El dióxido de cloro (ClO2) generalmente utilizado como desinfectante y antimicrobiano y en la potabilización de agua, es otra de las sustancias que ha surgido como posible terapia en el tratamiento del COVID – 19; sin embargo, al momento no existe evidencia que sustente su beneficio terapéutico (Moreno-Piedrahita Hernández y

Jimbo, 2020). Por el contrario, su uso indiscriminado se ha visto asociado a insuficiencia respiratoria, insuficiencia hepática aguda, ritmos cardíacos anormales y posiblemente mortales (Administración de Alimentos y Medicamentos [FDA], 2020).

Al igual que el resto de la población ecuatoriana, la esmeraldeña está a la merced de la utilización de terapias alternativas como las mencionadas anteriormente, las mismas que como se ha descrito, carecen de sustento científico válido, llevando a quienes la utilizan a poner en riesgo su salud y consecuentemente la vida.

2.5.6. Emocionalidad y pandemia COVID–19

En los últimos meses, tras el brote de la infección por coronavirus, una cantidad cada vez mayor de información y preocupaciones están impactando en la salud mental global. Los medios de comunicación mundiales, las organizaciones de salud locales e internacionales (incluida la Organización Mundial de la Salud), los epidemiólogos, los virólogos y los formadores de opinión publican información, recomendaciones y actualizaciones minuto a minuto sobre la propagación y la letalidad del COVID–19. No obstante, la carga de esta infección en la salud mental mundial se descuida actualmente, incluso si puede desafiar a los pacientes, la población en general, así como a los responsables políticos y las organizaciones y equipos de salud (Torales, O'Higgins, Castaldelli-Maia & Ventriglio, 2020).

En la emergencia por COVID–19, el personal sanitario ha estado lidiando con un riesgo incrementado a la infección potenciado por medidas de protección inadecuadas, además de frustración, exceso laboral, actos discriminatorios, aislamiento social, pacientes con emociones negativas, alejamiento de familiares y seres queridos y agotamiento extremo (Kang *et al.,* 2020). En este sentido, la aparición de problemas relacionados con la salud mental es evidente, entre los cuales destacan estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y miedo (Jones, Thompson, Dunkel Schetter & Silver, 2017). Estos problemas no solo afectan la atención, la comprensión y la capacidad al momento de tomar decisiones, lo que afecta negativamente el manejo de la COVID–19, sino que, además podrían afectar de manera perenne la salud y bienestar general del personal (Kang *et al.*, 2020).

La prevalencia en la población general de trastorno de estrés postraumático (TEPT) ha oscilado entre el 4% y el 41%; la depresión mayor incrementó su prevalencia en un 7% después del advenimiento de la COVID–19. Existen además varios determinantes que pueden potenciar el riesgo de desarrollar las entidades descritas, entre los cuales están el sexo femenino, condiciones socioeconómicas más bajas, problemas interpersonales, uso frecuente de las redes sociales, nivel de resiliencia disminuido y bajo apoyo social (Torales *et al.*, 2020).

En el contexto de una crisis como la actual, la gente quiere mantenerse informada mediante la búsqueda de información relacionada con el evento. No obstante, cuando la información proporcionada por lo canales oficiales es poca o se encuentra ausente o su difusión es irregular, las personas pueden estar expuestas a información poco confiable de los medios de comunicación e incluso redes sociales. En un estudio realizado en los estados unidos, en sujetos sometidos a un encierro posterior a un incidente con un tirador, quienes recibieron información inconsistente informaron niveles mucho más altos de estrés agudo (Purgato *et al.*, 2018). Aquellos sujetos que tuvieron contacto directo a través de mensajes de texto telefónicos y usaron las redes sociales para realizar actualizaciones críticas durante el bloqueo estuvieron expuestos a más información conflictiva y estrés. Además, los usuarios intensivos de las redes sociales en el estudio informaron un mayor estrés agudo. Este informe destaca la importancia de publicar actualizaciones oficiales sustantivas a intervalos regulares durante un evento de crisis y monitorear las redes sociales para reducir la exposición a información engañosa y angustia (Purgato *et al.*, 2018). De hecho, el miedo a lo desconocido induce el incremento de los niveles de ansiedad en personas con antecedentes de problemas de salud mental e incluso en aquellas previamente sanas. Primero, es probable que los individuos emocionales den como respuesta miedo e incertidumbre extremos, los que sumados a las percepciones de riesgo distorsionadas den lugar a conductas sociales negativas. En segundo lugar, se deben dirigir esfuerzos especiales a las poblaciones vulnerables, incluidos (1) pacientes infectados y enfermos, sus familias y colegas, (2) las personas y sus relaciones con la comunidad, (3) las personas con problemas médicos preexistentes (tanto físicas y/o mentales), (4) proveedores de atención médica, principalmente personal médico y enfermero en contacto directo con sujetos enfermos o sometidos a periodos de cuarentena. En conclusión, el nivel de estrés psicológico al que pueden estar sometidos los profesionales sanitarios y otros y los riesgos de las poblaciones vulnerables deben ser

considerados al momento de tomar decisiones relacionadas con el momento crítico actual (Torales *et al.*, 2020).

A pesar de la escasez de investigaciones que aborden la salud mental en pacientes afectados con COVID–19, muchos son los autores que ponen de manifiesto la posibilidad de predecir con cierta exactitud las consecuencias negativas físicas y mentales, sobre todo en los sectores más vulnerables (Kang *et al.*, 2020).

Las intervenciones y el apoyo psicológico de la comunidad pueden tener algunos efectos en la reducción de los síntomas del TEPT, los síntomas depresivos y de ansiedad en los adultos durante estos eventos estresantes. Se necesita más investigación basada en evidencia, particularmente sobre el impacto de estas intervenciones en niños y adolescentes durante períodos de seguimiento más largos (Purgato *et al.*, 2018).

2.5.7. Autoatención

La pandemia del virus SARS–CoV–2 ha enfrentado a la humanidad a momentos críticos en todas las esferas de la vida, tanto social como personal; al mismo tiempo ha dado lugar al resurgimiento de procesos que a pesar de haber sido olvidados o ignorados por mucho tiempo, son la base para que los sujetos y microgrupos se reproduzcan social y biológicamente.

Dentro de estos procesos destacan las prácticas de autoatención y autocuidado que, desde el punto de vista sociológico, se configuran como el primer nivel real de atención colectivo, y han demostrado ser la estrategia más eficiente en estos momentos en que el sistema sanitario se ve envuelto en una nube de incertidumbre provocado por un nuevo y desconocido virus (Menéndez, 2020).

La autoatención hace referencia a la relación yo/otros como parte de un sistema, independientemente de las relaciones sociales desarrolladas. Por otro lado, es imperativo considerar que la autoatención este caracterizada por múltiples tareas que el ser humano desarrolla de manera cotidiana, y referida a variadas dimensiones de la realidad, aunque preponderantemente hace referencia a los procesos salud/enfermedad/atención/prevención (Menéndez, 2020)

Por ello, lo básico y necesario que ha sido ampliamente difundido como medidas para evitar el contagio y la propagación del coronavirus por la OMS, son actividades de autoatención: lavado de manos frecuente, evitar el contacto de las manos con la cara, no saludar con beso o abrazo, cubrir boca y nariz al estornudar y toser, mantener distancia de por lo menos 2 metros entre persona y persona, el uso rutinario de mascarilla, limpiar los objetos de uso frecuente, así como otras actividades menos mencionadas (OMS, s. f.).

Adicionalmente, las altas instancias de salud pública han recomendado evitar la automedicación con algún tipo de fármacos, y con otras sustancias supuestamente eficaces contra el virus. Sin embargo, un gran sector de la población haciendo caso omiso de las recomendaciones y bajo una mala interpretación del concepto de autocuidado ha adoptado ciertas prácticas sin fundamento científico que, lejos de ser beneficiosas, ponen en riesgo la salud de quienes las llevan a cabo. Dentro de estas se encuentran la ingesta de dióxido de cloro, alcohol, etanol o lejía; vaporizaciones con eucalipto, exposición a altas temperaturas, ingesta de comidas picantes, entre otras (OMS, 2020).

CAPÍTULO III

3. Metodología

3.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo cualitativo con enfoque etnográfico, debido a que, mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada, se recogieron las impresiones, opiniones y perspectivas de los participantes en relación con los temas propuestos, para de esta manera conocer el modo de vida, costumbres y tradiciones de la unidad social que nos compete.

3.2. Selección de informantes

Considerando que se trató de una investigación cualitativa, se utilizó un muestreo no probabilístico, intencional de casos–tipos. La muestra con la que se trabajó cumplió los criterios de diversidad, representatividad y pluralidad.

A partir de los datos encontrados en el ASIS del centro de salud La Propicia, teniendo en cuenta los diferentes grupos etarios y autoidentificación étnica, se pudo realizar una equivalencia inicial de los pacientes que participaron en el estudio. Por otro lado, para lograr que la muestra sea amplia, dentro de la misma se incluyeron habitantes de todos los barrios que se encuentra dentro del área de influencia de la unidad operativa. La diversidad se encuentra reflejada en la inclusión de participantes de diferente sexo, diversas nacionalidades y grado de instrucción, lo cual permitió enriquecer las experiencias obtenidas y obtener un panorama real de la información.

En base a lo descrito en párrafos anteriores se entrevistaron consecutivamente a varios sujetos hasta el punto de alcanzar una saturación de la información. Finalmente se estableció la muestra en 40 informantes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión (Tabla 1).

Además, se seleccionaron 6 participantes de sexo femenino y de diferente autoidentificación étnica, a quienes se les pidió narrar su historia de vida con la finalidad de enriquecer la investigación, en virtud de que el relato que se extrajo de las mismas contextualizadas en un lugar y tiempo determinado, permiten revivir, analizar e incluso

situarse ante tales circunstancias y razonar su comportamiento en ese determinado momento, en este caso dentro del contexto de la pandemia por COVID–19.

Tabla 1.

Selección de informantes

INFORMANTES		Mestizo		Afroecuatoriano		Indígena		Montubio		Migrante		TOTAL
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
EDAD	18–40	3	4	3	4	1	1	1	1	1	1	20
	41–64	2	3	2	3	1	1		1			12
	≥ 65	1	3	1	1		1					7
TOTAL		6	10	6	8	2	3	1	2	1	1	40

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

3.2.1. Criterios de inclusión

- Pacientes con edades mayores a los 18 años indistintamente de su sexo.
- Pacientes que habiten de manera permanente en el contexto de estudio.
- Pacientes que acepten participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

3.2.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con algún tipo de características física y/o mental que dificulte responder a la entrevista.

3.3. Guía de la entrevista etnográfica

De manera general la entrevista etnográfica estuvo dividida en 2 grandes bloques, el primero que corresponde a los datos sociodemográficos de los participantes y el segundo que incorporó las preguntas relativas a las variables planteadas dentro de la investigación.

Se escogió aplicar una entrevista semiestructurada, debido a que esta proporcionó a las investigadoras la posibilidad de motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y evitar formalismos. Asimismo, inicialmente se desarrolló un cuestionario que sirvió de guía para las investigadoras, de tal manera que, se lograron abarcar todos los temas necesarios para la investigación.

La entrevista tuvo una duración aproximada de 60 minutos y se la realizó bajo estrictos preceptos bioéticos.

3.4. Perfil sociodemográfico

El perfil sociodemográfico de los participantes se lo analizó de manera cuantitativa, en base a variables previamente determinadas (Tabla 2).

Tabla 2. Perfil sociodemográfico

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR	FUENTE
Edad.	Cantidad de años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha de realización del estudio.	– Años.	Media y desviación estándar.	Entrevista.
Auto identificación étnica.	Manera de cómo un sujeto se percibe a sí mismo en dependencia de sus costumbres, antepasados y si se siente parte de un grupo étnico.	– Mestizo. – Afroecuatoriano. – Mulato. – Montubio. – Blanco. – Indígena. – Migrantes.	Frecuencias y porcentajes de pacientes según auto identificación étnica	Entrevista.
Sexo.	Características genotípicas de los participantes.	– Masculino. – Femenino.	Frecuencias y porcentajes de pacientes según sexo.	Entrevista.
Nivel de escolaridad.	Grado más alto de estudios realizados o en curso, sin considerar si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	– Analfabeto. – Primaria. – Secundaria. – Superior.	Frecuencias y porcentajes de pacientes según nivel de escolaridad.	Entrevista.
Estado civil.	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	– Soltero. – Casado. – Unión de hecho. – Divorciado. – Viudo.	Frecuencias y porcentajes de pacientes según estado civil.	Entrevista.
Lugar de residencia.	Barrio en el que habita permanentemente el informante y que se encuentra dentro del área de influencia del centro de salud.	– La Propicia 1. – La Propicia 2. – Winchele. – Nueva concordia. – Villas de Petroecuador. – Isla Burrera.	Frecuencias y porcentajes de pacientes según lugar de residencia.	Entrevista.
COVID–19	Enfermedad infecciosa provocada por el coronavirus SARS–CoV–2.	– Infección actual. – Infección pasada.	Frecuencias y porcentajes de pacientes según infección por COVID–19.	Entrevista.

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

3.5. Operacionalización de las variables de estudio

Tabla 3. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADORES	INSTRUMENTO
Salud.	Es el estado de completo bienestar físico, mental, y social y no solo la ausencia de enfermedad o afecciones (OMS, 1946).	– Definición de salud. – Actitud ante la enfermedad. – Prácticas y creencias. – Acceso a la atención médica.	Entrevista.
Relación médico paciente.	Encuentro en que dos personas el médico y el paciente, se comunican entre sí, uno como "la persona enferma" y el otro como persona capaz de prestarle ayuda" desde sus conocimientos técnicos y sus habilidades profesionales (Foro de la Profesión Médica de España, 2019).	– Aspectos positivos encontrados en la relación médico-paciente. – Aspectos negativos en la relación médico-paciente.	Entrevista.
Pandemia de COVID-19.	Enfermedad infecciosa provocada por el coronavirus SARS–CoV–2, que ha afectado a varios países a nivel mundial.	– Conocimientos a cerca de la COVID-19. – Actitudes frente a la pandemia de COVID-19. – Prácticas en relación a la COVID-19.	Entrevista.
Autoatención	Capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica (WHO, 2021)	– Conocimientos a cerca de la auto atención. – Prácticas en relación con la auto atención.	Entrevista.

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

3.6. Aspectos bioéticos

El presente estudio se llevó a cabo en estricto apego a los lineamientos bioéticos establecidos para la investigación en seres humanos. Para lo cual, inicialmente se tramitó la autorización del Subcomité de Bioética de la Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. La inclusión de los sujetos de estudio fue de manera voluntaria y previa firma del respectivo consentimiento informado (Anexo 1). Para precautelar la confidencialidad de los participantes, a los mismos se les asignó un código alfanumérico, de igual manera la información proporcionada por cada uno de ellos fue utilizada exclusivamente con fines investigativos.

3.7. Recolección de la información

Para la obtención de la información necesaria para realizar la investigación se realizó una entrevista semiestructurada (Anexo 2) a cada uno de los sujetos, las mismas se aplicaron mediante visitas domiciliarias o en las instalaciones del centro de salud; además se seleccionaron 3 participantes a los cuales adicionalmente se les solicitó narrar su historia de vida, con lo cual se alcanzó la saturación de la información. Previo a la aplicación de la entrevista, se explicó a los participantes todos los detalles relacionados con los objetivos y la metodología de la investigación. La entrevista fue aplicada directamente por las investigadoras, las mismas que consideraron como prioridad la privacidad y el confort de cada uno de los entrevistados.

3.8. Plan de análisis de resultados

La información recolectada mediante las entrevistas fue transcrita a un documento en el programa Microsoft Word y agrupada en base a las variables previamente establecidas.

Para garantizar la confidencialidad de los participantes, se creó un código alfanumérico que los identifique. De igual manera, se crearon identificadores cualitativos que agruparon la información de cada variable, estos identificadores permitieron acceder a la información de manera rápida y sencilla.

Posteriormente se clasificó la información más representativa de cada entrevista para finalmente analizarla y argumentarla; dentro de este proceso, se utilizó la aplicación WORDSALAD, la misma que permitió dar relevancia a los términos utilizados mayoritariamente por los participantes; de igual manera, se empleó el Modelo gráfico sistémico de Giddens (2004) con la finalidad de sintetizar la información de las entrevistas, destacando las opiniones de cada participante.

3.9. Identificadores de los informantes

Al ser la presente investigación de tipo cualitativa, la descripción de las experiencias, actitudes, prácticas y conocimientos de los informantes son de tipo narrativo y particulares. Por este motivo, se crearon identificadores basados en características o situaciones de relevancia de cada individuo, con el objetivo de manejar la información de cada participante de manera eficiente y además de mantener su identidad confidencial (Tabla 4).

Tabla 4. Identificadores de los informantes

Nº	IDENTIFICADOR	PERFIL DEL INFORMANTE
1	AJM37MSEE	Adulto joven, mujer, 37 años, mestiza, instrucción superior, enfermera, procedente de Esmeraldas.
2	AJM34ASEE	Adulto joven, mujer, 34 años, afro, instrucción superior, enfermera, procedente de Esmeraldas.
3	AMM52MSIACE	Adulto medio, mujer, 52 años, mestiza, instrucción secundaria incompleta, ama de casa, procedente de Esmeraldas.
4	AMM72ABCACE	Adulto mayor, mujer, 72 años, afro, instrucción básica completa, ama de casa, procedente de Esmeraldas.
5	AJM35MSCACE	Adulto joven, mujer, 35 años, mestiza, instrucción secundaria completa, ama de casa, procedente de Esmeraldas.
6	AJM27MSIACE	Adulto joven, mujer, 27 años, mestiza, instrucción secundaria incompleta, ama de casa, procedente de Esmeraldas.
7	AMM44AESEE	Adulto medio, mujer, 44 años, afro, educación superior, enfermera, procedente de Esmeraldas.
8	AMI47MSEE	Adulto medio, mujer, 47 años, indígena, instrucción superior, enfermera, procedente de Esmeraldas.
9	AMM59ASAFE	Adulto medio, mujer, 59 años, afro, instrucción superior, auxiliar de farmacia, procedente de Esmeraldas.
10	AJM36ASCACE	Adulto joven, mujer, 36 años, afro, secundaria completa, ama de casa, procedente de Esmeraldas.
11	AJM39MPCCM	Adulto joven, mujer, 39 años, montubia, instrucción primaria completa, comerciante, procedente de Manabí.
12	AMM49IAACE	Adulto medio, mujer, 49 años, indígena, analfabeta, ama de casa, procedente de Esmeraldas.
13	AMH67APICE	Adulto mayor, hombre, 67 años, afro, instrucción primaria incompleta, comerciante, procedente de Esmeraldas.
14	AMM64APIACE	Adulto medio, mujer, 64 años, afro, instrucción primaria incompleta, ama de casa, procedente de Esmeraldas.

15	AMM49MPICQ	Adulto medio, mujer, 49 años, mestiza, instrucción primaria incompleta, comerciante, procedente de Quito.
16	AMM68MPIACL	Adulto mayor, mujer, 68 años, mestiza, instrucción primaria incompleta, ama de casa, procedente de Latacunga.
17	AMM70MPIPL	Adulto mayor, mujer, 70 años, mestiza, instrucción primaria incompleta, pescador, procedente de Latacunga.
18	AMM64MPICM	Adulto medio, mujer, 64 años, montubia, instrucción primaria incompleta, comerciante, procedente de Manabí.
19	AMM65MSICE	Adulto mayor, mujer, 65 años, mestiza, instrucción secundaria incompleta, comerciante, procedente de Esmeraldas.
20	AMM40MSCPE	Adulto medio, mujer, 40 años, mestiza, instrucción secundaria completa, comerciante, procedente de Esmeraldas.
21	AMH52MSIPE	Adulto medio, hombre, 52 años, mestizo, instrucción secundaria incompleta, pescador, procedente de Esmeraldas.
22	AJH34MSCAE	Adulto joven, hombre, 34 años, mestizo, instrucción secundaria completa, albañil, procedente de Esmeraldas.
23	AJM29MSCEE	Adulto joven, mujer, 29 años, mestiza, instrucción secundaria completa, empleada, procedente de Esmeraldas.
24	AJH29MSCCM	Adulto joven, hombre, 29 años, montubio, instrucción secundaria completa, comerciante, procedente de Manabí.
25	AMH67MSICQ	Adulto mayor, hombre, 67 años, mestizo, instrucción secundaria incompleta, chofer, procedente de Quito.
26	AJM37ASCC	Adulto joven, mujer, 37 años, afro, instrucción superior, comerciante, procedente de Colombia.
27	AMH49ASCSE	Adulto medio, hombre, 49 años, afro, instrucción secundaria completa, soldador, procedente de Esmeraldas.
28	AJM39ASIACE	Adulto joven, mujer, 39 años, afro, instrucción secundaria incompleta, ama de casa, procedente de Esmeraldas.
29	AMH40MSCEC	Adulto medio, hombre, 40 años, mestizo, instrucción secundaria completa, empleado, procedente de Colombia.
30	AMM72IPIAE	Adulto mayor, mujer, 72 años, indígena, instrucción primaria incompleta, agricultora, procedente de Esmeraldas.
31	AJH31ASIPE	Adulto joven, hombre, 31 años, afro, instrucción secundaria incompleta, pescador, procedente de Esmeraldas.
32	ADH19AEE	Adolescente, hombre, 19 años, afro, estudiante, procedente de Esmeraldas.
33	AJH25ASCME	Adulto joven, hombre, 25 años, afro, instrucción secundaria completa, mecánico, procedente de Esmeraldas.
34	AMH45ASICE	Adulto medio, hombre, 45 años, afro, instrucción secundaria incompleta, chofer, procedente de Esmeraldas.
35	AMH46ISICE	Adulto medio, hombre, 46 años, indígena, instrucción secundaria incompleta, comerciante, procedente de Esmeraldas.
36	AJM38IPICE	Adulto joven, mujer, 38 años, indígena, instrucción primaria incompleta, comerciante, procedente de Esmeraldas.
37	ADH19IEL	Adolescente, hombre, 19 años, indígena, estudiante, procedente de Latacunga.
38	AJM28ASCAE	Adulto joven, mujer, 28 años, afro, instrucción secundaria completa, albañil, procedente de Esmeraldas.
39	AJH26MSICL	Adulto joven, hombre, 26 años, mestizo, instrucción secundaria incompleta, chofer, procedente de Latacunga.
40	AJH33MSCCE	Adulto joven, hombre, 33 años, mestizo, instrucción secundaria completa, carpintero, procedente de Esmeraldas.

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

3.10. Indicadores cualitativos

Con base en el marco teórico se crearon identificadores cualitativos, los mismos que permitieron agrupar los testimonios para la posterior descripción, análisis y presentación de los datos proporcionados por los informantes en relación con los objetivos de investigación (Figura 4, Tabla 5).

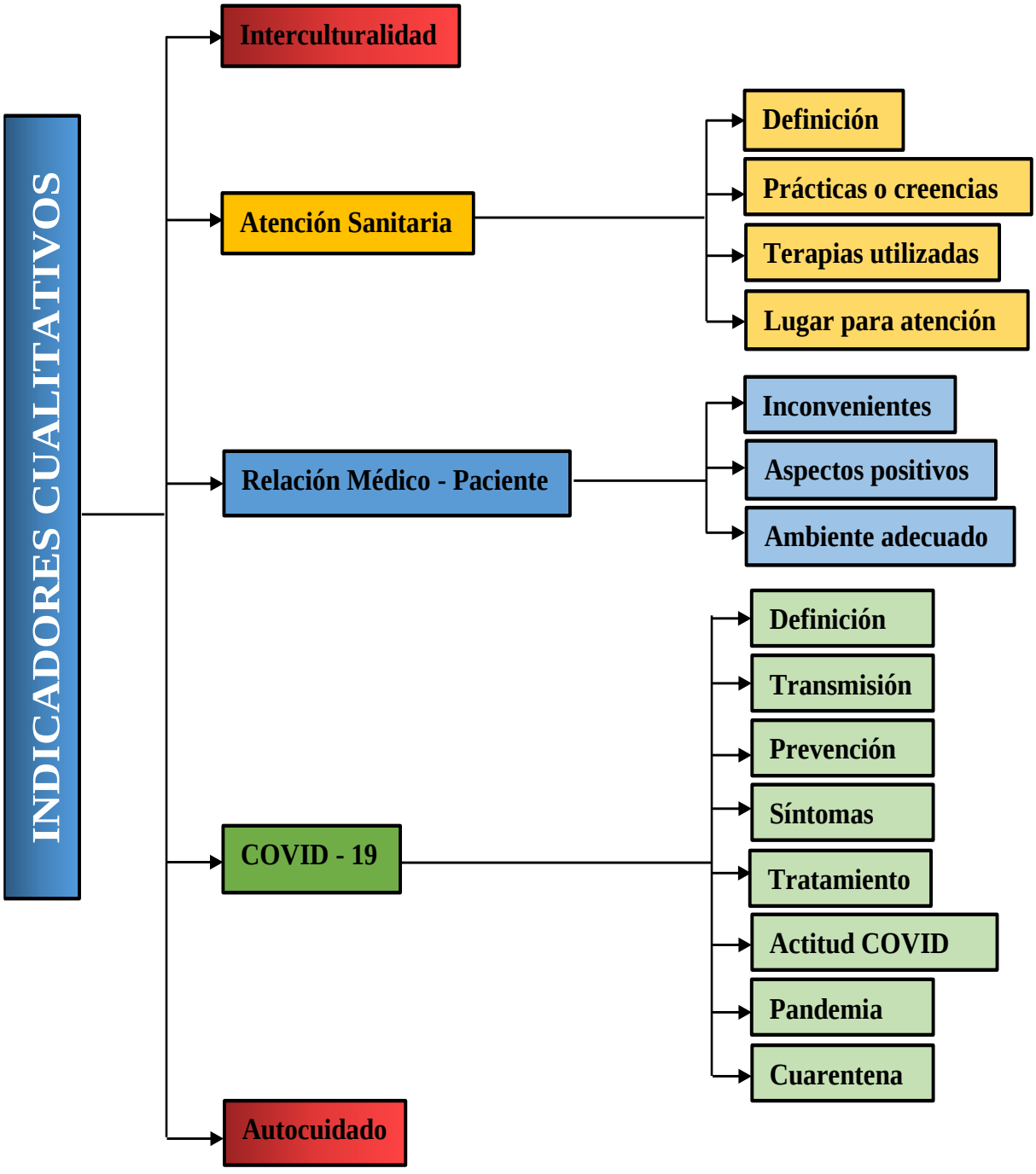


Figura 4. Indicadores cualitativos

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

Tabla 5. Indicadores cualitativos

Nº	SUBCATEGORÍA	INDICADOR	DESCRIPCIÓN
1	Definición de salud	DEFSALUD	Definición ofrecida por los usuarios del centro de salud La Propicia sobre lo que para ellos significa estar sano
2	Prácticas o creencias	PRACRESALUD	Prácticas que realizan los usuarios del centro de salud La Propicia para mantener la salud.
3	Terapias utilizadas ante la enfermedad	TERAPENFER	Terapias que realizan los usuarios del centro de salud La Propicia cuando se encuentran frente a una enfermedad.
4	Lugar al que acuden para atención	ACUDENFER	Lugar a donde los usuarios del centro de salud La Propicia acuden en primera instancia al encontrase ante una enfermedad.
5	Inconvenientes con el médico	INCONVMED	Dificultades o problemas ocurridos durante la interacción con el médico en el momento de la atención.
6	Aspectos positivos en la consulta médica	POSITMED	Aspectos positivos experimentadas por el paciente durante la interacción con el médico en el momento de la atención.
7	Ambiente adecuado	AMBIENADEC	Forma en la que los usuarios del centro de salud La Propicia describen cómo sería un ambiente adecuado para su atención médica.
8	Definición de COVID	COVIDEF	Definición ofrecida por los usuarios del centro de salud La Propicia a cerca de la enfermedad por COVID-19
9	Transmisión del COVID	COVIDTRANSM	Forma en que los usuarios del centro de salud La Propicia creen que se transmite la enfermedad por COVID-19
10	Prevención del COVID	COVIDPREV	Forma en que los usuarios del centro de salud La Propicia creen que se puede prevenir enfermar por COVID-19
11	Síntomas del COVID	COVIDSINT	Conocimiento a cerca de las manifestaciones clínicas a cerca del COVID-19 que presentan los usuarios del centro de salud La Propicia
12	Tratamiento del COVID	COVIDTRAT	Conocimiento a cerca del tratamiento disponible para el COVID-19 que presentan los usuarios del centro de salud La Propicia
13	Actitud frente al COVID	COVIDACT	Actitud que presentan los usuarios del centro de salud La Propicia al enfrentar la COVID-19 en si mismo o en un familiar.
14	Actitud frente a la pandemia	ACTPAND	Actitud que presentan los usuarios del centro de salud La Propicia frente a la pandemia por COVID-19
15	Actitud frente a la cuarentena	ACTCUAR	Actitud que presentaron los usuarios del centro de salud La Propicia frente a la cuarentena por COVID-19
16	Autoatención	COVIDAUTOAT	Forma en que los usuarios del centro de salud La Propicia enfrentaron la COVID-19 en base a sus conocimientos, tradiciones y experiencias.

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

3.11. Limitaciones del estudio

La falta de experiencia de las investigadoras en la realización de estudios cualitativos y la aplicación de entrevistas inicialmente dificultó la obtención de testimonios e información de calidad; sin embargo, la alta predisposición presentada, logró la superación de estos inconvenientes.

Fue necesario desechar varias de las entrevistas, sobre todo las realizadas a informantes del sexo masculino, esto debido a que se notaba una clara limitación de los mismos para responder adecuadamente, a pesar de que las preguntas fueron realizadas de forma simple y amistosa.

Inicialmente se presentó cierta dificultad para incorporar al estudio informantes indígenas, debido a que esta población es minoritaria dentro del contexto geográfico correspondiente.

La actual pandemia por COVID-19 constituyó uno de los principales obstáculos en la realización del estudio, debido a que en varias ocasiones, se negó la realización de las entrevistas a participantes que cumplían con el perfil requerido, principalmente en los hogares en los que habitaban adultos mayores, niños y personas con discapacidad.

La peligrosidad de la zona en la que se desarrolló la investigación limitó el acceso a ciertas áreas en las que se localizaron informantes que hubiesen proporcionado valiosa información.

La estructura con la que se desarrolla el posgrado de medicina familiar y comunitaria, sobre todo en lo relacionado con las rotaciones hospitalarias han reducido significativamente el tiempo disponible para la realización de la investigación.

CAPÍTULO IV

4. Resultados

4.1. Perfil sociodemográfico de los participantes

Dentro del área de influencia del centro de salud La Propicia, es posible encontrar personas con características sociodemográficas variadas, las mismas que se aprovecharon, para enriquecer el presente estudio. Se incluyeron un total de 40 informantes, de los cuales el 60,0% fueron del sexo femenino y el 40% del sexo masculino (Figura 5).

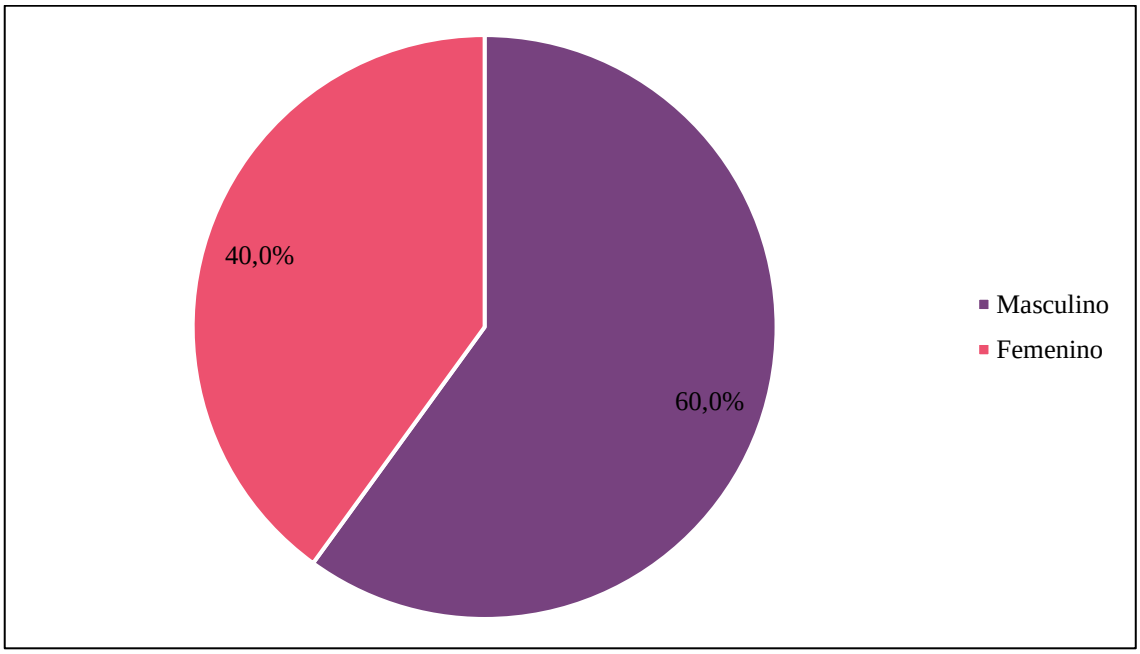


Figura 5. Distribución de informantes según sexo

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

En cuanto a los grupos de edad, predominaron los adultos medios con el 40,0%, seguidos por los adultos jóvenes con el 25,0%, adultos mayores con el 17,5%, adultos maduros con el 12,5% y la minoría estuvo representada por adolescentes, con el 5,0% (figura 6).

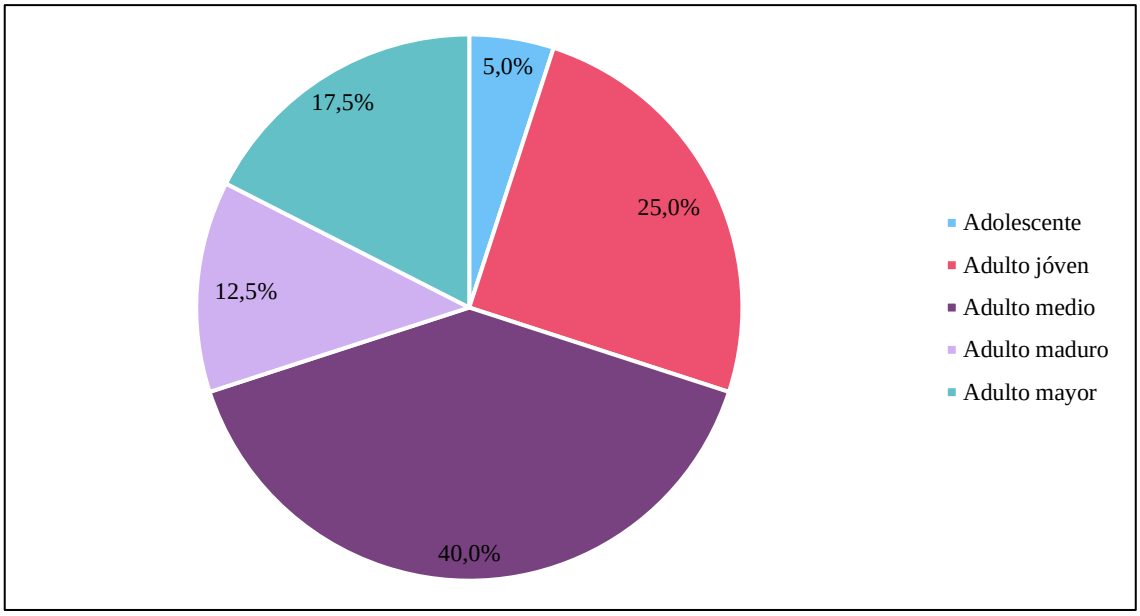


Figura 6. Distribución de informantes según grupos de edad

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

La diversidad étnica de los informantes se la esquematiza en la Figura 7, en la cual se puede observar que participaron una mayor proporción de mestizos con el 42,5%, seguido por los afros con el 37,5%, indígenas con el 12,5% y finalmente montubios con el 7,5%.

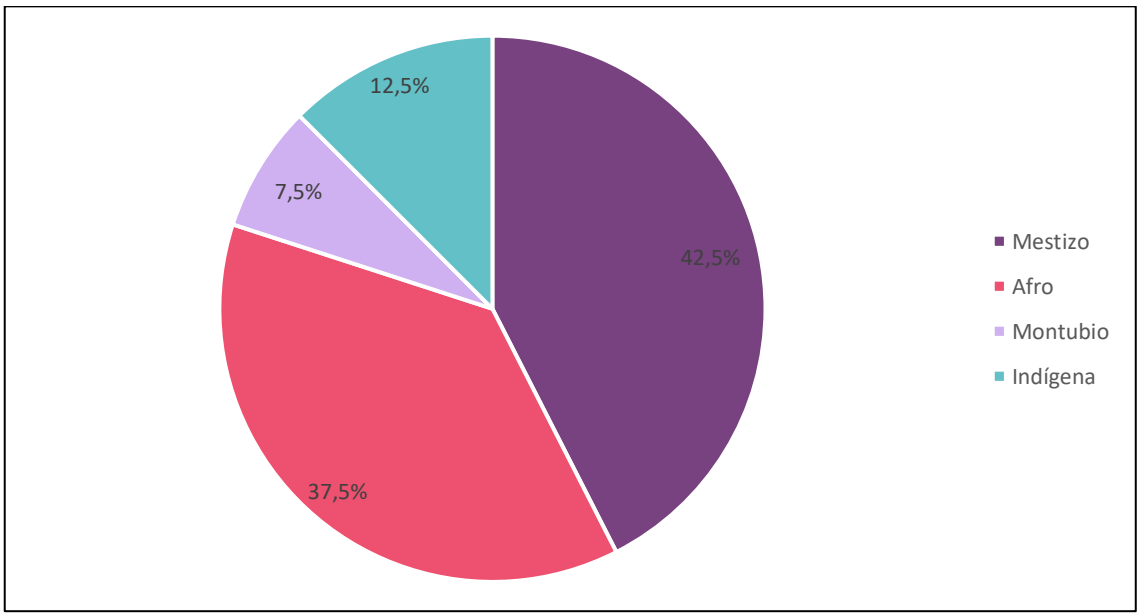


Figura 7. Distribución de informantes según autoidentificación étnica

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

En cuanto al lugar de residencia, el 37,5% de los participantes provienen del barrio La Propicia, el 27,5% de La Propicia 1, el 25,0% de La Propicia 2 y el 10,0% de La Propicia 4 (Figura 8).

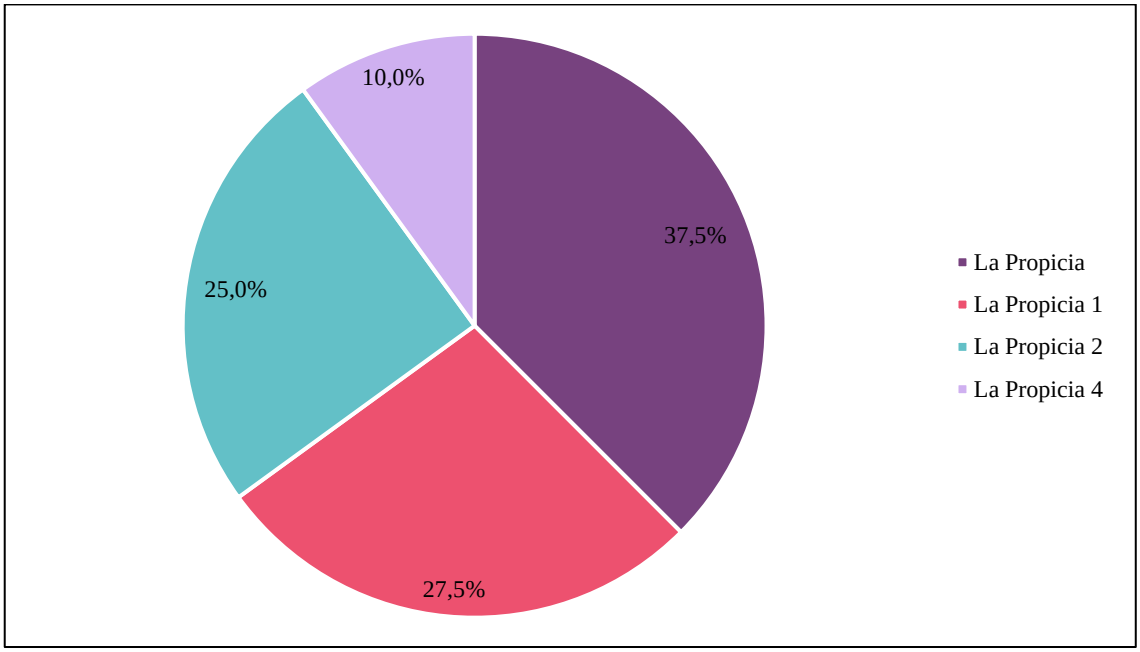


Figura 8. Distribución de informantes según procedencia

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

4.2. Atención sanitaria

4.2.1. Definición de salud



Figura 9. Wordsalad – Definición de salud.

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

La definición de salud es múltiple, compleja y relativa, y a lo largo del tiempo ha sido entendida de diferentes maneras. Partiendo del enunciado que hacía referencia a la ausencia de enfermedad, para posteriormente complementarlo con elementos psicológicos y sociales. Sin embargo, actualmente, este concepto parecería aún ser incompleto, pues se estipula que un ser humano sano, además de encontrarse en óptimas condiciones físicas, mentales y sociales, procesos fisiológicos, sus estructuras corporales y comportamiento deberían también encontrarse dentro de los márgenes aceptados como normales para todas las otras personas de idénticas características y que con las cuales comparten mismo medio ambiente (León y Berenson, 1996).

A continuación, se procede a analizar la percepción de los informantes a cerca de la salud, lo que para ellos significa estar sano, lo cual puede ayudar a dilucidar el sentir de las personas y las prácticas derivadas de sus conocimientos. La gran mayoría de los

informantes definen la salud únicamente en relación con el bienestar físico y la ausencia de dolencias.

"Eh, salud cuando una persona esta sana, sin ningún problema de enfermedad, aja, ya" (Testimonio adulto joven, mujer, 37 años, mestiza, procedente de Esmeraldas.)

"Estar sano es no tener nada, estar estable sin ningún tipo de dolencia en nuestro cuerpo, sentirse bien" (Testimonio de adulto joven, mujer, 27 años, mestiza, procedente de Esmeraldas).

"No tener ninguna molestia siempre tener una buena salud, que no me duela nada" (Testimonio de adulto mayor, mujer, 70 años, mestiza, procedente de Latacunga).

También se encontraron percepciones de la salud que están íntimamente ligadas al ámbito espiritual y religioso.

"Eh tener salud es algo como dice Dios nos ayuda y nosotros también a través de un médico, porque la salud es lo importante que debemos tener" (Testimonio adulto joven, mujer, 39 años, montubia, procedente de Manabí.)

"Para mi estar sano es una bendición, es darle gracias a Dios por un día más de vida" (Adulto medio, mujer, 52 años, mestiza, procedente de Esmeraldas.)

Considerando que la percepción del estado de salud es una construcción personal y social, en el sentido que cada individuo posee sus propias creencias, valores y comportamientos relacionados con su entorno y condiciones sociales, culturales y económicas, era de esperarse la gran diversidad de criterios en cuanto a la definición de salud.

Por la forma en que los informantes han definido la salud, parece ser que la misma fuera equiparable con una vida placentera en lo físico apoyada por el aspecto religioso. Ninguno de los sujetos cuestionados ha hecho referencia a los aspectos sociales y psicológicos que forman parte del concepto establecido por la OMS, como si el placer emanado de los sentidos corporales fuese el único aspecto que persigue la vida sana.

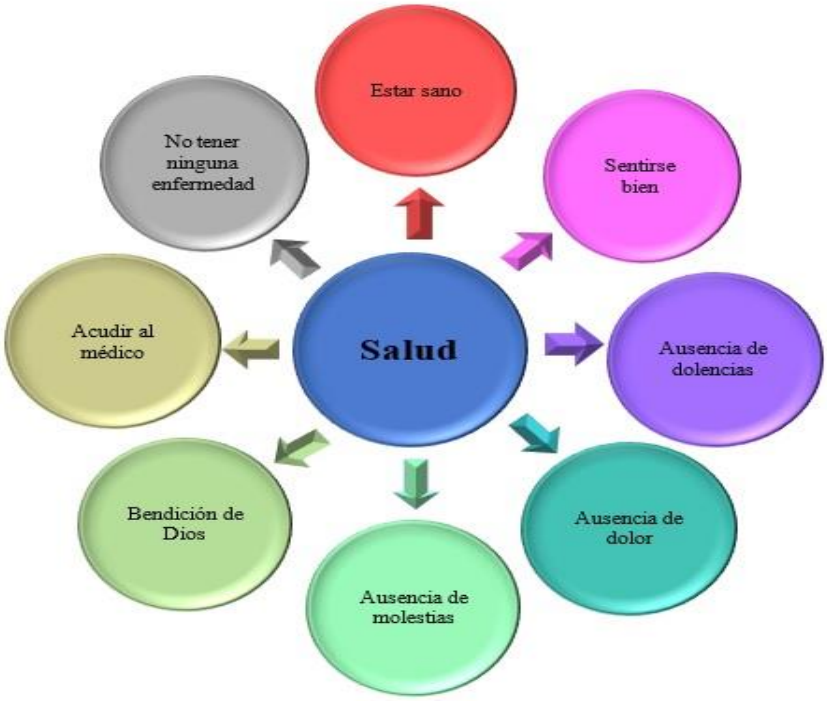


Figura 10. Modelo de Giddens – Definición de salud.

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

4.2.2. Prácticas o creencias



Figura 11. Wordsalad – Prácticas o creencias.

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

A lo largo del tiempo se ha evidenciado claramente la gran influencia que aporta la cultura y las tradiciones en el desarrollo de la humanidad desde el punto de vista biológico, psicológico y social. En este sentido, generalmente la cultura se ha relacionado a la forma en que la gente se viste, se alimenta, organiza su familia, pero también está íntimamente relacionada a la forma en que cuida su salud.

Desde este enfoque, las prácticas y creencias que rigen la forma en que los informantes mantienen su salud son diversas. Muchos coinciden en que los estilos de vida saludables, específicamente la buena alimentación y la práctica de actividad física son la base para el mantenimiento de su salud.

"Lo primero que debe ser es comer sano, alimentarse bien, y mantener unos hábitos de salud por ejemplo hacer deporte, no desmandarnos" (testimonio de adulto medio, mujer, 47 años, mestiza, procedente de Esmeraldas, proporcionó su historia de vida.)

"Tomar agua, tomar agua sí cuando uno está juicioso pues tomar bastante agua, comer más legumbres, comer menos grasa, menos carbohidratos, tratar de ejercitarse un poquito" (Testimonio de adulto joven, hombre, 26 años, mestizo, procedente de Latacunga.)

"En las prácticas del trabajo, macheteo guaraña, monto caballos, arreo vacas, estar activo ante cualquier movimiento y cualquier situación para poder estar con el cuerpo sanamente no, el cuerpo activo mantiene a uno sano pues" (Testimonio de adulto medio, hombre, 40 años, mestizo, procedente de Colombia).

Las prácticas y creencias sobre el cuidado de la salud podrían ser consideradas como las ideas que los individuos aceptan y expresan acerca de la manera de mantener o recuperar la salud. Estas nacen y evolucionan en el interior del ambiente social de las personas, pero a su vez es de esperarse que cada persona elabore, acepte, conserve y utilice su propio catálogo, el mismo que también tendrá la influencia de su entorno social. Además, dichas prácticas o creencias no son estáticas y pueden evolucionar total o parcialmente con el tiempo, incluso dentro de una misma cultura.

Se considera una buena práctica a una experiencia o intervención que al aplicarla ha dado como resultado un efecto positivo para quién la realizó. Partiendo de este hecho, es de suponer que todo aquello que para una persona haya arrojado algún beneficio, se va a convertir en práctica regular. Además, el hecho de que actualmente se promulgan con mayor fuerza los estilos de vida saludables por distintas vías, era de esperarse las respuestas brindadas por los informantes en lo referente a la práctica de la actividad física y la buena alimentación.

Si bien es cierto, muchos de los informantes tienen conocimiento de los mejores hábitos para su salud, la gran mayoría de ellos no las practican. Esto se puede deber a varios factores principalmente el económico, mismo que se ha magnificado en el contexto de la pandemia por COVID–19.

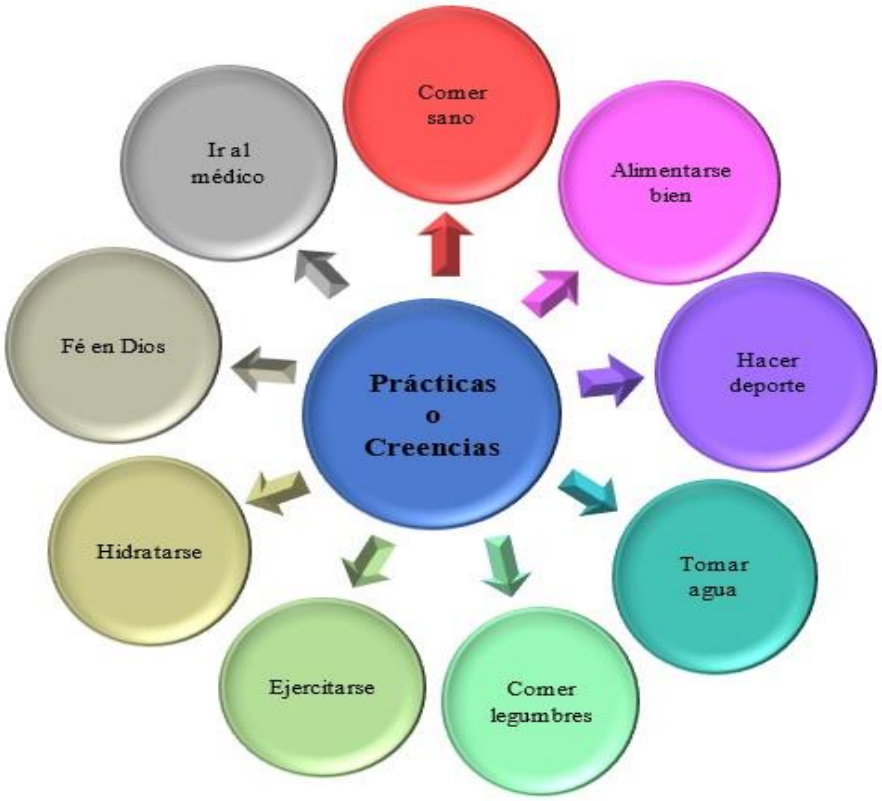


Figura 12. Modelo de Giddens – Prácticas o creencias.

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

4.2.3. Terapias utilizadas



Figura 13. Wordsalad – Terapias utilizadas.

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

Dentro de su cotidianidad, los seres humanos construyen representaciones relacionadas con la enfermedad que adolecen, las mismas que determinan las actitudes que toman frente a su dolencia. Estas representaciones se traducen en las conductas que los individuos toman, dentro de las cuales se encuentran, las terapias que utilizan para solventar su patología (Martínez *et al.*, 2014).

Como era de esperarse, la investigación develó criterios divididos en cuanto a las terapias utilizadas en caso de enfermedad. Por un lado, muchos refieren que la terapia utilizada, está en dependencia de su cuadro clínico; ante síntomas leves, prefieren utilizar terapias alternativas, a decir de ellos, vaporizaciones, infusiones, aguas de hiervas, entre otros. Sin embargo, si las manifestaciones son moderadas, prefieren acudir al médico para recibir medicamentos que los cure.

"Depende, depende mucho de lo de la dolencia que tenga no, si es algo así que se ve que es un resfriado, puede ser algo casero, dejar que mis defensas mismo me ayuden no, pero en el momento de que ya se ve que se puede ir de las manos acudir a un médico

eso es lo primero que hacemos antes de complicarnos, al menos ahora en época de coronavirus no hay como ponerse a jugar la suerte, así es" (Testimonio de adulto medio, mujer, 47 años, mestiza, procedente de Esmeraldas, proporcionó su historia de vida).

"Bueno primero si es que es algo un dolor pasajero con algo casero se comienza, pero ya de ahí se tienen que ir a la medicina si es que avanza no" (Testimonio de adulto mayor, mujer, 68 años, mestiza, procedente de Latacunga).

"Bueno como decía por lo general siempre para tratar alguna cuando me siento mal o alguien se siente mal que sentimos que estamos enfermos siempre buscamos lo que es lo natural primero tomar, tomar agüita, infusiones de diferentes plantas dependiendo de qué es lo que más o menos uno tenga y también buscarle al doctor también, buscar al doctor para que en ciertos casos nos envíe medicinas para, para tratar la enfermedad que tenemos" (Testimonio de adulto joven, hombre, 34 años, mestizo, procedente de Esmeraldas).

Por otra parte, hay personas que tienen la costumbre de complementar la medicina convencional con varias prácticas de medicina complementaria.

"Claro tomo mi pastilla, bueno tomo montes vegetales ya, eh tomó el orégano, la guayaba, el mango, la hoja de mango, todo eso ya" (Testimonio de adulto mayor, hombre, 67 años, afro, procedente de Esmeraldas.)

"Bueno con los medicamentos que me dé el médico y aparte aguas o sea cosas medicinales naturales si" (Testimonio de adulto medio, mujer, 49 años, mestiza, procedente de Quito.)

"Cuando estoy enferma por lo general voy al médico, pero también se hacen remedios caseros" (Testimonio de adulto medio, mujer, 40 años, mestiza, procedente de Esmeraldas.)

Únicamente se encontró un informante que mencionó que se apegaba exclusivamente a los medicamentos en caso de encontrarse enferma.

"Con medicina, la única manera" (Testimonio de adulto mayor, mujer, 70 años, mestiza, procedente de Latacunga.)

Cuando aparece una enfermedad en la vida de una persona, irremediablemente la primera idea que esta tiene debe ser ¿qué tan grave es?, pero al mismo tiempo y posiblemente con la misma importancia debe estar el ¿cómo curarse? Partiendo de este hecho, el enfermo intentará todo lo que esté a su alcance para terminar con su dolencia. Por tal motivo, y dependiendo de las costumbres y tradiciones que mantengan las personas, la primera opción es recurrir a la medicina tradicional.

Se encontraron además personas que mantienen la confianza depositada en la medicina convencional, sin embargo, combinan esta con varias prácticas tradicionales, dejando en claro la importancia de la medicina alternativa en la población estudiada. La medicina tradicional es la predilecta ante la presencia de un cuadro sintomático derivado de cualquier patología y considerado por el afectado como leve; sin embargo, queda claro que cuando la gente se encuentra ante una eventualidad o dolencia que considera moderada o grave, sin duda busca la ayuda de personal de salud calificado.

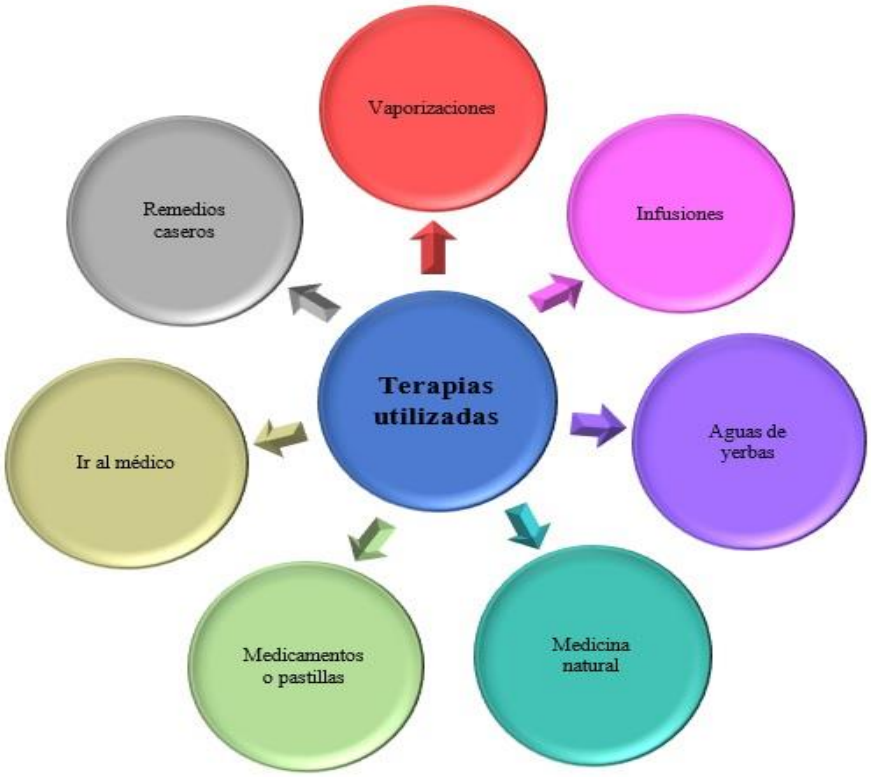


Figura 14. Modelo de Giddens – Terapias utilizadas.

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

4.2.4. Lugar para la atención



Figura 15. Wordsalad – Lugar para la atención.

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

A través del largo e intrincado proceso de edificación de la sociedad contemporánea, las poblaciones indígenas, mestizas y afrodescendientes en su desarrollo, han interiorizado una serie de prácticas curativas y preventivas producto de sus relaciones con sus ecosistemas, lo que ha dado origen a personas dentro de los mismos pueblos con la capacidad de sanar los males de los demás; habilidad basada en su experiencia y sabiduría sintetizada y transmitida de generación en generación (Gómez, Gómez, Moncada, Suárez y Avendaño, 2015).

Por tal motivo, era de esperarse la afinidad de varias personas hacia los servicios ofrecidos por los llamados curanderos, los mismos que generalmente son parte de la misma comunidad, lo que les hace ganar la confianza y respeto de los habitantes. Sin embargo, al encontrarnos dentro de una sociedad civilizada, esta tendencia se ve superada por la conexión que la gente mantiene con el médico.

"A lo que es el centro de salud, ya a donde un médico se dice centro de salud porque a veces uno no tiene para pagar una consulta ya, entonces uno que es pobre tiene que acudir donde su bolsillo le alcance, primero es al centro de salud" (Testimonio de adulto medio, mujer, 59 años, negra, procedente de Esmeraldas, proporcionó su historia de vida.)

"Al médico, siempre vamos al médico" (Testimonio de adulto joven, mujer, 36 años, afro, procedente de Esmeraldas.)

"Bueno al médico, al médico sí, a los subcentros de salud o al IESS Esmeraldas" (Testimonio de adulto medio, hombre, 52 años, mestizo, procedente de Esmeraldas).

Se encontraron también informantes cuya confianza para el restablecimiento de su salud, se encontraba dividida entre el curanderismo y la medicina convencional.

"Bueno primero siempre nos acercamos donde el curandero primero ya uno de familia desde los antepasados siempre hemos manejado al menos en mi familia niña siempre hemos manejado de esta manera, vamos al curandero le explicamos lo que tenemos y, y ellos hacen su su su curaciones y sus cosas y también decirle que en ciertos momentos también uno busca también en la medicina el doctor uno lo busca porque, porque también considero que hay ciertas también ciertas enfermedades que qué repente hay que tratarlas con ya medicamentos que son para esas enfermedades usted sabe pues niña" (Testimonio de adulto joven, hombre, 34 años, mestizo, procedente de Esmeraldas.)

"Al médico, si he asistido alguna vez a medicina natural pero primeramente es al médico" (Testimonio de adolescente, hombre, 19 años, afro, procedente de Esmeraldas).

Se encontró una persona cuya confianza se encontraba depositada en el curanderismo, debido a malas experiencias con la medicina convencional.

"Bueno mi compadre es curandero a veces él nos recomienda alguna cosa porque sabe decir que no todo es enfermedad del hombre si ni hay maldades que la gente hace entonces primero el ve si no son maldades que nos han hecho o no nos han votado cosas de brujería para que vayamos al doctor porque a veces son esas cosas y las personas no se curan y yo he visto que por eso a veces se han muerto" (Testimonio de adulto joven, hombre, 33 años, mestizo, procedente de Esmeraldas).

Como se puede evidenciar, no existe heterogeneidad en los criterios a cerca del lugar al que acuden las personas al momento de encontrase enfermas. Esta diversidad como se ha descrito se debe a varios factores, entre los que se encuentran las costumbres, tradiciones, disponibilidad económica y experiencias positivas y negativas con el curanderismo y la medicina convencional.

La afinidad de la gente por el curanderismo podría estar basado en que quienes realizan estas prácticas muchas de las veces son parte de la misma esfera social, barrio o comunidad y han logrado ganarse la confianza de la gente que buscan en ellos una solución fácil, rápida y económica a sus problemas de salud. Sin embargo, cada vez es más creciente la inclinación a acudir a las unidades operativas del MSP o IESS y en algunos casos y dependiendo de la condición económica del enfermo, acuden directamente a médicos o instituciones de salud particulares.



Figura 16. Modelo de Giddens – Lugar para la atención.

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

4.3. Relación médico–paciente

4.3.1. Barreras en la relación médico–paciente

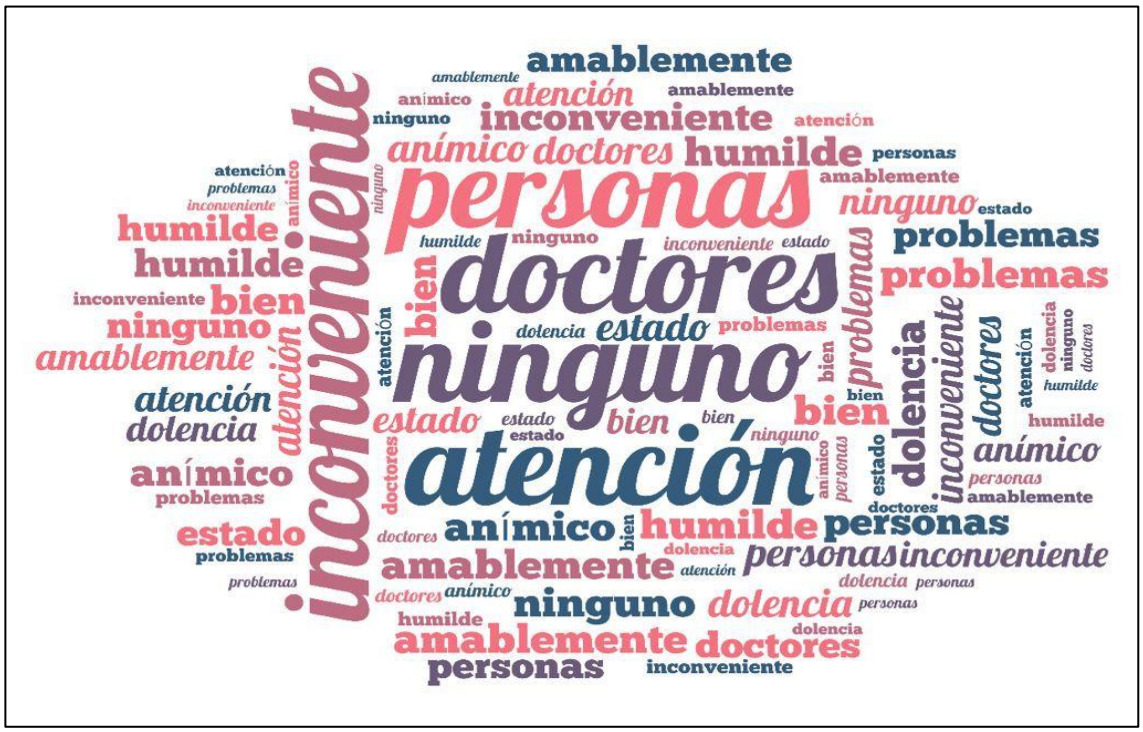


Figura 17. Wordsalad – Barreras en la relación médico–paciente

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

A pesar de que en todo el mundo se hace hincapié en la gran responsabilidad social de los médicos, la enseñanza de la relación médico–paciente no se ha integrado formalmente en el plan de estudios de muchas facultades de medicina (Butalid, Bensing & Verhaak, 2014). Incluso en algunas escuelas de medicina alrededor del mundo, los esfuerzos invaluables para reformar el diseño de los planes de estudio médicos y la implementación de programas de habilidades de comunicación no han logrado los resultados deseados y los médicos no parecen construir relaciones efectivas entre médico y paciente profesionalmente (Ghaffarifar, Ghofranipour, Ahmadi, & Khoshbaten, 2015).

Además, a nivel internacional, las quejas de los pacientes sobre las habilidades de comunicación de los médicos se registran en la parte superior de las listas de quejas analizadas por contenido (Montini, Noble & Stelfox, 2008). En este sentido, resulta lógico pensar que si desde el inicio de la consulta médica, no se logra establecer una

comunicación eficaz, empezarán a surgir una serie de inconvenientes, muchos de los cuales podrían resultar irreparable.

En el caso de la presente investigación, prácticamente la totalidad de los informantes sostuvieron que la atención recibida por el médico fue buena o incluso excelente, lo que se traduce en una buena relación médico–paciente.

"Realmente no han tenido ningún inconveniente he ido me han atendido amablemente y bueno me han dado mi receta, si me han hecho bien que bien, y si no pues he tratado de curarme en casa porque hay cosas que el médico no, no, no cree cosas naturales que uno hace y ellos no le dan a uno y a veces si funciona" (Testimonio de adulto medio, mujer, 44 años, negra, procedente de Esmeraldas, proporcionó su historia de vida).

"La verdad inconveniente no porque como tenemos médico de cabecera, entonces pocas veces ha sido ha sido necesario ir a la clínica del IESS, por ejemplo cuando mis hijos han estado con una fiebre muy alta, no sé, chequeo así de rutina que se les ha hecho, pero cuando hemos tenido nosotros nuestros turnos se ha respetado el turno, y no hemos tenido problemas" (Testimonio de adulto medio, mujer, 47 años, mestiza, procedente de Esmeraldas, proporcionó su historia de vida).

Únicamente se encontró una persona que manifestó inconvenientes al momento de su atención, manifestando un trato desigual y descortés en relación a otros usuarios. Este acontecimiento es un precedente, que en futuro se convertirá en una de las principales barreras para forjar una buena relación con el personal de salud involucrado.

"Bueno la principal podría ser que la atención, la forma de atención me ha tocado bastante, por lo general bastantes doctores que a uno lo tratan al inicio o sea no le, no le atienden bien, le tratan un poco mal así como fuerte, uno que es humilde a veces le ven esa forma creo yo y según eso a veces le tratan como con un, como que no importara mucho y a veces uno ve que a otras personas les tratan mejor, no sé si solo me haya pasado a mí pero creo que igual hay otras personas que comentan de estas cosas pero debo decir también que no, no son todos los doctores ahí, hay doctores que, que si le a uno le preguntan cómo se siente no van directo de que a ver que, que, que, que, que que, tiene que, que, que, dolencia de una si no, no, no si le preguntan ustedes su nombre este, cómo se siente el estado anímico, entonces uno ahí como que va sintiéndose que, que le

atienden mejor" (Testimonio de adulto joven, hombre, 34 años, mestizo, procedente de Esmeraldas).

El vínculo entre el médico y su paciente se debe llevar dentro de un ambiente de respeto, con prudencia y cercana al sufrimiento de los enfermos, teniendo claro que el paciente debe ser el más respetado en la relación. Una barrera se considera un obstáculo que impide una óptima comunicación, en este caso, la comunicación médico-paciente.

Los inconvenientes resultan prácticamente inevitables cuando dos o más personas confluyen en la búsqueda de un mismo objetivo, ya que no existen sujetos idénticos al hablar de experiencias, antecedentes, emociones y expectativas (Quill, 1989). Consecuentemente en caso de presentarse algún problema que involucre al binomio en cuestión, descubrir el origen del mismo puede constituirse en un verdadero desafío, no obstante, su definición y exploración resulta imperativo en aras de la creación de una muy significativa relación terapéutica.

El hecho de que los pacientes se encuentren conformes con la atención recibida habla muy bien de la unidad operativa en la que se basa la investigación, pero se debe considerar que inevitablemente van a existir usuarios con inconformidades diversas, con o sin fundamento, pero que inevitablemente en algún momento confluirán en una barrera en la relación médico–paciente.

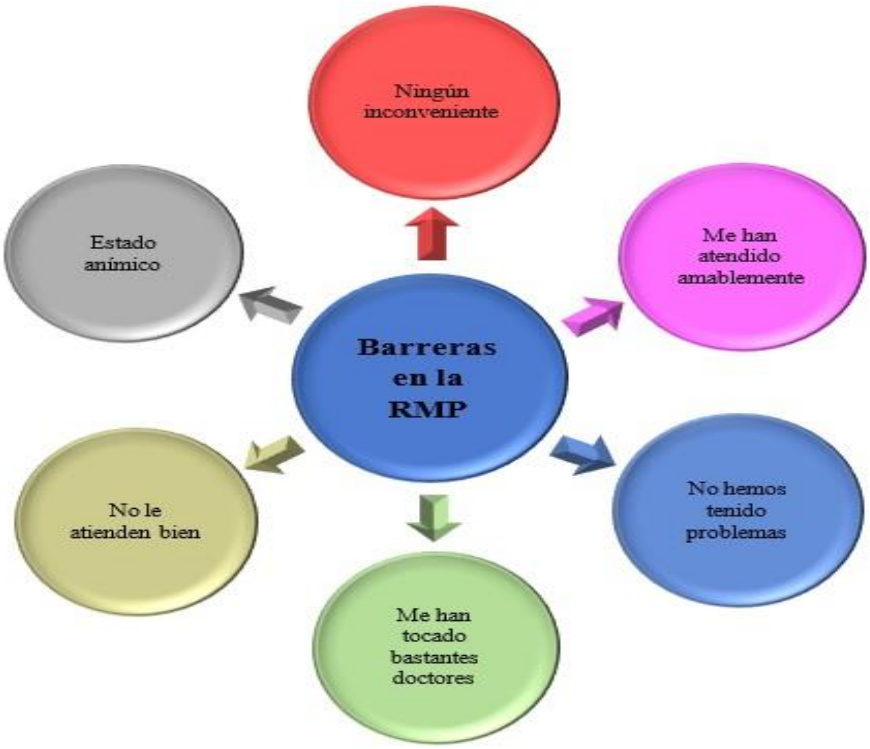


Figura 18. Modelo de Giddens – Barreras en la relación médico–paciente

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

4.3.2. Ventajas de la relación médico–paciente

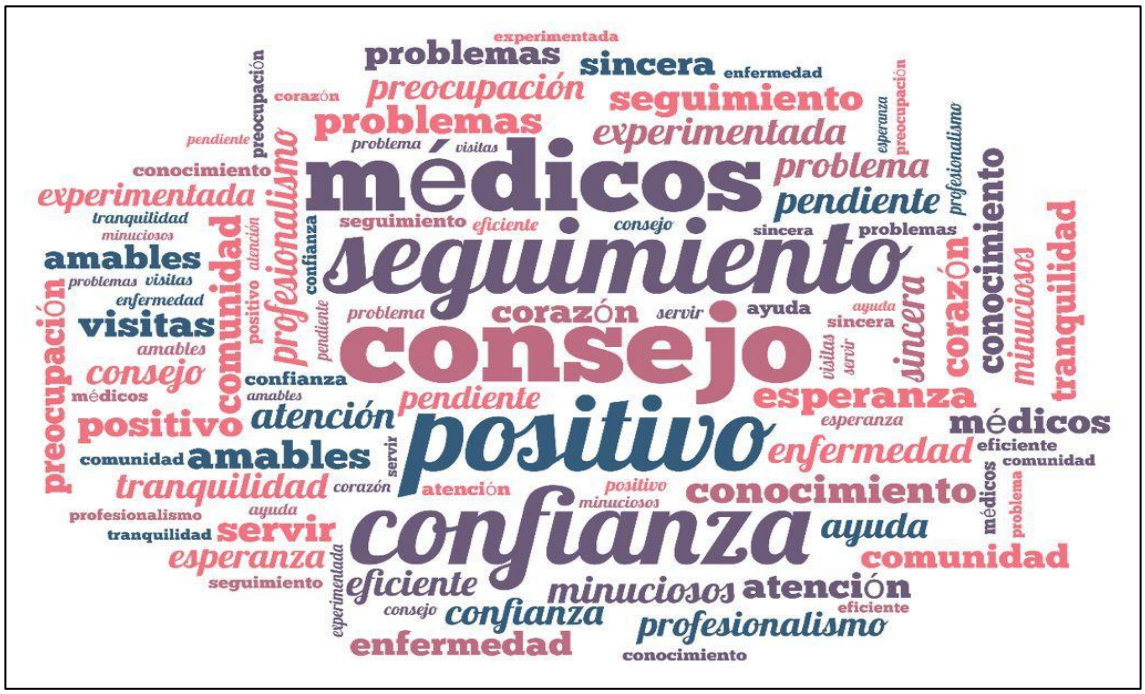


Figura 19. Wordsalad – Ventajas de la relación médico–paciente

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

Construir una relación médico–paciente efectiva como parte crucial de una atención médica exitosa, es una de las responsabilidades profesionales más complicadas de los médicos porque deben recopilar y procesar simultáneamente la información del paciente para compartir a los pacientes en la toma de decisiones y aumentar su satisfacción y cumplimiento con los planes médicos (Ghaffarifar, Ghofranipour, Ahmadi, & Khoshbaten, 2015).

El presente estudio evidenció varios aspectos positivos que fortalecen la relación médico–paciente en el contexto de estudio, a decir de los informantes, fueron atendidos con profesionalismo y meticulosamente, además recibieron la asesoría pertinente de acuerdo con sus patologías.

"Mucho porque me he hecho exámenes y descubrieron ahí que no tenía nada por el problema que tengo sobrepeso y pensaba que tenía este problema de la tiroides, pero no, no tengo tiroides internamente, comer poquito, un poquito y caminar y eso, entonces no más no puedo decir" (Testimonio de adulto joven, mujer, 39 años, afro, procedente de Esmeraldas).

"Las cosas positivas que me he podido dar cuenta que de pronto he tenido cosas que no sabía y a causa de eso pues he podido mantenerme así sanamente no, no dejarme progresar de las dificultades que haya tenido cuando fui al médico me avisó me dijo inmediatamente se tomó cartas en el asunto y gracias a Dios mantengo bien" (Testimonio de adulto medio, hombre, 40 años, mestizo, procedente de Colombia).

"He, he estado con médicos que han sido muy muy minuciosos de su trabajo y han podido hacer un tipo seguimiento, entonces con eso me he quedado un poco más tranquila por la atención brindada" (Testimonio de adulto joven, mujer, 34 años, negra, procedente de Esmeraldas).

Otros pacientes resaltan el seguimiento de sus patologías realizado por sus médicos, incluso mediante visitas domiciliarias.

"Eh que asisten a las casas hacer visitas y están pendiente del paciente" (Testimonio de adulto joven, mujer, 37 años, mestiza, procedente de Esmeraldas).

"Hay médicos que se preocupan en hacerle un seguimiento a uno para que lleguemos al principio y el fin de la dolencia, entonces esa parte la he experimentado y

me gusta eso" (Testimonio de adulto medio, mujer, 44 años, negra, procedente de Esmeraldas, proporcionó su historia de vida).

Desde sus orígenes, el quehacer médico se ha vinculado estrechamente a la comunicación interpersonal y al desarrollo de habilidades clínicas. El profesional sanitario está en la obligación moral de atender a cada uno de sus pacientes buscando no solo el restablecimiento, sino también, la conservación de su salud. Este precepto debe estar por sobre la etnia, sexo, cultura, religión o enfermedad que presente (Almarales, 2003). Si estos factores se cumplen a cabalidad, la relación médico–paciente se llevará de una manera armónica y será beneficiosa para ambas partes involucradas.

En la actualidad, existen varias estrategias promulgadas a nivel gubernamental que han permitido mayor acercamiento entre el médico, el paciente e incluso la comunidad; una de estas, denominada Médico del Barrio, destruyó varias barreras históricas que impedían que los pacientes considerados como prioritarios y vulnerables accedan a una atención médica oportuna con calidad y calidez.

Por otro lado, una vez que el paradigma biologista de la medicina ha demostrado claras limitaciones en su accionar, dando paso a una medicina más humana y social, es posible encontrar personal sanitario más empático y comprometido con la salud y el bienestar de la población.



Figura 20. Modelo de Giddens – Ventajas de la relación médico–paciente

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

4.3.3. Ambiente adecuado



Figura 21. Wordsalad – Ambiente adecuado en la relación médico–paciente

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

Tanto el espacio físico, así como las circunstancias en donde se lleva a cabo la entrevista médica deben ser adecuados. Resulta importante contar con cierto grado de privacidad, comodidad, iluminación y silencio. Algunas veces, el ambiente en donde se desarrolla la consulta médica influye positiva o negativamente en la misma, en virtud de que el paciente puede relacionar dicho lugar con alguna experiencia o sentimiento.

Los testimonios que se presentan comparten la idea de que el ambiente en el cual se desarrolla la consulta médica debe ser el adecuado y guardar ciertas características; entre las principales según las preferencias de los participantes se encuentran una buena ventilación evitando las aglomeraciones, esta última era de esperarse considerando la situación pandémica en la que se encuentra la humanidad.

"O sea un ambiente que esté ventilado no esté ósea con tantas aglomeraciones las personas tanto en el centro de salud como en los médicos" (Testimonio de adulto mayor, mujer, 72 años, negra, procedente de Esmeraldas).

"Un ambiente adecuado por lo pronto ahora en época de pandemia pues que tengamos bastante distanciamiento que sea lo más abierto posible, que no sea, que no haya mucha acumulación de gente y así programado pues para que no haya acumulación de gente eso sí" (Testimonio de adulto medio, mujer, 47 años, mestiza, procedente de Esmeraldas, proporcionó su historia de vida).

"Bueno un ambiente bien amplio, abierto para que todo este ventilado" (Testimonio de adolescente, hombre, 19 años, indígena, procedente de Latacunga).

Para varios otros informantes, la limpieza del espacio físico es importante; dicho criterio es lógico, debido a que la pulcritud de los ambientes a más de ser agradables a la vista, están relacionados con la ausencia de gérmenes y la salud.

"Limpio que esté muy limpio y muy ordenado" (Testimonio de adulto joven, mujer, 39 años, montubia, procedente de Manabí).

"Bueno un ambiente bien amplio, abierto para que todo fluya el aire todo sí" (Testimonio de adulto medio, hombre, 52 años, mestizo, procedente de Esmeraldas).

"Un lugar que tenga todos los implementos que este limpio y que no haya mucha gente" (Testimonio de adulto joven, mujer, 28 años, afro, procedente de Esmeraldas, proporcionó su historia de vida).

Durante la consulta médica, el paciente se expone completamente al médico y le encomienda circunstancias muy íntimas y personales. En este sentido, es obligatorio que el sitio donde se realiza la entrevista y valoración clínica cumpla con ciertas condiciones necesarias para su óptima realización. Comúnmente, se establece como características básicas un ambiente acogedor, ni muy caluroso ni muy frío, al que no alcancen ruidos fuertes provenientes del exterior que lleguen a interferir con la conversación, y con una adecuada iluminación; sin embargo, la idea de excelencia podría varias dependiendo de las preferencias del paciente.

En el caso de los informantes del presente estudio, la idea de un ambiente adecuado se basa mayoritariamente en características o peticiones sencillas, pero que para su cumplimiento se requiere del empoderamiento de todo el personal tanto administrativo como operativo de la unidad, pero también de los mismos pacientes. Esta última observación se la realiza en el sentido de que mantener las instalaciones limpias y evitar aglomeraciones, están en relación directa con la actitud de los usuarios por sobre las medidas que pueda tomar o realizar el personal sanitario.



Figura 22. Modelo de Giddens – Ambiente adecuado en la relación médico–paciente

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

4.4. COVID–19

4.4.1. Definición



Figura 23. Wordsalad – Definición de la COVID–19

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

La enfermedad por COVID–19 de aparición reciente es una afección mediada por un virus, con gran capacidad de transmisión provocada por un nuevo coronavirus zoonótico llamado coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS−CoV−2) (Seyed *et al.*, 2020). El SARS−CoV−2 se ha propagado rápidamente como una pandemia desde su brote en Wuhan, China, en diciembre de 2019. La enfermedad que provoca es aguda y mortal con una tasa de mortalidad del 2%. Sin embargo, este nuevo coronavirus generalmente se asocia con una enfermedad respiratoria de leve a grave en humanos (Perlman, 2020).

Las personas entrevistadas tienen claro que la COVID–19 es provocada por un nuevo virus y que se trata de una enfermedad potencialmente grave y mortal, que además puede dejar secuelas que alteran negativamente el estilo de vida de quienes la padecieron. Sin embargo y ventajosamente, la mayoría de los contagiados son asintomáticos o

presentan síntomas leves. De igual manera varios informantes manifestaron que a pesar de la vacunación, aun se debe continuar con las medidas de prevención.

"Bueno es un virus que viene a atacar muchas partes de nuestro cuerpo, pero a veces no se lucha tanto con el virus sino con las secuelas que vienen a ser a veces más drásticas. Es un virus que hasta el momento a pesar de que tengamos la vacuna y sepamos mucho cómo tratarla tanto naturalmente como tradicionalmente igual hay complicaciones aún. Entonces es una enfermedad muy compleja que hay todavía muchas incógnitas por resolver y que pese a que esté la vacuna igual hay muchos casos de personas y hay muchas complicaciones de por medio" (Testimonio de adulto joven, mujer, 34 años, negra, procedente de Esmeraldas).

"Que el coronavirus es un como dice su nombre es un virus que últimamente está atacando a las personas y es mortal si uno no se hace curar a tiempo" (Testimonio de adulto medio, mujer, 40 años, mestiza, procedente de Esmeraldas).

Bueno niña dicen que es un virus que llego de otro país y que es difícil de curar por culpa de eso se murió muchísima gente en otros lados así decían las noticias aquí nosotros no vimos eso, pero dicen que si se murió bastante gente" (Testimonio de adulto joven, hombre, 33 años, mestizo, procedente de Esmeraldas).

Se presentaron, además, dos informantes que manifestaron desconocimiento a cerca de la patología; una de ellas, sin embargo, hace referencia a que la Biblia habla de la patología, lo cual denota la religiosidad de la gente del sector.

"Ahí si no le podría decir. No le entiendo nadita de dónde viene, cómo viene, porqué vino, o sea yo sigo sin entender eso. Está en la Biblia que dice que son cosas que no hemos visto pero vamos a ver, entonces yo creo que puede que sea eso" (Testimonio de adulto medio, mujer, 52 años, mestiza, procedente de Esmeraldas).

"No, no, desearía que alguien me explicara que en sí que es el covid" (Testimonio de adulto joven, mujer, 39 años, afro, procedente de Esmeraldas)

El nivel de conocimiento que presentaron los informantes a cerca de la enfermedad por COVID–19 puede ser considerado como adecuado, pues la gran mayoría define la enfermedad en base a sus características básicas. Esta tendencia podría estar en

relación con la gran cobertura mediática que ha tenido esta nueva patología desde sus inicios, lo que ha contribuido a que la población adquiera conocimiento de toda índole.

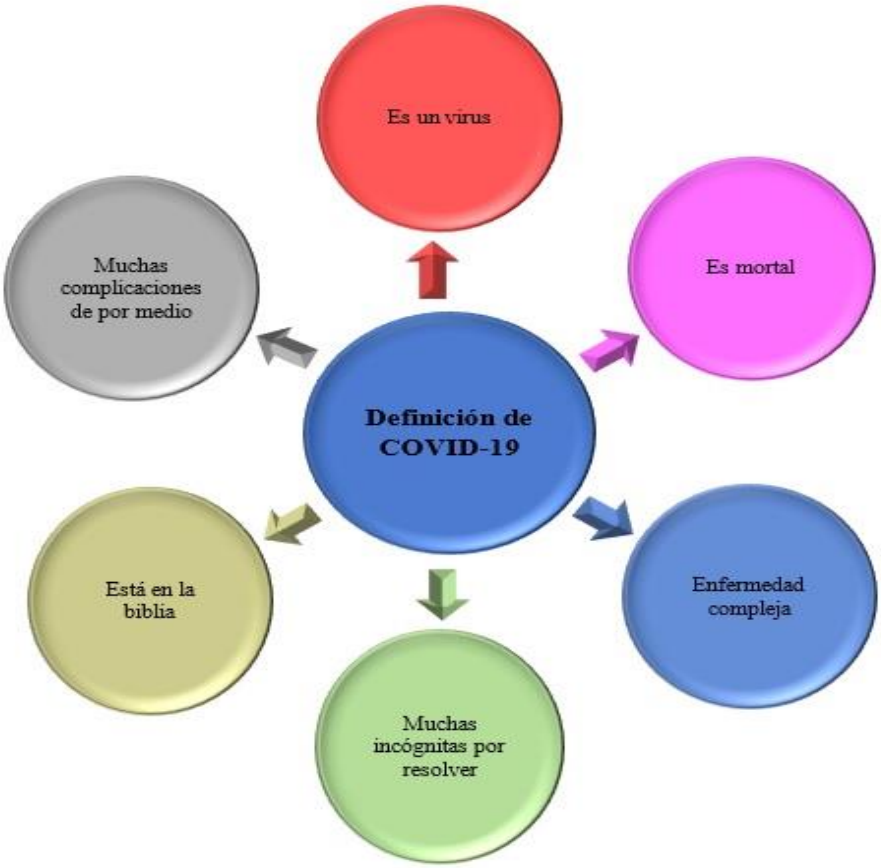


Figura 24. Modelo de Giddens – Definición de la COVID–19

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

4.4.2. Transmisión



Figura 25. Wordsalad – Transmisión de la COVID–19

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

Es ya conocido que el virus causante de la COVID–19 se propaga de persona a persona por varios mecanismos diferentes. La persona infectada expulsa pequeñas partículas líquidas por la boca o la nariz al toser, estornudar, hablar, cantar o respirar, dichas partículas contienen cantidades variables de SARS-CoV-2, que al entrar en contacto con otros individuos puede producir infección en ellos. Dichas partículas se caracterizan por su multiplicidad de tamaños, desde las más grandes, llamadas gotículas respiratorias, hasta las más pequeñas, o aerosoles.

En relación a este punto en particular, la gran mayoría de los participantes tiene clara la principal forma de transmisión del SARS-CoV-2, pero, además, conocen que, a más de este puede eventualmente presentarse contagio por contacto con superficies contaminadas.

Por las partículas de saliva o de esputo o algún, algún fluido nasal al ser que pueda estar expuesto al aire libre (Testimonio de adulto joven, mujer, 34 años, negra, procedente de Esmeraldas).

Si se transmite por fluido, eh por el contacto con una persona que está contagiada, ya, se transmite por los estornudos aja, sí es una enfermedad muy contagiosa (Testimonio de adulto joven, mujer, 36 años, afro, procedente de Esmeraldas).

Claro se transmite por aerosol o porque uno toca alguna superficie y está el virus y uno se toca la cara y ya se contagia (Testimonio de adulto mayor, mujer, 68 años, mestiza, procedente de Latacunga).

Sin embargo, aun cuando ha transcurrido más de 18 meses de pandemia, aunque un número muy pequeño, todavía se encuentran personas que manifiestan un desconocimiento total acerca de la transmisión del virus.

Sigo sin entender nada, yo sigo sin entender por qué no se dice no te toques los ojos no te toque la nariz no te toques la boca o sea yo no sé dónde está y por qué viene de dónde viene eso es lo que no yo todavía sigo sin entender eso (Testimonio de adulto medio, mujer, 52 años, mestiza, procedente de Esmeraldas).

Yo no sé cómo se transmite porque cuando te das cuenta ya tienes el covid y no sabes por donde entro (Testimonio de adulto mayor, mujer, 72 años, indígena, procedente de Esmeraldas).

No, y no he visto en la televisión tampoco (Testimonio de adulto joven, mujer, 38 años, indígena, procedente de Esmeraldas).

Al tratarse de un nuevo patógeno del cual incluso la comunidad científica desconoce varios aspectos, aun no se encuentran completamente definidos sus medios de transmisión. En base a esto, es aceptable que la población general presente desconocimiento o sus criterios a cerca de la transmisión del virus sean heterogéneos. Sin embargo, la gran mayoría de los informantes señalaron la transmisión aérea como la principal vía de contagio, denotando un nivel de conocimiento adecuado. En este mismo contexto era de esperarse que un porcentaje pequeño de personas informen un total desconocimiento acerca de este tema, aunque este discurso también podría estar relacionado con una falta de interés para proporcionar información fidedigna.

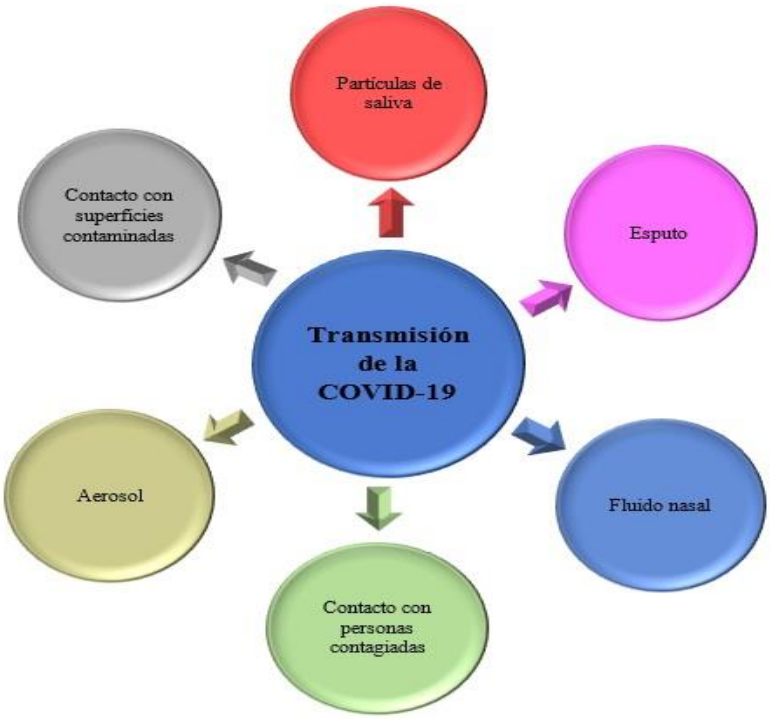


Figura 26. Modelo de Giddens – Transmisión de la COVID–19

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

4.4.3. Prevención



Figura 27. Wordsalad – Prevención de la COVID–19

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

Es mucho lo que se puede hacer para prevenir la COVID–19, únicamente cumpliendo ciertas normas básicas: guardar en todo momento un adecuado distanciamiento social, uso frecuente de mascarilla, evitar lugares concurridos o aglomeraciones, mantener los ambientes ventilados, evitar el contacto con superficies sobre todo en entornos públicos, lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón o con un gel hidroalcohólico, cubrir la boca y nariz con el codo flexionado o con un pañuelo desechable al toser o estornudar y finalmente colocarse la vacuna cuando llegue el turno (OMS, 2020).

Estas prácticas ya forman parte del diario vivir de prácticamente la totalidad de la población, pues, por los distintos medios de comunicación se ha insistido en las mismas. Además, el personal de salud en todo momento se encuentra brindando la consejería y orientación necesaria para que la ciudadanía se comprometa en el cuidado de su salud y prevención de la COVID–19.

Mascarillas, lavados de mano y distanciamiento (Testimonio de adulto joven, mujer, 37 años, mestiza, procedente de Esmeraldas).

Con las medidas de protección todo lo que he usado es mascarilla, el lavado de manos con agua y jabón, este evitar lugares públicos tomar todas, todas las medidas (Testimonio de adulto joven, mujer, 34 años, negra, procedente de Esmeraldas).

Con el lavado de manos con bastante higiene, ahora el alcohol, la mascarilla el distanciamiento, no aglomeraciones esas son cosas como que nos ayuda (Testimonio de adulto mayor, mujer, 70 años, mestiza, procedente de Latacunga).

Asimismo, varios son los informantes que consideran ya la vacunación como uno de los principales métodos para prevenir la infección y evitar complicaciones.

Ya lo que veo en las noticias es que dice que uno tiene que estar con la mascarilla, el alcohol, esas cosas para a pesar de que así se haya puesto la vacuna hay personas que han muerto, entonces el único es estar con la mascarilla y el alcohol (Testimonio de adulto medio, mujer, 64 años, montubia, procedente de Manabí).

Con el distanciamiento y la vacuna, mascarillas, el lavarse las manos, el uso del alcohol (Testimonio de adulto joven, mujer, 35 años, mestiza, procedente de Esmeraldas).

La gran mayoría de los problemas relacionados con la salud se pueden prevenir de manera sencilla y la COVID–19 no es la excepción. Sin embargo, a pesar de que los participantes en la investigación conocen la manera de prevenir esta patología, es de suponer, en base a la alta tasa de contagios existentes, que dichas medidas no son puestas en práctica.

Esta realidad, podría estar en dependencia de varios factores, en primer lugar, hay que considerar que la población a nivel mundial no estaba acostumbrada a dichas medidas a pesar de su sencillez, de tal manera que les resulta complicado cumplirlas. Por otro lado, se trata de una población con ingresos económicos relativamente bajos a los cuales, les resulta complejo adquirir insumos como jabón y alcohol; además la escasez de agua potable también es un determinante importante.

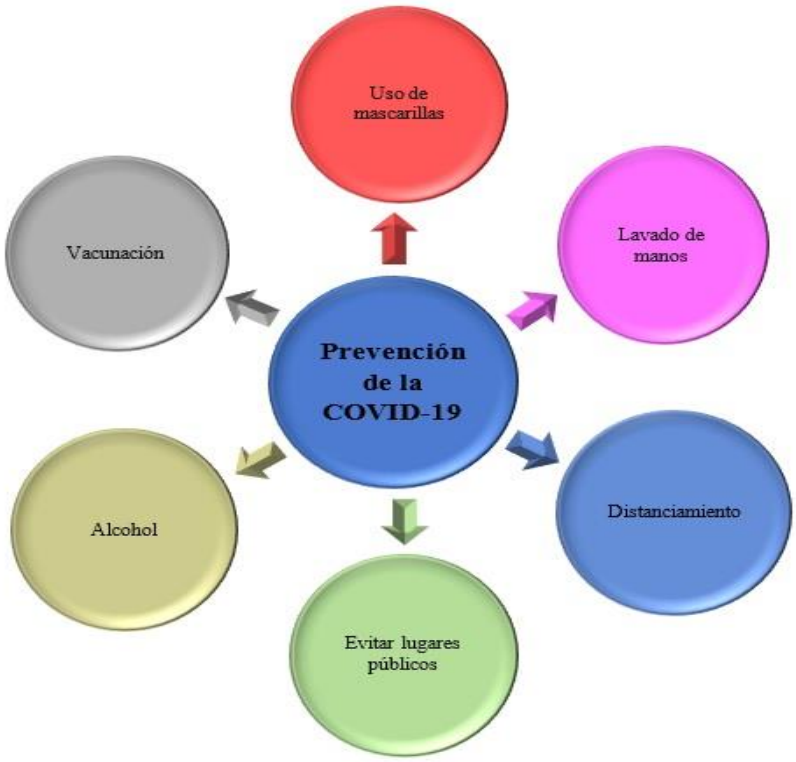


Figura 28. Modelo de Giddens – Prevención de la COVID–19

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

4.4.4. Cuadro clínico

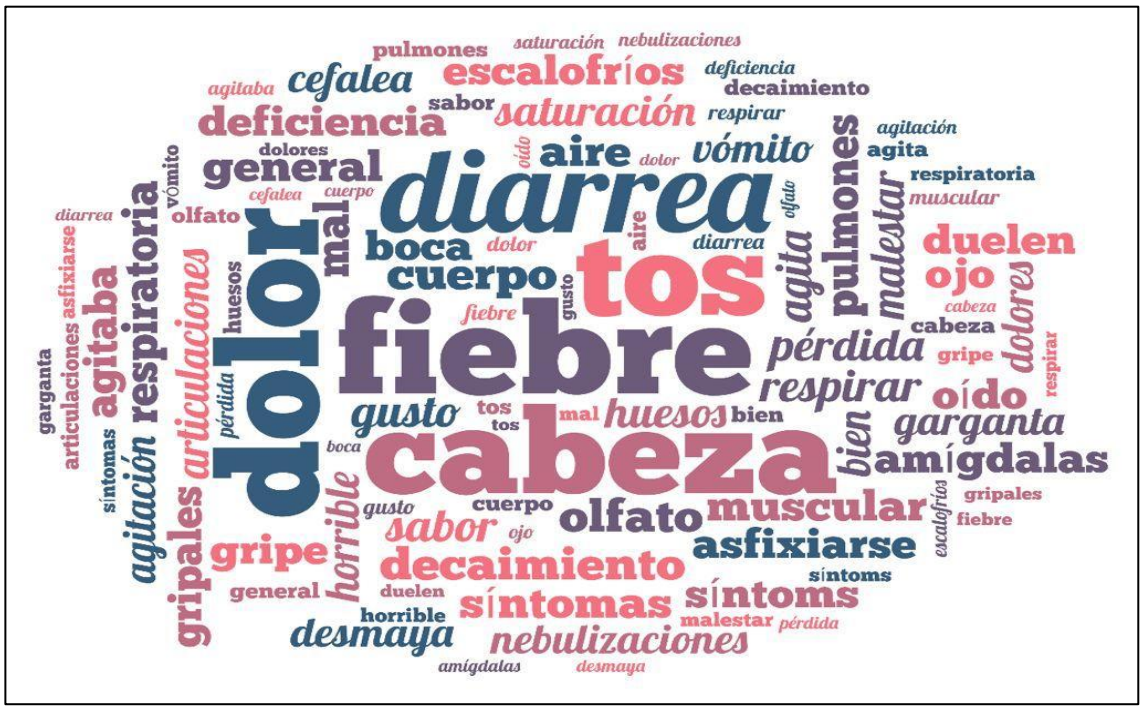


Figura 29. Wordsalad – Cuadro clínico de la COVID–19

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

La OMS ha dividido la sintomatología de la COVID–19, de tal manera que resulte fácil distinguirlos. Así, los síntomas más habituales son: fiebre, tos seca y cansancio. Como síntomas menos frecuentes se han agrupado a la pérdida del gusto o el olfato, congestión nasal, conjuntivitis, dolor de garganta, cefalea, artralgias, mialgias, erupción cutánea, náuseas o vómito, diarrea y escalofríos o vértigo. Y finalmente se han identificado como indicativos de gravedad a la disnea, pérdida de apetito, confusión, dolor u opresión persistente en el pecho y temperatura por encima de los 38° C.

Los testimonios recopilados, arrojan gran variedad de criterios en cuanto a signos y síntomas de la enfermedad. Este hecho era de esperarse, en virtud de que, las permanentes variaciones que ha presentado el virus han hecho que la COVID–19 se presente de diferente manera. Por otro lado, es de considerar que la afectación también difiere de persona a persona, variando de cuadros asintomáticos a severos.

También es de resaltar, que en este apartado la información proporcionada, está en relación con las vivencias de los informantes, pues muchos de ellos o algún miembro del núcleo familiar padecieron la enfermedad.

Bueno a mí me dio primeramente me dio como que tenía fiebre, en el cuerpo lo sentí el cuerpo o sea así como que estaba mal y así me empecé a sentir y me sentí así después días iban pasando así los días y yo pensé que me iba a pasar, pero igual no me pasó porque niña tenía la infección (Testimonio de adulto medio, mujer, 52 años, mestiza, procedente de Esmeraldas).

El que experimente fue la pérdida de olfato, del gusto, también se me acelera la saturación, también tenía el cardio se me aceleraba un poco no podía respirar bien y estuve hasta con eso tenían que hacerme nebulizaciones, tos, eso dolores, de dolor de cabeza a veces fiebre también tuve fiebre y eso (Testimonio de adulto joven, mujer, 27 años, mestiza, procedente de Esmeraldas).

Bueno de lo que yo sé es que ahorita viene de la diferente forma, porque le da diarrea, que le da vomito, que le da dolor de cabeza, que le da tos, y a mi hermano le dio así tos, una tos bien fuerte ya, entonces, hasta dolor de oído le da (Testimonio de adulto medio, mujer, 59 años, negra, procedente de Esmeraldas, proporcionó su historia de vida).

El hecho de haber vivido de cerca la enfermedad ya sea intrínsecamente o en algún familiar, ha hecho que la gran mayoría de los informantes puedan citar de manera certera los signos y síntomas relacionados con la COVID–19. Por otro lado, no todos los sujetos coinciden en la descripción sintomática proporcionada, esto era de esperarse pues la clínica de la patología varia de una persona a otra en dependencia de varios factores entre los cuales destacan la edad, estado inmunológico e incluso el sexo.

Si bien es cierto, la población tiene el conocimiento necesario para identificar la sintomatología relacionada con la COVID–19, también es cierto que la misma eventualmente puede ser confundida con cualquier otra infección respiratoria aguda, lo que ha dado lugar a complicaciones y un incremento progresivo de los contagios; esto sumado a que muchas de las veces los cuadros clínicos se presentan completamente asintomáticos.

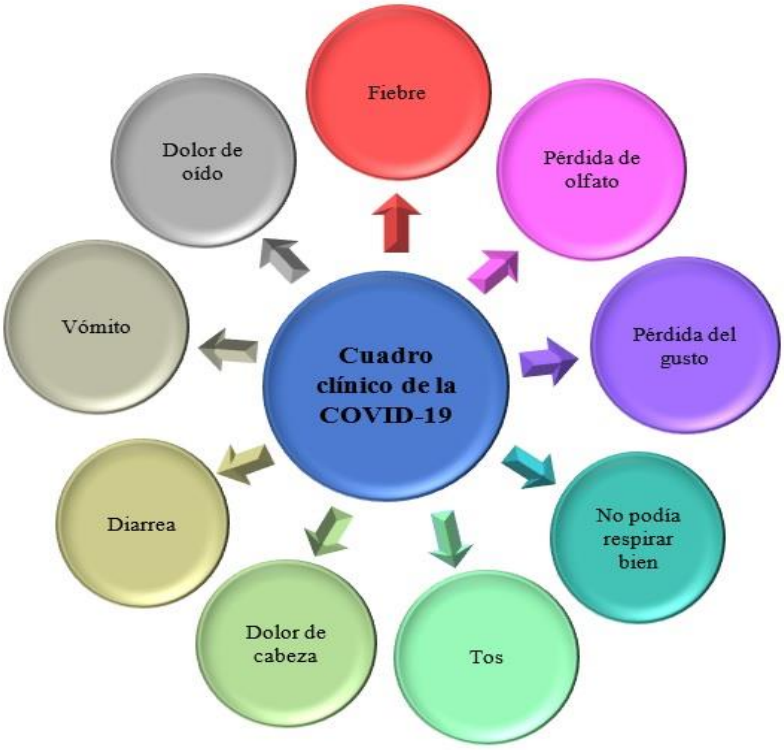


Figura 30. Modelo de Giddens – Cuadro clínico de la COVID–19

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

4.4.5. Tratamiento

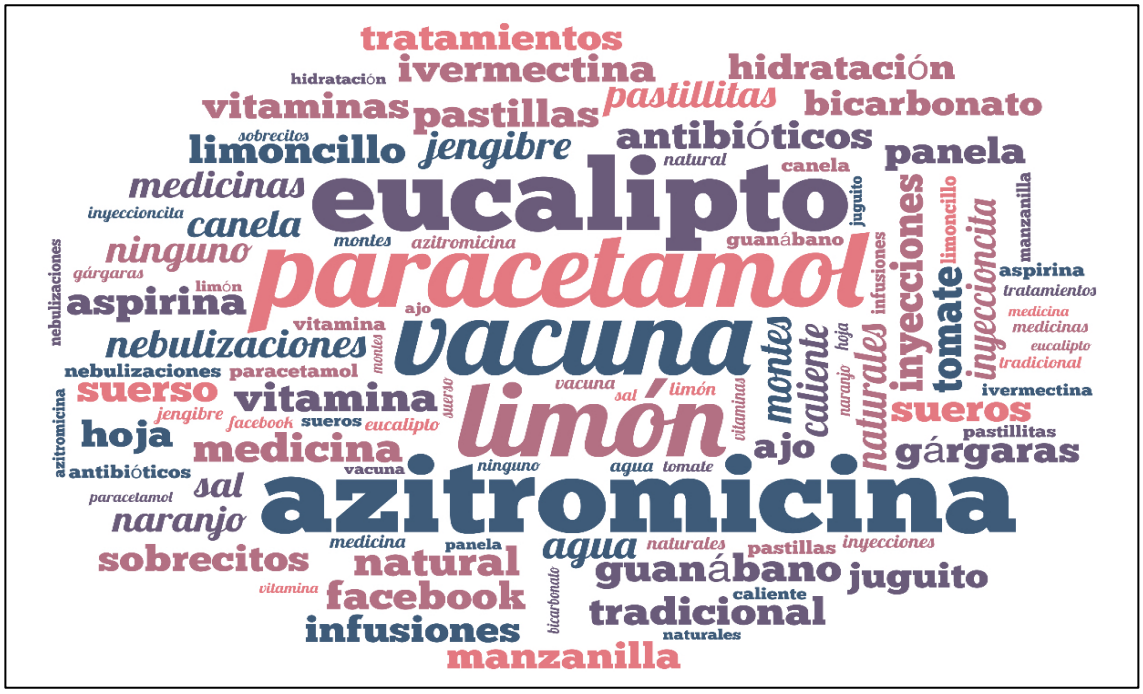


Figura 31. Modelo de Giddens – Tratamiento de la COVID–19

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

Hasta el momento, no existe una terapia específica contra la COVID–19. Las opciones de tratamiento se han deducido de la experiencia con otros coronavirus o brotes de infecciones virales. Es de esperar que, en un futuro próximo, se disponga de nuevas estrategias de tratamiento gracias a un mayor conocimiento sobre el virus SARS–CoV2 y la patogénesis del COVID–19.

En virtud de lo antes expuesto, predominó la heterogeneidad en las respuestas de los informantes del presente estudio.

Que conozca es la medicina, pero como tuve también fui tratada con la Azitromicina por 6 días, en primera instancia con eso pero veo que ahora para los pacientes que se complican un poco más hay otro tipo de tratamientos y de ahí sólo fue eso con la medicina tradicional y acompañado con algo de medicina natural (Testimonio de adolescente, hombre, 19 años, afro, procedente de Esmeraldas).

Pues dependiendo de los síntomas a uno le aplican el tratamiento, por ejemplo, en mi caso no tuve más necesidad de que el paracetamol y las vitaminas C, nada más. Eh, pero si se administra antibióticos, dependiendo de los síntomas y la gravedad de cada paciente (Testimonio de adulto joven, mujer, 35 años, mestiza, procedente de Esmeraldas).

Por ejemplo, este no recuerdo que nos mandaron paracetamol, nos mandaron azitromicina, nos mandaron a hidratar, hidratación (Testimonio de adulto joven, mujer, 36 años, afro, procedente de Esmeraldas).

Bueno como se preveía en el Facebook que la gente promocionaba también mi vecina que aquí ya vendía la ivermectina, la paracetamol [Ruido de fondo]eh bueno antes que existiera la vacuna la aspirina lo único que se puede decir y como usted sabe los montes no que uno siempre se toma es lo único que yo he sabido y he leído (Testimonio de adulto joven, mujer, 29 años, mestiza, procedente de Esmeraldas).

Existe también una clara creencia de que la vacuna es un tratamiento para la COVID-19, en este caso es necesario aclarar, que la misma es un medio preventivo, sobre todo para eludir los cuadros graves y la consecuente hospitalización y necesidad de terapia intensiva.

Tratamientos en sí bueno los antibióticos y vitaminas, la vacuna la vacuna actualmente (Testimonio de adulto mayor, mujer, 68 años, mestiza, procedente de Latacunga).

La vacuna dicen que es bueno, y los sueros de vitamina c, el paracetamol y las vaporizaciones (Testimonio de adulto mayor, hombre, 67 años, mestizo, procedente de Quito).

Solo la vacuna que dice que hay que ponerse para que no nos de la enfermedad (Testimonio de adolescente, hombre, 19 años, indígena, procedente de Latacunga).

Hasta el momento no se ha establecido un tratamiento específico para la COVID–19; la terapéutica puede ir desde el tratamiento sintomático para los casos leves y moderados, hasta el soporte vital en unidades de cuidados intensivos para los graves.

La presencia de sintomatología leve, unido a la negación de la presencia de la COVID–19 y al temor al contagio, han provocado que la personas no acudan a los centros médicos y busquen en la medicina tradicional, farmacias y otros lugares, la posible solución de su problema de salud. Bajo este enfoque, en las versiones proporcionadas predominan los productos derivados de la medicina tradicional, como los preferidos al momento de presentar sintomatología relacionada con la COVID–19. También se mencionaron medicamentos y productos químicos específicos, muchos de los cuales se hicieron conocidos por redes sociales y fueron e incluso siguen siendo utilizados sin ningún tipo de fundamento científico. En la mayoría de los casos se utilizó una simbiosis de medicina tradicional y convencional.

La pandemia por la COVID-19 constituye un reto sin precedentes en virtud del vertiginoso ritmo de descubrimientos científicos y los datos clínicos generados en base a la gran cantidad de personas infectadas por el SARS-CoV-2. En este sentido, el nivel de conocimiento que las personas mantengan acerca de la COVID–19, inequívocamente resultaría beneficioso en aras de prevenir la enfermedad y evitar sus complicaciones.

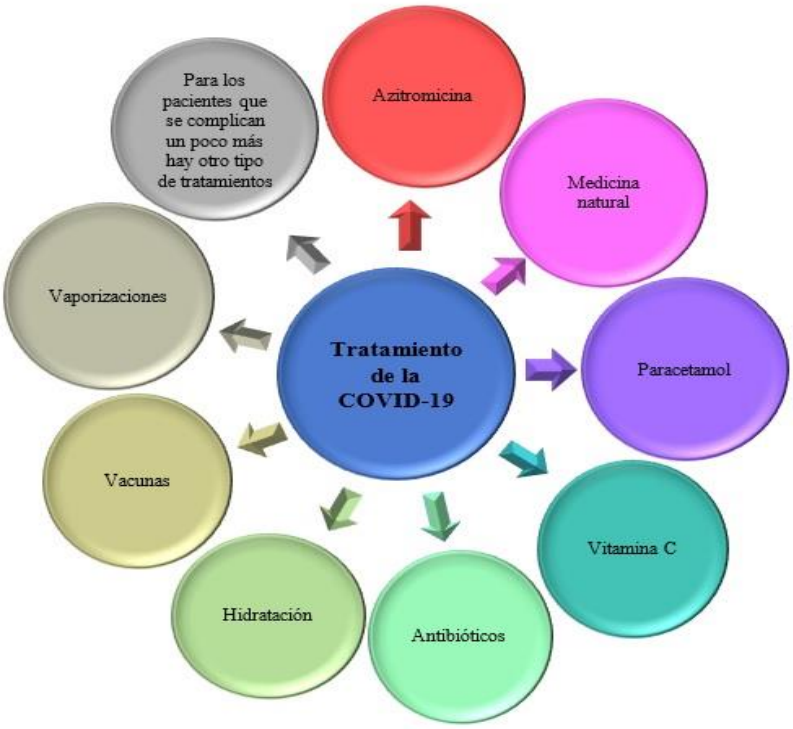


Figura 32. Modelo de Giddens – Tratamiento de la COVID–19

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

4.4.6. Pandemia y cuarentena

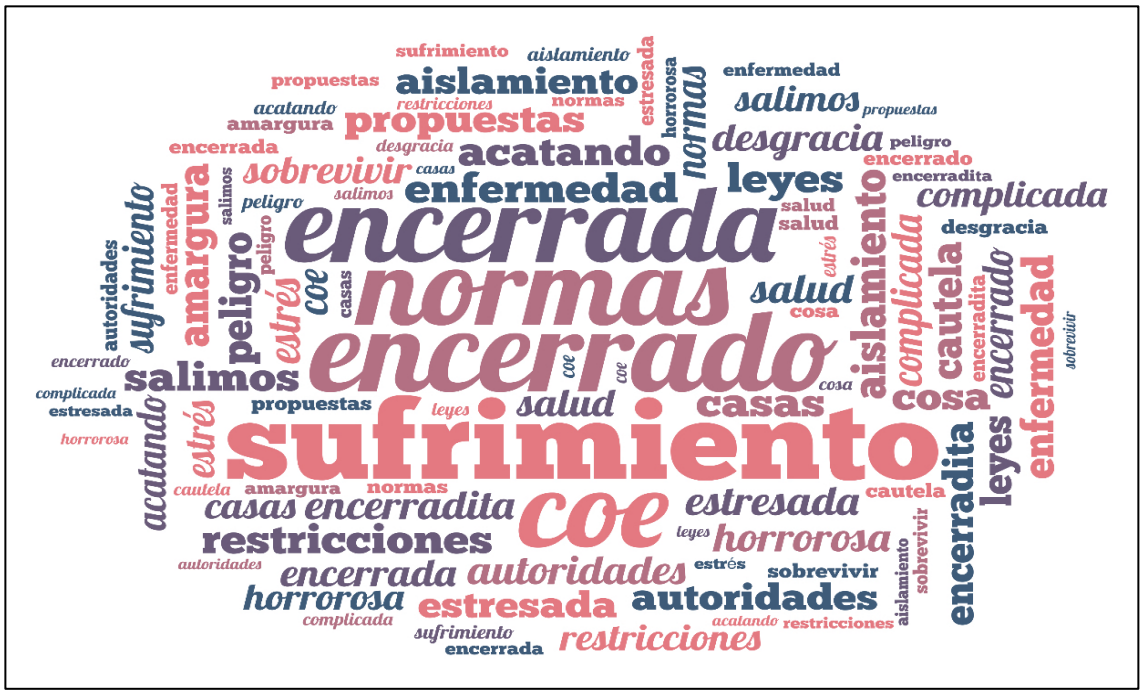


Figura 33. Wordsalad – Pandemia y epidemia

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

Para prevenir la propagación de Sars-CoV-2, los gobiernos de todo el mundo han implementado diferentes formas de medidas de salud pública que van desde recomendaciones de distanciamiento físico hasta órdenes para quedarse en casa (Benke, Autenrieth, Asselmann & Pané-Farré, 2020). Alrededor de cuatro mil millones de personas alrededor de todo el mundo han experimentado el confinamiento provocado por de la COVID–19. Tal grado de restricción de movilidad sin precedentes, establecida con el objetivo de frenar la pandemia puede tener un impacto negativo profundo en la forma en que las personas viven, viajan y conservan su bienestar (Chu, Alam, Larson & Lin, 2020).

Dentro del contexto de estudio, la mayoría de las personas han manifestado que cumplieron las disposiciones emitidas por el Centro de Operaciones de Emergencia (COE) nacional, al quedarse en sus domicilios y salir únicamente cuando era estrictamente necesario. Además, expresaron a su manera, su juicio acerca de cómo consideran a la pandemia que la humanidad está atravesando.

La cuarentena acatando todas las normas y las leyes propuestas por, por el COE y acatando todo lo que tiene que ver con esa situación no ese cuidado que hay que tener sobre sobre peligro de esa enfermedad y encerrado, es cuarentena y nada pues bien gracias a Dios todo ha salido bien (Testimonio de adulto medio, hombre, 40 años, mestizo, procedente de Colombia).

Como todo el mundo lo ha vivido con sufrimiento, amargura, desgracia, sufrimiento, uy no, no la pandemia es una cosa horrorosa porque mire tiene principio pero no tiene fin eso no hay cuándo acabará que tome aquí toda la cautela hacia atrás y usted no se preocupe este tiene el COVID como yo aquí yo acá así eso no tiene nunca acabar esa es una cosa es una enfermedad tan desgraciada porque no ve las edades, chicos usted los ve lo que caen al suelo ay yo no sé nada de eso (Testimonio de adulto mayor, mujer, 72 años, indígena, procedente de Esmeraldas).

En la casa encerrado y solo se salía cuando le daban las autoridades permiso para ir a comprar y abastecernos en las cosas básicas de la vida (Testimonio de adulto joven, hombre, 26 años, mestizo, procedente de Latacunga).

Las consecuencias psicológicas y sociales de la cuarentena masiva en epidemias anteriores y actuales eran evidentes, pero las políticas de cada país habían incorporado

variabilidad en relación a la manera en que manejan las necesidades de los afectados, especialmente las que estaban socialmente marginadas. Los responsables de la formulación de políticas deben equilibrar los pros y los contras de las restricciones a la circulación, facilitar la acción multisectorial para abordar las desigualdades sociales, brindar una orientación clara y coherente al público y realizar evaluaciones de políticas con plazos concretos para mitigar el impacto negativo de los cierres de COVID-19 y establecer estrategias de preparación para futuras epidemias (Chu, Alam, Larson & Lin, 2020).

Si bien, en su momento la cuarentena constituyó una medida relativamente eficaz para controlar la propagación del Sars–CoV–2, la misma también trajo repercusiones negativas en la salud física y psicológica de la gran mayoría de las personas, sin dejar de lado el perjuicio económico y el incremento de violencia en todo ámbito. Los informantes del estudio al manifestar haber cumplido con las normas establecidas, también se encontraban expuestos a sus potenciales repercusiones; en este sentido, el hecho de que no se hayan informado alteraciones derivadas de la misma, no necesariamente se traduce en su ausencia. Esta tendencia a no exteriorizar ciertos problemas, sobre todo los personales o familiares por parte de los informantes, se puede relacionar con temor, vergüenza o falta de confianza con las investigadoras.

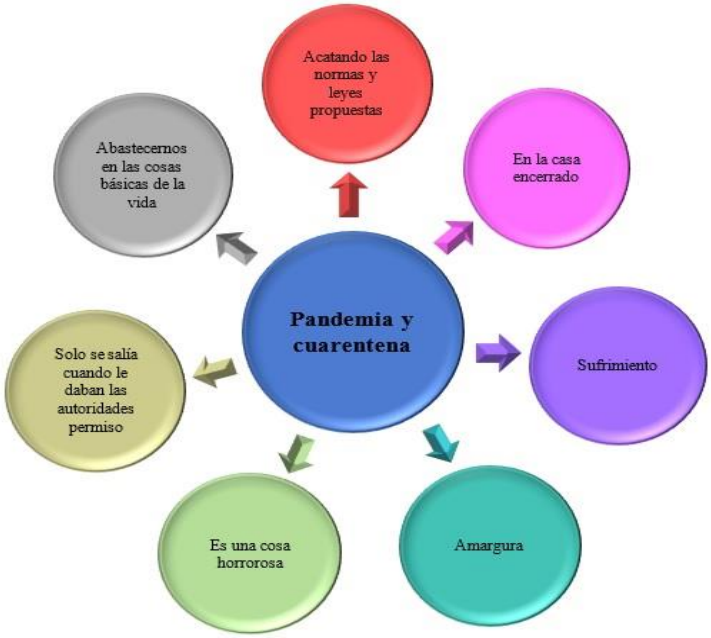


Figura 34. Modelo de Giddens – Pandemia y epidemia

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

4.5. Autoatención

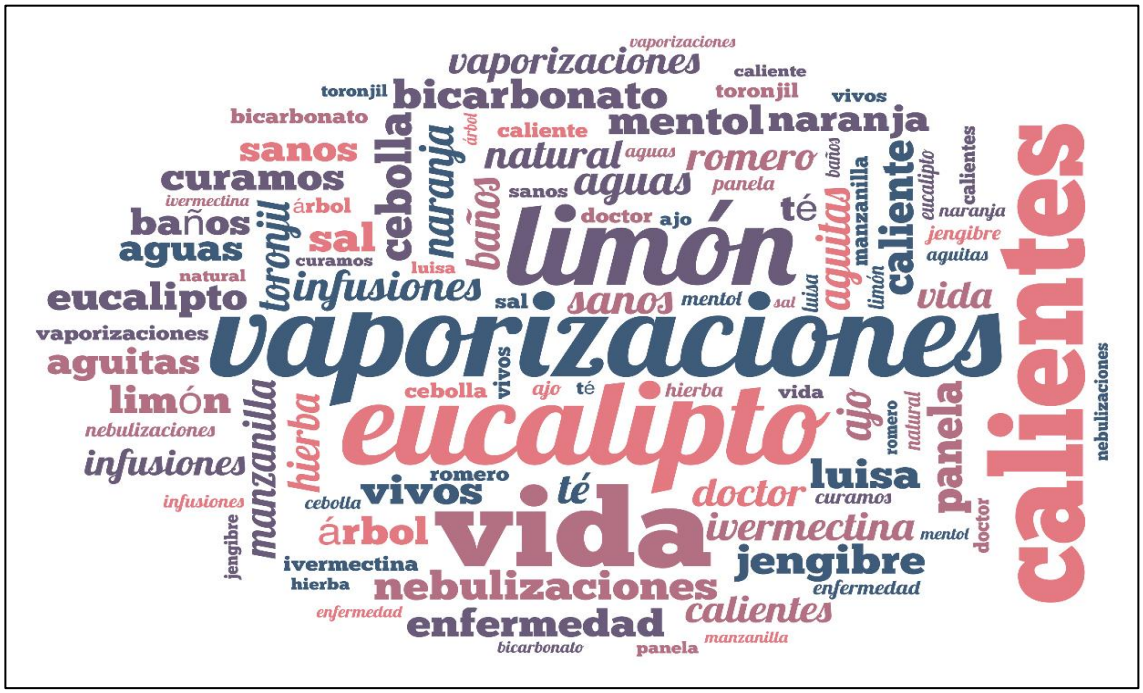


Figura 35. Wordsalad – Autocuidado

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

La OMS define el autocuidado como: "la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica" (WHO, 2021). De acuerdo con esta definición, el autocuidado incluye todo lo relacionado con mantenerse físicamente saludable, incluida la higiene, la nutrición y la búsqueda de atención médica cuando sea necesario. Son todos los pasos que una persona puede tomar para controlar los factores estresantes en su vida y cuidar su propia salud y bienestar (Lawler, 2021).

Los testimonios que se han receptado confluyen en la utilización de recursos y métodos relacionados con la medicina tradicional como el principal mecanismo para mantener o recuperar la salud en el ámbito de estudio. Así, las vaporizaciones e infusiones de diversas plantas son las preferidas de la zona.

Hay muchas, o sea te haces la infusión de eucalipto con él, la infusión del eucalipto con el romero, o la limonada con el bicarbonato, o sea son un sinnúmero de

medicamentos naturales que te dan y tú, la aspirina que también decían que era bueno o sea, hay un sinnúmero un sinnúmero de medicamentos naturales, de medicina natural que, que tú encuentras (Testimonio de adulto joven, mujer, 39 años, montubia, procedente de Manabí).

De todo un poquito porque la desesperación es tratar de ver cómo alentarnos rápido si hemos hecho en vapores, aguas calientes y luego la medicina es lo que más nos ha hecho bien (Testimonio de adulto mayor, mujer, 70 años, mestiza, procedente de Latacunga).

Aquí lo que se hacen son sus tomas, sus baños, las vaporizaciones, su agüita de limón con bicarbonato, los baños con las plantas calientes que luego que se baña uno con eso ya no se puede salir de la casa si no hasta el siguiente día (Testimonio de adulto joven, hombre, 33 años, mestizo, procedente de Esmeraldas).

De igual manera se mantiene la ideología de que todos los insumos naturales utilizados, han resultado ser efectivos para logra el objetivo para el cual son utilizados. Además, son polifuncionales, es decir el mismo producto natural puede ser utilizado eficazmente para varias dolencias.

Si, si solo con eso nos curamos nosotros de cualquier enfermedad ya que no podamos mismo vamos al doctor si no nosotros mismos nos curamos (Testimonio de adulto joven, mujer, 38 años, indígena, procedente de Esmeraldas).

Sí porque están vivos y si se recuperaron (Testimonio de adulto joven, mujer, 28 años, afro, procedente de Esmeraldas, proporcionó su historia de vida).

Si por eso estamos bien y estamos con vida hasta ahora sanos y sin ese virus (Testimonio de adulto joven, hombre, 33 años, mestizo, procedente de Esmeraldas).

El autocuidado es una amplia definición que engloba también la nutrición (tipo y calidad de los alimentos consumidos), la higiene (general y personal), el estilo de vida (actividades deportivas, ocio, etc.); factores ambientales (condiciones de vida, hábitos sociales, etc.), factores socioeconómicos (nivel de ingresos, creencias culturales, etc.) y automedicación (WHO, 1998). La promoción del autocuidado es un medio para empoderar a las personas, las familias y las comunidades para que tomen decisiones de

salud informadas. Tiene el potencial de mejorar la eficiencia de los sistemas de salud y contribuir a la equidad en salud (WHO, 2013).

Una gran proporción de los informantes del presente estudio, manifestaron medidas de autocuidado no solo para la recuperación de su salud, sino también para su mantenimiento. Este tipo de prácticas son propias de la humanidad, sin embargo, en el contexto de la pandemia y cuarentena han tomado preponderancia debido a varios factores; entre ellos, la falta de recursos económicos de igual manera agravados por la pandemia que limita el acceso a la atención médica; el temor al contagio en unidades operativas del MSP abarrotados por pacientes con síntomas respiratorios, muchos de ellos con COVID–19, entre otros.

En el ámbito del autocuidado, las estrategias utilizadas por los informantes son variadas e inequívocamente están en relación con su cultura, tradiciones y factores socioeconómicos, no obstante, muchas de estas prácticas lejos de ser beneficiosas, empeoran los cuadros clínicos y retrasan el diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno, llevando a complicaciones e incremento de recursos económicos y sanitarios.

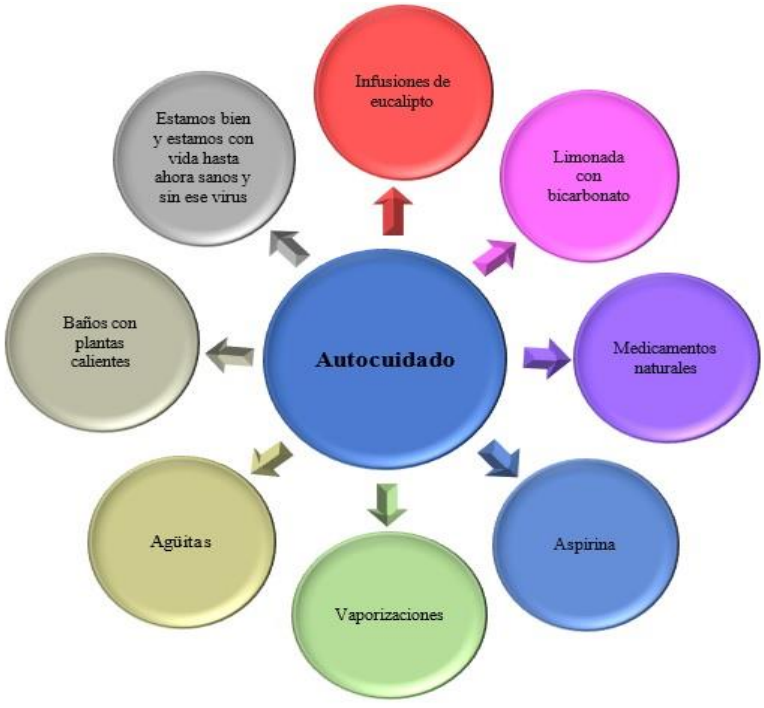


Figura 36. Modelo de Giddens – Autocuidado

Fuente: Entrevista

Realizado por: Coronel y Caicedo, 2021.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

5.1.1. Atención sanitaria

La percepción de salud a nivel poblacional implica subjetividad y está determinada principalmente por la relación del individuo con su entorno y factores socioeconómicos. En este sentido son varios los enunciados que se han brindado, encontrando conceptos relacionados con la ausencia de enfermedad o el bienestar físico en las personas más jóvenes, mientras que los de mayor edad hacen referencia a factores religiosos y espirituales.

Los estilos de vida saludables en sus diferentes modalidades destacaron como las principales herramientas practicadas por los informantes con el objetivo de mantener o recuperar la salud.

Se encontró una amplia diversidad de criterios, en cuanto a las terapias utilizadas; estos van desde la clara confianza en la medicina natural o alternativa, rechazando por completo la medicina convencional hasta quienes combinan los dos tipos en busca de bienestar.

Pese a los avances en el conocimiento sanitario que se han presentado en los últimos años, aún se encuentran personas que confían y acuden a los llamados curanderos con la finalidad de encontrar salud.

5.1.2. Relación médico- paciente

La relación médico–paciente, a decir de los informantes, se desarrolla de manera adecuada, destacando la profesionalismo y la meticulosidad de los profesionales sanitarios.

Los lazos en la relación médico–paciente entre los usuarios y el personal sanitario del centro de salud La Propicia se han visto reforzados por varias estrategias, entre la que

destaca la denominada “Médico del Barrio”, a través de la cual, se brinda seguimiento mediante visitas domiciliarias principalmente a pacientes prioritarios y vulnerables.

En el contexto de la unidad operativa, existen muchos factores potencialmente perjudiciales que podrían en cierto momento llevar a un decremento relación médico–paciente; entre estos factores se encuentran la alta carga de labores administrativas que limita el tiempo destinado a la atención del paciente, acompañados de factores estructurales y organizacionales.

Según versión de los informantes, el ambiente en el cual se desarrolla la atención en el centro de salud La Propicia, no es el adecuado, sin embargo, su exigencia principalmente en lo que respecta a la limpieza de las instalaciones depende en gran parte de los usuarios que acuden a la unidad operativa.

5.1.3. COVID – 19

El conocimiento acerca de la definición, forma de transmisión, sintomatología y medidas de prevención de la COVID–19 referido por los informantes, puede ser considerado como adecuado.

Existen dudas y desconocimiento razonable en relación con el tratamiento de la enfermedad, lo cual era de esperarse, debido a que al tratarse de una entidad nueva, incluso la ciencia aún no ha dilucidado el tratamiento específico para la misma.

En el contexto en el que se realizó la investigación, se presenta un elevado grado de religiosidad, definiendo a la COVID–19 cómo una maldición o castigo divino.

Las normas y protocolos establecidos por los organismos gubernamentales con el fin de controlar la propagación del Sars–CoV–2 se han cumplido cabalmente según versiones de los informantes. Sin embargo, a pesar de los conocidos efectos de estas medidas en el estado físico y psicológico de las personas, los sujetos no informaron este tipo de alteraciones; en este sentido se asume que existió un ocultamiento de información, que podría deberse a varios factores, principalmente miedo, vergüenza o falta de confianza para con las investigadoras.

5.1.4. Autocuidado

Las prácticas de autoatención se incrementaron en el contexto de la pandemia, principalmente motivadas por el temor al contagio o a la complicación en el ámbito hospitalario saturado de pacientes positivos, pero también debido al decremento drástico que presentaron en el aspecto económico.

Estas acciones en las que predominan las derivadas de la medicina tradicional y complementaria y la clara influencia de las redes sociales no siempre son las adecuadas y muchas veces ponen en riesgo la vida de quienes las practican y consecuentemente la mayor demanda de recursos sanitarios y económicos.

5.2. Recomendaciones

5.2.1. Ministerio de Salud Pública

Desarrollar estrategias que garanticen una atención con calidad y calidez a todos los usuarios de las unidades operativas independientemente de su edad, sexo, etnia y condición socioeconómica.

Implementar la historia clínica electrónica y eliminar formularios obsoletos que disminuyen el tiempo que el personal sanitario debería de destinar a la atención de los pacientes.

Optimizar el tiempo del personal de salud mediante la eliminación de labores administrativas y llenado de matrices cuyos datos pueden ser obtenidos mediante el manejo adecuado de la Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS).

5.2.2. Gobierno Autónomo Descentralizado del cantón Esmeraldas

Prestar la importancia debida a las unidades operativas del MSP, contribuyendo sobre todo a la adecuación de ambientes y dotación de suministros necesarios, en especial a los establecimientos del primer nivel de atención, mismos que constituyen la puerta de entrada al sistema de salud. Considerando que el primer nivel atiende alrededor el 80% de las consultas médicas del sistema nacional de salud, el mejoramiento del mismo disminuiría la morbimortalidad de los pacientes y la saturación de niveles sanitarios superiores.

5.2.3. Personal sanitario operativo del centro de salud La Propicia

Los médicos posgradistas y especialistas en medicina Familiar y Comunitaria deben capacitar al personal del centro de salud La Propicia en aspectos como la empatía y la comunicación asertiva, lo que permitirá mejorar la relación médico–paciente, brindar una atención integral y descubrir aspectos que influyen negativamente en la salud de los pacientes para buscar darles solución.

Los médicos familiares, así como los médicos posgradistas, como especialistas de primer nivel, deberían capacitar al resto de personal sanitario acerca de los principios, valores y aspectos esenciales de un sistema de salud basado en la atención primaria. De esta manera se garantizará la cobertura y el acceso universal a los servicios ofertados por la unidad de salud, los mismos que deben brindar una atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, haciendo hincapié en la prevención y promoción y garantizando el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción de estrategias.

Reforzar la educación que estimule la práctica de estilos de vida saludables y el óptimo autocuidado en los usuarios del centro de salud la Propicia tanto en el ámbito intra como extramural, como medio para disminuir los factores de riesgo modificables que presenten y para el mantenimiento y recuperación de la salud.

Realizar una valoración íntegra e integral a cada paciente que acude al centro de salud, con énfasis en la identificación de factores de riesgo y problemas psicológicos que permita un tratamiento y seguimiento oportuno y adecuado.

5.2.4. Personal administrativo del centro de salud La Propicia

Promover la participación de la comunidad en la toma de decisiones conjuntamente con el personal del centro de salud mediante mesas de trabajo. Esto permitirá conocer de primera mano las necesidades, inquietudes y barreras que influyen negativamente en el proceso de atención sanitaria y buscar medidas óptimas para subsanarlas.

Realizar evaluaciones permanentes enfocadas en la calidad de los servicios prestados en la unidad operativa, con la finalidad de conocer las falencias y limitaciones y solventarlas.

Mejorar el sistema de agendamiento de citas médicas e incrementar la disponibilidad de estas, pues este es un indicador importante en la percepción de calidad percibida por los usuarios.

5.2.5. Pacientes

Cumplir a cabalidad con las indicaciones y recomendaciones proporcionadas por el personal sanitario tanto para el mantenimiento como para el restablecimiento de su salud.

Obedecer las normas establecidas por el centro de salud, manteniendo los ambientes e infraestructura limpios, guardando el debido distanciamiento y demás normas de bioseguridad.

Buscar ayuda o asesoramiento médico ante el primer síntoma o dolencia por más insignificante que parezca, esto evitará una eventual complicación y las repercusiones físicas, psicológicas y económicas que esta acarrea.

Tener precaución al tomar medidas de autocuidado sobre todo las basadas en información obtenida de redes sociales, mismas que carecen completamente de un sustento científico y pueden poner en riesgo la salud y la vida de quienes las practican.

5.2.6. Familia

Apoyar de manera irrestricta a todos los miembros de su familia, en el caso de enfermedad o dolencia, considerando que el apoyo familiar constituye un pilar fundamental en el restablecimiento de la salud de las personas.

Apoyar y participar junto a los miembros de su familia en el proceso de cambiar sus estilos de vida; esto a más de reducir sus factores de riesgo modificables y mejorar su salud, fortalecerá el vínculo afectivo familiar.

5.2.7. Comunidad

Participar en las actividades organizadas por el centro de salud, tanto en sus instalaciones como en la comunidad, de tal manera que se estrechen sus lazos de convivencia y ayuda mutua.

No estigmatizar a cualquier miembro de la comunidad que se encuentre afectado por alguna enfermedad, más bien deben brindarle apoyo en todos los ámbitos que les resulten posibles.

BIBLIOGRAFÍA

Administración de Alimentos y Medicamentos [FDA]. (2020). *Actualización del coronavirus (COVID-19): La FDA advierte a empresa que comercializa productos peligrosos de dióxido de cloro que afirman tratar o prevenir el COVID-19.* Recuperado de https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/actualizacion-del-coronavirus-covid-19-la-fda-advierte-empresa-que-comercializa-productos-peligrosos

Alarcón, A., Vidal, A., y Neira Rozas, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile, 131*(9), 1061-1065. doi: 10.4067/S0034-98872003000900014

Almarales, B. (2003). Barreras que afectan la comunicación médico - paciente. Hospital "Lucía Iñiguez Landín". Febrero - Junio 2002. *Correo Científico Médico de Holguín, 7*(2). Recuperado de http://www.cocmed.sld.cu/no72/n72ori7.htm

Arrubarrena, V. (2011). La relación médico–paciente. *Cirujano General, 33*(2), S122–S125. Recuperado de https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112c.pdf

Ayala, E. (2014). La Interculturalidad: el camino para el ecuador. *Revista de la universidad del Azuay,* (65), 10–57. Recuperado de https://www.uazuay.edu.ec/bibliotecas/publicaciones/UV-65.pdf

Bacallao, J., Alerm, A., y Ferrer, M. (2016). *Paradigma del curso de la vida. Implicaciones en la clínica, la epidemiología y la salud pública*. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.

Benke, C., Autenrieth, L. K., Asselmann, E., & Pané-Farré, C. A. (2020). Lockdown, quarantine measures, and social distancing: Associations with depression, anxiety and distress at the beginning of the COVID-19 pandemic among adults from Germany. *Psychiatry Research, 293*(2020), 1–9. doi:10.1016/j.psychres.2020.113462

Bradley, K. L., Goetz, T., & Viswanathan, S. (2018). Toward a Contemporary Definition of Health. *Military Medicine, 183*(3), 204–207. doi:10.1093/milmed/usy213

Butalid, L., Bensing, J. M., & Verhaak, P. F. (2014). Talking about psychosocial problems: An observational study on changes in doctor–patient communication in general practice between 1977 and 2008. *Patient Education and Counseling, 94*(3), 314-321. doi:10.1016/j.pec.2013.11.004

Celedón, C. (2016). Relación médico paciente. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, 76*, 51–54. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/pdf/orl/v76n1/art07.pdf

Chan, J. F., Yuan, S., Kok, K. H., To, K. K., Chu, H., Yang, J., Yuen, K. Y. (2020). A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet (London, England), 395*(10223), 514–523. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30154-9

Chen, F., Chan, K., Jiang, Y., Kao, R. Y., Lu, H., Fan, K.., … Lee, T. S. (2004). In vitro susceptibility of 10 clinical isolates of SARS coronavirus to selected antiviral compounds. *Journal of Clinical Virology, 31*(1), 69–75. doi:10.1016/j.jcv.2004.03.003

Chen, H., & Du, Q. (2020). Potential natural compounds for preventing 2019-nCoV infection. Preprints. doi:10.20944/preprints202001.0358.v3

Chen, L., Li, J., Luo, C., Liu, H., Xu, W., Chen, G., … Jiang, H. (2006). Binding interaction of quercetin-3-β-galactoside and its synthetic derivatives with SARS-CoV 3CLpro: Structure–activity relationship studies reveal salient pharmacophore features. *Bioorganic & Medicinal Chemistry, 14*(24), 8295–8306. doi:10.1016/j.bmc.2006.09.014

Chu, I. Y., Alam, P., Larson, H. J., & Lin, L. (2020). Social consequences of mass quarantine during epidemics: a systematic review with implications for the COVID-19 response. *Journal of travel medicine, 27*(7), 1–14. doi: 10.1093/jtm/taaa192

Consejo de Desarrollo de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador. (2011). *Interculturalidad*. Recuperado de http://www.pueblosynacionalidades.gob.ec/wp-content/uploads/2019/04/dialogo/interculturalidad.pdf

Coordinación Zonal de Salud–1 (2020). *Situación actual COVID–19*. Recuperado de http://www.saludzona1.gob.ec/cz1/index.php/hospital/coordinador

Cui, H. Z., Gao, Z. Y., Liu, M., Lu, S., Mo, S., Mkandawire, W.,… Korkin, D. (2020). Structural genomics and interactomics of 2019 Wuhan novel coronavirus, 2019-nCoV, indicate evolutionary conserved functional regions of viral proteins. *bioRxiv*, preprint. doi: 10.1101/2020.02.10.942136

De Wit, E., Feldmann, F., Cronin, J., Jordan, R., Okumura, A., Thomas, T., … Feldmann, H. (2020). Prophylactic and therapeutic remdesivir (GS-5734) treatment in the rhesus macaque model of MERS-CoV infection. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 117*(12), 6771–6776. doi:10.1073/pnas.1922083117

Droug, U. F. (2020). *Preguntas frecuentes sobre la Enfermedad del Coronavirus 2019 (COVID-19). FDA.* Recuperado de https://www.fda.gov/about-fda/fda-en-espanol/preguntas-frecuentes-sobre-la-enfermedad-del-coronavirus-2019-covid-19

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2014). *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Recuperado de https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf

Foro de la profesión Médica de España. (2019). *Manual de la Relación Médico Paciente*. Recuperado de https://www.medicoslaspalmas.es/images/COLEGIO/institucion/publicaciones/manual-relacion-medico-paciente.pdf

Ghaffarifar, S., Ghofranipour, F., Ahmadi, F., & Khoshbaten, M. (2015). Barriers to Effective Doctor-Patient Relationship Based on PRECEDE PROCEED Model. *Global Journal of Health Science, 7*(6). doi:10.5539/gjhs.v7n6p24

Gómez, A., Gómez, N., Moncada, E., Suárez, A., y Avendaño, J. (2015). Curanderismo: enfermedades, tratamientos y medicamentos en el pacífico colombiano. *Maguaré, 29*(2), 319–357. Recuperado de https://revistas.unal.edu.co/index.php/maguare/article/view/61687

Haagmans, B. L., Kuiken, T., Martina, B. E., Fouchier, R. A. M., Rimmelzwaan, G. F., van Amerongen, G., … Osterhaus, A. D. M. E. (2004). Pegylated interferon-α protects type 1 pneumocytes against SARS coronavirus infection in macaques. *Nature Medicine, 10*(3), 290–293. doi: 10.1038/nm1001

Higuera, E. y Castillo, N. (2015). La interculturalidad como desafío para la educación ecuatoriana. *Sophia, Colección de Filosofía de la Educación,* (18),147–162. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/4418/441846095009.pdf

Holshue, M. L., DeBolt, C., Lindquist, S., Lofy, K. H., Wiesman, J., Bruce, H., … Pillai, S. K. (2020). First Case of 2019 Novel Coronavirus in the United States. *New England Journal of Medicine, 382*(10), 929–936. doi:10.1056/nejmoa2001191

Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., … Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet, 395*(10223), 497–506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. (2011). *Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Fascículo Provincial Esmeraldas*. Recuperado de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/esmeraldas.pdf

Jones, N. M., Thompson, R. R., Dunkel Schetter, C., & Silver, R. C. (2017). Distress and rumor exposure on social media during a campus lockdown. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 114*(44), 11663–11668. doi:10.1073/pnas.1708518114

Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang,… Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The lancet. Psychiatry, 7*(3), e14. doi : 10.1016/S2215-0366(20)30047-X

Lawler, M. (2021). *What Is Self-Care and Why Is It So Important for Your Health?*. Recuperado de https://www.everydayhealth.com/self-care/

Lefkowitz, E. J., Dempsey, D. M., Hendrickson, R. C., Orton, R. J., Siddell, S. G., & Smith, D. B. (2018). Virus taxonomy: the database of the International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV). *Nucleic acids research, 46*(D1), D708–D717. doi: 10.1093/nar/gkx932

León, R. y Berenson, R. (1996). Medicina teórica. Definición de la salud. *Revista Medica Herediana, 7*(3), 105-107. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X1996000300001&lng=es&tlng=es.

Leonardi, F. (2018). The Definition of Health: Towards New Perspectives. International *Journal of Health Services, 0*(0),1 -14. doi:10.1177/0020731418782653

Li, H., Liu, S.-M., Yu, X.-H., Tang, S.-L., & Tang, C.-K. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): current status and future perspectives. *International Journal of Antimicrobial Agents, 5*(55), 105951. doi:10.1016/j.ijantimicag.2020.105951

Lin, C.-W., Tsai, F.-J., Tsai, C.-H., Lai, C.-C., Wan, L., Ho, T.-Y., … Chao, P.-D. L. (2005). Anti-SARS coronavirus 3C-like protease effects of Isatis indigotica root and plant-derived phenolic compounds. *Antiviral Research, 68*(1), 36–42. doi:10.1016/j.antiviral.2005.07.002

Lin, S., Shen, R., & Guo, X. (2020). Molecular modeling evaluation of the binding abilities of ritonavir and lopinavir to Wuhan pneumonia coronavirus proteases. *bioRxiv*. doi:10.1101/2020.01.31.929695.

Llor, C., y Moragas, A. (2020). Coronavirus y atención primaria. *Atención Primaria, 52*(5), 294 – 296. doi: 10.1016/j.aprim.2020.03.002

Loutfy, M. R., Blatt, L. M., Siminovitch, K. A., Ward, S., Wolff, B., Lho, H.,… Fish, E. N. (2003). Interferon alfacon-1 plus corticosteroids in severe acute respiratory syndrome: a preliminary study. *JAMA, 290*(24), 3222–3228. doi: 10.1001/jama.290.24.3222

Lu, H., Stratton, C. W., & Tang, Y. (2020). Outbreak of Pneumonia of Unknown Etiology in Wuhan China: the Mystery and the Miracle. *Journal of Medical Virology, 92*, 401-402. doi:10.1002/jmv.25678

Madabhavi, I., Sarkar, M., & Kadakol, N. (2020). COVID-19. A review. *Monaldi Archives for Chest Disease, 90*(2). doi:10.4081/monaldi.2020.1298

Martínez, L.M., Martínez, G.I., Gallego, D., Vallejo, E.O., Lopera, J.S., Vargas, N., y Molina, J. (2014). Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del

dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor, 21*(6), 338-344. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000600007

Mejía, A. y Romero, H. (2017). La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. Revista Médica Electrónica, 39(1), 832–842. Recuperado de http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2129/3536

Mendoza, A. (2017). La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 63*(4), 555–564. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400007

Menéndez, E. (2020). Acciones marginadas y ninguneadas pero básicas: Coronavirus y proceso de autoatención. *Revista de divulgación del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.* Recuperado de https://ichan.ciesas.edu.mx/acciones-marginadas-y-ninguneadas-pero-basicas-coronavirus-y-proceso-de-autoatencion/

Ministerio de Salud de Chile. (2014). *Orientación técnica para la atención integral en el posparto 2014.* Recuperado de https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/OTPUERPERI_REVISADO_F.pdf

Ministerio de Salud de Colombia. (s. f.). *ABECÉ. Enfoque de curso de vida.* Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ABCenfoqueCV.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador y Organización panamericana de la Salud. (2017). *Medicina Familiar. Reflexiones desde la práctica*. Quito, Ecuador.

Ministerio de Salud Pública del ecuador. (2015). *Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica (GPC).* Quito–Ecuador.

Ministerio de Salud Pública del ecuador. (2020). *Situación nacional por COVID – 19. Infografía Nº 275.* Recuperado de https://www.salud.gob.ec/coronavirus-covid-19/

Montini, T., Noble, A. A., & Stelfox, H. T. (2008). Content analysis of patient complaints. *International Journal for Quality in Health Care*, *20*(6), 412-420. doi:10.1093/intqhc/mzn041

Moreno-Piedrahita Hernández, F. y Jimbo, R. (2020). *Dióxido de cloro, ozonoterapia y agua de mar propuestas como terapias alternativas para prevención y tratamiento de COVID-19. Resumen de evidencia científica*. Doi: 10.13140/RG.2.2.24358.96324

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2014). *Ecuador*. Recuperado de https://es.unesco.org/creativity/ecuador-0

Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud.* Recuperado de https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2020). *COVID-19: cronología de la actuación de la OMS.* Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). *Atención Primaria en Salud.* Recuperado de https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud

Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración de Alma–Ata.* Recuperado de https://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/alma-ata_declaracion.htm

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013–2020.* Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Enfermedades no transmisibles.* Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Consejos para la población acerca de los rumores sobre el nuevo coronavirus (2019-nCoV).* Recuperado de

https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Preguntas y respuestas sobre la transmisión de la COVID-19.* Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted

Organización Mundial de la Salud. (s. f.). *Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): orientaciones para el público.* Recuperado de https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public

Perlman, S. (2020). Another Decade, Another Coronavirus. *New England Journal of Medicine, 382*(8), 760–762. doi:10.1056/nejme2001126

Pulido, F., Arribas, J. R., Delgado, R., Cabrero, E., González-García, J., Pérez-Elias, M. J.,… OK04 Study Group (2008). Lopinavir-ritonavir monotherapy versus lopinavir-ritonavir and two nucleosides for maintenance therapy of HIV. *AIDS (London, England), 22*(2), F1–F9. doi: 10.1097/QAD.0b013e3282f4243b

Purgato, M., Gastaldon, C., Papola, D., van Ommeren, M., Barbui, C., & Tol, W. A. (2018). Psychological therapies for the treatment of mental disorders in low- and middle-income countries affected by humanitarian crises. *The Cochrane database of systematic reviews, 7*(7), CD011849. doi: 10.1002/14651858.CD011849.pub2

Quill, T. E. (1989). Recognizing and adjusting to barriers in doctor-patient communication. *Annals of internal medicine, 111*(1), 51–57. doi:10.7326/0003-4819-111-1-51

Rivas, A. (2020). *Proyecto Experiencias y Trayectorias en torno de la Salud, la Interculturalidad, la Atención Sanitaria y la Relación Médico-Paciente (RMP), Etnografía Multisituada*. Facultad de Medicina–PUCE.

Rivas, A. (2021a). *Taller de Procesamiento y Análisis de Datos Etnográficos.* Facultad de Medicina–PUCE.

Rivas, A. (2021b). *Taller de procesamiento y análisis de datos etnográficos. Redactando el trabajo de titulación*. Facultad de Medicina–PUCE.

Rodríguez, M. (2017). Interculturalidad, plurinacionalidad y sumak kawsay en Ecuador. La construcción de un nuevo modelo de Estado a través de la educación intercultural bilingüe: discurso y realidad. *Perfiles educativos, 39*(157), 70–86. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982017000300070

Salaverry O. (2010). Interculturalidad en salud [Interculturality in health]. *Revista peruana de medicina experimental y salud publica, 27*(1), 80–93. doi: 10.1590/s1726-46342010000100013.

Seyed, E., Riahi, N., Nikzad, H., Azadbakht, J., Hassani, H., & Haddad Kashani, H. (2020). The novel coronavirus Disease-2019 (COVID-19): Mechanism of action, detection and recent therapeutic strategies. *Virology, 551*, 1–9. doi:10.1016/j.virol.2020.08.011

Sheahan, T. P., Sims, A. C., Leist, S. R., Schäfer, A., Won, J., Brown, A. J., … Baric, R. S. (2020). Comparative therapeutic efficacy of remdesivir and combination lopinavir, ritonavir, and interferon beta against MERS-CoV. *Nature Communications, 11*(1). doi:10.1038/s41467-019-13940-6

Shi, Y., Wang, G., Cai, X., Deng, J., Zheng, L., Zhu, H., … Chen, Z. (2020). An overview of COVID-19. *Journal of Zhejiang University-SCIENCE B, 21*(5), 343–360. doi:10.1631/jzus.b2000083

Stasi, C., Fallani, S., Voller, F., & Silvestri, C. (2020). Treatment for COVID-19: An overview. *European Journal of Pharmacology, 889,* 173644. doi:10.1016/j.ejphar.2020.173644

Ströher, U., DiCaro, A., Li, Y., Strong, J. E., Aoki, F., Plummer, F., Jones, S. M., & Feldmann, H. (2004). Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus is inhibited by interferon- alpha. *The Journal of infectious diseases, 189*(7), 1164–1167. doi: 0.1086/382597

Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *The*

International journal of social psychiatry, 66(4), 317–320. https://doi.org/10.1177/0020764020915212

Wang, D., Hu, B., Hu, C., Zhu, F., Liu, X., Zhang, J. (2020). Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA, 323*(11), 1061–1069. doi: 10.1001/jama.2020.1585.2020

Wang, M., Cao, R., Zhang, L., Yang, X., Liu, J., Xu, M., Xiao, G. (2020). Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-nCoV) in vitro. *Cell research, 30*(3), 269–271. doi: 10.1038/s41422-020-0282-0

World Health Organization. (1998). *The role of the pharmacist in self-care and self-medication.* Recuperado de http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip32e/3.1.html

World Health organization. (2006). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva*. Recuperado de https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf

World Health Organization. (2013). *Self care for health*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205887/B5084.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization. (2020). *Q+A about self-care.* Recuperado de https://www.who.int/reproductivehealth/self-care-interventions/questions-answers/en/

Yi, L., Li, Z., Yuan, K., Qu, X., Chen, J., Wang, G., … Xu, X. (2004). Small Molecules Blocking the Entry of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus into Host Cells. *Journal of Virology, 78*(20), 11334–11339. doi:10.1128/jvi.78.20.11334-11339.2004

Zhang, T., Wu, Q. F., & Zhang, Z.G. (2020). Pangolin homology associated with 2019-nCoV. *bioRxiv*, preprint. doi: 10.1101/2020.02.19.950253

Zhou, P., Yang, X. L., Wang, X. G., Hu, B., Zhang, L., Zhang, W., … Shi, Z. L. (2020). A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature, 579*(7798), 270–273. doi: 10.1038/s41586-020-2012-7

Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., Tan, W. (2020). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine, 382*(8), 727–733. doi: 10.1056/NEJMoa2001017

Zorzitto, J., Galligan, C. L., Ueng, J. J., & Fish, E. N. (2006). Characterization of the antiviral effects of interferon-α against a SARS-like coronoavirus infection in vitro. *Cell Research, 16*(2), 220–229. doi: 10.1038/sj.cr.7310030

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres que son atendidos en el Centro de Salud La Propicia del cantón Esmeraldas y que se les invita a participar de la investigación "Interculturalidad, Atención Sanitaria y Relación Médico–Paciente (RMP) en el contexto de la Pandemia de COVID–19 por SARS–CoV–2 en el Centro de Salud La Propicia, Cantón Esmeraldas, Provincia de Esmeraldas. 2021".

Investigadoras:	Md. Angélica María Coronel Parra. Celular: 0996683231 Dirección: Avenida Circunvalación y calle Octava. E–mail: angelicacoronel2010@hotmail.com. Md. Diana Soraya Caicedo Mosquera. Celular: 0985210652 Dirección: Avenida Circunvalación y calle Octava. E–mail: dianacaicedomosquera@gmail.com.
Institución:	Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Esmeraldas – Posgrado de Medicina Familiar y comunitaria.
Lugar de ejecución:	Centro de Salud La Propicia, cantón Esmeraldas, provincia de Esmeraldas.

El presente Documento de Consentimiento Informado está conformado por dos partes:

– Información (proporciona información sobre el estudio).
– Formulario de Consentimiento (para firmar si está de acuerdo en participar).

Se le dará una copia del Documento completo de Consentimiento Informado

PARTE I: Información

Introducción

Mi nombre es Angélica María Coronel Parra/Diana Soraya Caicedo Mosquera, médico posgradistas de medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Sede Esmeraldas. Estamos investigando acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes en relación con la pandemia de COVID–19. Le voy a proporcionar información e invitarle a participar de esta investigación. No es necesario que decida hoy mismo sobre su participación, antes puede consultar con alguien de su entera confianza para que le ayude a tomar la decisión. En el caso de que mencione alguna palabra que no entienda, por favor, me para según le informo para darme tiempo a aclarar sus dudas. Si posteriormente surge alguna duda, puede preguntarme a mi o a mi compañera.

Propósito

La COVID–19 es una entidad con un amplio espectro clínico que va desde pacientes totalmente asintomáticos hasta aquellos que requieren soporte en unidades de cuidados intensivos. Desde su inicio la pandemia provocó una serie de modificaciones en todos los aspectos relacionados con la dinámica del ser humano. Por lo tanto, nos proponemos conocer cómo la pandemia ha cambiado el comportamiento de los individuos dentro de la comunidad, para entender de una mejor manera el proceso salud–enfermedad.

Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación incluye un cuestionario que será aplicado por una única ocasión.

Selección de participantes

Estamos invitando a pacientes seleccionados que acuden al centro de salud La propicia.

Participación voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuará recibiendo todos los servicios ofertados por el centro de salud y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado antes.

Duración

Su participación en la investigación se realizará en un único encuentro destinado para la aplicación de la entrevista establecida.

Confidencialidad

Nosotros no compartiremos la identidad de los pacientes que decidan participar en la investigación. La información recolectada durante el estudio se mantendrá confidencial, de igual manera su identidad será reemplazada por un código alfanumérico, y únicamente las investigadoras sabrán a quien pertenece dicho código.

Compartiendo los resultados

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación será compartido con usted antes de que se haga disponible al público, posteriormente se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación No se compartirá información confidencial.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no está obligado a participar en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

PARTE II: Formulario de consentimiento

He sido invitado/a participar en una investigación que permitirá determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la actual pandemia de COVID–19 que tenemos los pacientes que acudimos al centro de Salud La Propicia. Entiendo que se me realizará una entrevista que las investigadoras prepararán con anterioridad. Sé que probablemente no exista beneficios para mi persona y que no seré recompensado/a por mi participación. Se me han proporcionado los nombres de las investigadoras, así como la información necesaria para contactarlas en el caso de que lo requiera.

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

Nombre del participante Firma del participante

Fecha:
Día/mes/año

En caso de informante analfabeto

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

Nombre del testigo

Firma del testigo Huella dactilar del participante

Fecha:
Día/mes/año

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

Nombre de la investigadora Firma de la investigadora

Fecha:
Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado _____ (iniciales de la investigadora).

Anexo 2. Guía para la entrevista semiestructurada



GUÍA PARA LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Interculturalidad, Atención Sanitaria y Relación Médico–Paciente (RMP) en el contexto de la Pandemia de COVID–19 por SARS–CoV–2 en el Centro de Salud La Propicia, Cantón Esmeraldas, Provincia de Esmeraldas. 2021.

Edad: Sexo:

Procedencia: Residencia:

SALUD

¿Qué es estar sano para Ud.?

¿Qué practicas o creencias realiza para mantenerse sano?

¿Qué terapias utiliza o con que se cura cuando se enferma?

¿Cuándo se enferma donde acude primero talvez donde algún médico o algún curandero?

RELACIÓN MEDICO–PACIENTE

¿Ha tenido algún inconveniente con el medico en el momento de la atención?

¿Qué cosas positivas ha experimentado al asistir al médico?

¿Cómo cree Ud. que debería ser un ambiente adecuado para recibir su atención medica?

PANDEMIA DE COVID – 19 POR SARS-COV-2

¿Sabe Ud. que es la enfermedad del COVID–19?

¿Conoce Ud. cómo se transmite el virus que causa el COVID–19 ?

¿Conoce como puede Ud. prevenir el contagio del COVID–19?

¿Conoce Ud. los síntomas que causan el COVID–19?

¿Conoce algún tratamiento disponible para tratar el COVID–19?

¿Usted o algún miembro de su familia ha sido contagiado por el virus del COVID–19?

¿Cómo ha respondido usted ante esta enfermedad?

¿Cómo ha vivido usted la pandemia?

¿Cómo ha vivido la cuarentena?

AUTOATENCIÓN

¿Considera que es o no efectivo el tratamiento para el COVID–19?

¿Qué tratamientos conoce Ud. que realicen en su comunidad?

¿Ha realizado Ud. algún tratamiento de estos para tratarse el COVID–19?

¿En qué consistió dicho tratamiento?

¿Considera que resulto efectivo dicho tratamiento?

¿Ha recomendado alguna otra persona el tratamiento que Ud. considera que le resulto efectivo?

Anexo 3. Guía para la entrevista de historia de vida

GUÍA PARA LA ENTREVISTA DE 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 el Centro de Salud La Propicia, Cantón Esmeraldas, Provincia de Esmeraldas.2021.

1. ¿Cuál es su nombre completo?
2. ¿Por qué motivo le pusieron sus padres ese nombre?
3. ¿Cuál es su fecha y lugar de nacimiento? Describa su hogar, el vecindario y el lugar en el que creció.
4. Cuente de su papá (su nombre, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, sus padres, etc). Comparta algunos recuerdos que tenga de su papá.
5. Cuente de su mamá (su nombre, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, sus padres, etc.). Comparta algunos recuerdos que tenga de su mamá.
6. ¿A qué se dedicaban sus padres?
7. ¿Cuándo usted era niña/o falleció algún miembro de su familia? Si es así, ¿cuál fue la causa de su muerte?
8. ¿Qué clase de dificultades o tragedias afrontó su familia durante su infancia?
9. ¿Hay alguien en su familia que sufra de alguna enfermedad? Si es así ¿de qué enfermedades sufren?
10. ¿Cuáles son los nombres de sus hermanos y hermanas?
11. ¿Qué tradiciones familiares recuerda?
12. ¿Tenía su familia alguna costumbre o practica frente a la enfermedades?
13. ¿Vivían sus abuelos cerca de usted? Si es así, ¿cuánto estaban involucrados en su vida? Si vivían lejos ¿Cómo fue esa experiencia?
14. ¿Quiénes fueron sus tíos y tías? ¿Tiene algunos tíos o tías que realmente quedaron grabados en su memoria?
15. ¿A qué escuela asistió? ¿Cómo fue su experiencia en la escuela?
16. ¿Cuáles eran sus materias favoritas? ¿Por qué?
17. ¿Qué materias no le gustaban? ¿Por qué?

18. ¿Qué amigos tuvo en la escuela? ¿Cómo eran ellos? ¿Qué están haciendo hoy en día?
19. Si realizó estudios universitarios o vocacionales, ¿a qué institución académica asistió? ¿Qué estudió? ¿Qué recuerdos tiene de esos años?
20. ¿Cuáles considera que son sus fortalezas o virtudes?
21. ¿Cuáles fueron algunos de los desafíos que ha tenido que enfrentar?
22. ¿Qué problemas de salud ha tenido que sobrellevar a lo largo de su vida?
23. ¿Durante su enfermedad ha podido acceder a la atención médica para tratamiento de esta?
24. ¿ Como ha sentido que le han tratado los médicos que le atendieron?
25. ¿Ha usado la medicina natural para el tratamiento de su enfermedad?
26. ¿Es la religión una parte importante en su vida y la de su familia?
27. ¿Qué religión practicaba su familia y qué significado tenía para usted?
28. ¿Es la religión todavía una parte importante de su vida?
29. ¿Está casada? ¿Cómo se conocieron usted y su marido?
30. ¿Cómo describiría a su marido?
31. ¿Cómo fue su noviazgo?
32. ¿Cuántos hijos tienen juntos? ¿sus hijos fueron planificados?
33. Cómo se llaman sus hijos?
34. ¿Hay eventos importantes de Esmeraldas, Ecuador o del mundo que le ha tocado vivir?
35. ¿De qué manera esto ha afectado su vida?
36. ¿Qué consejo de vida compartiría con los demás?
37. ¿Qué valores personales son importantes para usted?
38. ¿Qué ha hecho (o qué está haciendo actualmente) para enseñar esos valores a sus hijos?
39. ¿Qué consejo le daría a alguien en cuanto a la crianza de los hijos que haya aprendido al criar a los suyos?
40. ¿Qué cosas le causan miedo?
41. ¿Qué cosas le sorprenden?
42. ¿Cuáles son algunas de las cosas que disfruta hacer en su tiempo libre?
43. ¿Usted tiene algún talento?
44. ¿Cómo descubrió que era buena en eso?
45. ¿Ha hecho algo para mejorarlo o desarrollarlo?

46. ¿Qué impacto han tenido en su vida?
47. ¿En que trabaja usted actualmente?
48. ¿Por qué escogió ese oficio o profesión?
49. ¿Qué empleos ha tenido a lo largo de su vida?
50. ¿Cuáles han sido sus vivencias más agradables en estos trabajos?
51. ¿Ha habido una experiencia de vida de la que usted crea que ha aprendido algo que nunca se le va a olvidar?
52. ¿En cuántos lugares ha vivido durante toda su vida?
53. ¿Qué cosa si pudiera cambiaría de su vida?
54. ¿Por qué cosa en particular le gustaría ser recordado?
55. ¿Qué herencia o enseñanza personal le gustaría dejar a los demás?
56. ¿Qué está haciendo actualmente para que eso suceda?

Anexo 4. Memoria fotográfica








manzana
Coca-Cola

