PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE 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 CENTRO DE SALUD LAS PALMAS, CANTÓN ESMERALDAS, PROVINCIA DE ESMERALDAS, 2021.

AUTORAS

DRA. ROSA IMELDA FRANCIS QUINDE

DRA. MIRIAN AURA REASCO VERA

DIRECTOR

DR. ALEXIS WLADIMIR RIVAS TOLEDO

ESMERALDAS, 2021

DEDICATORIA

Rosa

Dedico este trabajo a mi familia, por ser el pilar de mi vida y hacerme ser una mejor persona día a día, bajo el amor de Dios.

A mi esposo, que me ha acompañado en este proceso, adaptándose de la mejor manera y haciéndome más resiliente, confiando en que mi esfuerzo nos dará un mejor futuro.

Mirian

A mis hermanas por su entrega, apoyo y comprensión.

A mis hijos por ser la luz de mis días, por su entrega y amor incondicional, por acompañarme en este proceso, cada esfuerzo vale la pena, llenan mis de color mis derrotas y enaltecen mis victorias.

A mi madre, mujer luchadora quien me ha dejado el legado de saber que todo lo que me proponga lo alcanzaré.

AGRADECIMIENTOS

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por acogernos en su seno, abrirnos las puertas de esta especialidad tan maravillosa que nos permite entender la esencia de nuestros pacientes, aquella profesión que no conoce limitantes en nuestro actuar, que nos permitió sensibilizarnos y mejorar, para brindar atención de calidad con calidez.

A los usuarios del Centro de Salud Las Palmas por permitirnos conocer sus experiencias en torno a este fatídico momento del proceso salud-enfermedad.

A nuestro estimado y admirado director de tesis Dr. Alexis Rivas por guiar nuestros pasos en este nuevo camino de la etnografía y por hacernos comprender la grandeza e importancia de su aplicación para el buen desarrollo de los pueblos.

A nuestras familias por ser apoyar este camino y brindarnos el amor necesario para recargarnos y no tirar la toalla.

A Dios, por darnos la vida y

mantenernos con salud.

ÍNDICE

DEDICATORIA **2**

AGRADECIMIENTOS **3**

ÍNDICE DE TABLAS **9**

GLOSARIO **10**

RESUMEN **13**

CAPÍTULO I **15**

INTRODUCCIÓN **15**

CAPÍTULO II **17**

2. MARCO TEÓRICO **17**

2.1. INTERCULTURALIDAD 17

2.2. SALUD Y ENFERMEDAD. 18

2.3. CURSO Y CICLO DE VIDA CONCEPTOS. 19

2.4. ATENCIÓN SANITARIA/SERVICIOS DE SALUD: APS. 20

2.4.1. ATENCIÓN SANITARIA. 20

2.4.2. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y COVID. 21

2.4.3. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE. 23

2.4.4. RELACIÓN MEDICO PACIENTE EN COVID. 24

2.5. PANDEMIA DE COVID-19 POR SARS-COV-2. 25

2.5.1. QUÉ ES EL SARS-COV2. 25

2.5.2. QUÉ ES LA PANDEMIA DE COVID-19 POR SARS-CoV-2. 26

2.5.3. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL COVID-19 EN LA POBLACIÓN ..... **¡Error! Marcador no definido.**

2.5.4 CUADROS CLÍNICOS IDENTIFICADOS. 30

2.5.5.1 MANEJO DE CUADROS CLÍNICOS. 32

2.5.6. CUARENTENAS Y CONFINAMIENTOS. 35

2.5.7 TRATAMIENTOS FÁRMACOLÓGICOS 36

2.5.8. TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS 39

2.5.9. AUTOATENCIÓN. 41

2.5.10. EMOCIONALIDAD Y PANDEMIA COVID-19. 43

CAPITULO II **45**

3. METOGOLOGÍA **45**

3.1. JUSTIFICACIÓN. 45

3.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 45

3.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 46

3.3.1. OBJETIVO GENERAL 46

3.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS. 46

3.4. HIPÓTESIS OPERATIVA 46

3.5. UNIDAD DE INVESTIGACIÓN 46

3.6. ESTRATEGIA METODOLÓGICA 49

3.6.1. TIPO DE ESTUDIO 49

3.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN. 49

3.8. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN 50

3.9. SELECCIÓN DE INFORMANTES 50

3.10. DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA 53

3.11. CATEGORIZACIÓN DE LAS VARIABLES 55

3.12. ENTREVISTA ETNOGRÁFICA 55

3.12. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES CUALITATIVO-ETNOGRÁFICAS 56

3.13. ASPECTOS BIOÉTICOS 58

3.14. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN 58

3.15. PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS 58

3.16. IDENTIFICADORES DE LOS SUJETOS 59

3.16.1. IDENTIFICADORES ENTREVISTA ETNOGRÁFICA 59

3.16.2. IDENTIFICADORES HISTORIAS DE VIDA 61

3.17. INDICADORES CUALITATIVOS 66

3.18. NUBE DE PALABRAS O WORDSALAD 68

3.19. MODELO GRÁFICO DE GIDDENS 69

3.20. LIMITACIONES DEL ESTUDIOS 69

CAPITULO IV 70

4. RESULTADOS 70

4.1. RESULTADOS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS 70

4.2. COVID 19 75

4.2.1. CONOCIMIENTOS 75

4.2.4. EXPERIENCIAS DEL COVID 19 85

4.3. INTERCULTURALIDAD 87

4.3.1. USOS DE PLANTAS 88

4.3.2. AUTOATENCIÓN 91

4.3.4. CURSO Y CICLO DE VIDA 98

4.4. ATENCIÓN EN SALUD 101

4.4.1. ACCESIBILIDA 101

4.4.2. BARRERAS/VENTAJA 105

4.4.3. NIVELES DE ATENCIÓN 107

4.5. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE 111

4.5.1. INTERPRETACIÓN 111

4.5.2. FACTORES INFLUYENTES 113

4.5.3. EXPECTATIVAS 116

CAPÍTULO V **119**

5. CONCLUSIONES **119**

6. RECOMENDACIONES **122**

BIBLIOGRAFÍA **124**

ANEXOS **127**

Anexo 1 ..... **127**

CONSENTIMIENTO INFORMADO INFORMANTES ADULTOS 127

Anexo 2 ..... **132**

CONSENTIMIENTO PARA EL PADRE O TUTOR 132

ASENTIMIENTO INFORMADO PARA INFORMANTES MENORES DE EDAD 132

Anexo 3 ..... **137**

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA. 137

Anexo 4 ..... **138**

Anexo 5 ..... **141**

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. CENTRO DE SALUD LAS PALMAS 47
FIGURA2. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL CENTRO DE SALUD LAS PALMAS 47
FIGURA 3. ÁRBOL DE INDICADORES CUALITATIVOS 66
FIGURA4. EDAD 71
FIGURA 5. GÉNERO 71
FIGURA 6. ETNIA 72
FIGURA 7. NIVEL EDUCATIVO 72
FIGURA 8. OCUPACIÓN 73
FIGURA 9. RELIGIÓN 73
FIGURA 10. MOVILIDAD HUMANA 74
FIGURA 11. CONTAGIOS COVID-19 74
FIGURA 12. COVID-19: CONOCIMIENTOS 75
FIGURA 13. COVID-19: PREVENCIÓN 78
FIGURA 13.1. COVID-19: PREVENCIÓN 81
FIGURA 14. COVID-19: CUARENTENA 82
FIGURA 14.1. COVID-19: CUARENTENAS 84
FIGURA 15. COVID-19: EXPERIENCIAS 85
FIGURA 16. USO DE PLANTAS 88
FIGURA 17. AUTOATENCIÓN 91
FIGURA 17.1. AUTOATENCIÓN 94
FIGURA 18. REDES DE APOYO 95
FIGURA 18.1. REDES DE APOYO 98
FIGURA 19. CURSO Y CICLOS DE VIDA 99
FIGURA 19.1. CURSO Y CICLOS DE VIDA 101
FIGURA 20. ACCESIBILIDAD 102
FIGURA 20.1. ACCESIBILIDAD 104
FIGURA 21. BARRERAS/VENTAJAS 105

FIGURA 21.1. BARRERAS/VENTAJAS 107
FIGURA 22. NIVELES DE ATENCIÓN 108
FIGURA 22.1. NIVELES DE ATENCIÓN 110
FIGURA 23. RELACIÓN MÉDICO PACIENTE: INTERPRETACIÓN 111
FIGURA 23.1 RELACIÓN MÉDICO PACIENTE: INTERPRETACIÓN 113
FIGURA 24. FACTORES INFLUYENTES 113
FIGURA 24.1 RELACIÓN MÉDICO PACIENTE: FACTORES INFLUYENTES 115
FIGURA 25. RELACIÓN MÉDICO PACIENTE: EXPECTATIVAS 116
FIGURA 25.1. RELACIÓN MÉDICO PACIENTE: EXPECTATIVAS 118

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. SÍNTOMAS POR COVID FISTERRA-CDC 30
TABLA 2. SÍNTOMAS COVID OPS 31
TABLA 3. SÍNTOMAS - ACCESS 31
TABLA 5. FORMULACIONES SEGÚN CUADRO CLÍNICO 39
TABLA 6. CENSO POBLACIONAL DEL CENTRO DE SALUD 48
TABLA 7. SELECCIÓN DE INFORMANTES – ENTREVISTADOS 52
TABLA 8. SELECCIÓN DE INFORMANTES – HISTORIAS DE VIDA 52
TABLA 9. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO 53
TABLA 10. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES 56
TABLA 11. PERFIL DE LOS PARTICIPANTES ENTREVISTADOS 59
TABLA 12. PERFIL DE LOS PARTICIPANTES - HISTORIAS DE VIDA 61
TABLA 13. INDICADORES CUALITATIVOS 67

GLOSARIO

Términos empleados por los informantes en las entrevistas e historias de vida.

Actitud: Postura del cuerpo que denota cierta intención o estado de ánimo.

Aislamiento: Separar a las personas infectadas de aquellas que no están infectadas.

Anticuerpo: Proteína producida por el sistema inmunitario para combatir los gérmenes; estos permanecen en el cuerpo y nos protegen de infecciones futuras.

Aptitud: Capacidad y disposición de una persona para ejercer una actividad.

Capacitar: Hacer que una persona o una cosa sea apta o capaz para determinada cosa.

COVID-19: Enfermedad respiratoria muy contagiosa causada por el virus SARS-CoV-2.

Coronavirus: Familia de virus que pueden provocar enfermedades tanto a animales como a humanos.

Cuarentena: aislamiento de personas o animales durante un período de cuarenta unidades de tiempo no específico como método para evitar o limitar el riesgo de que se extienda una enfermedad o una plaga.

Cultura: conjunto de conocimientos que una sociedad trasmite y valora, especialmente aquellos que se refieren al pasado de la humanidad.

Creencia: pensar algo como verdadero sin poder probarlo absolutamente.

Depresión: Trastorno de salud mental que se caracteriza por depresión persistente o pérdida de interés en las actividades, lo que puede causar dificultades significativas en la vida cotidiana.

Dios: ser sobrenatural al que se rinde culto;

Discriminación: Trato diferente y perjudicial que se da a una persona por motivos de raza, sexo, ideas políticas, religión, etc.

Diversidad: Cualidad de diverso o variado

Eficacia: capacidad de disponer de alguien o algo para conseguir el cumplimiento adecuado de una función.No debe confundirse con la eficacia, que se define como ‘la capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera’.

Empatía: capacidad que tiene una persona de percibir los sentimientos, pensamientos y emociones de los demás, basada en el reconocimiento del otro como similar

Epidemia: Enfermedad que ataca a un gran número de personas o de animales en un mismo lugar y durante un mismo período de tiempo.

Eucalipto: Eucalyptus L'Hér., es un género de árboles de la familia de las mirtáceas.

Factor de riesgo: oda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.

Incubación: tiempo comprendido entre la exposición a un agente biológico, y la aparición de los signos y síntomas por primera vez.

Miedo: Sensación de angustia provocada por la presencia de un peligro real o imaginario.

Morbilidad: Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

Pandemia: Enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región.

PCR: Reacción en cadena de la polimerasa; es una técnica de laboratorio utilizada para amplificar secuencias de ADN.

Prevalencia: proporción de individuos de un grupo o una población, que presentan una característica o evento determinado.

Sahumar: perfumar una cosa/objeto con humo aromático.

Salud: estado de bienestar físico, mental y social, y la posibilidad para cualquier persona de aprovechar y desarrollar todas sus capacidades en el orden intelectual, cultural y espiritual.

Tasa de mortalidad: número de defunciones de personas de una determinada edad o grupo, por cada 1.000 personas vivas de ese mismo grupo, en el periodo de un año.

Vacuna: Se trata de una sustancia compuesta por microorganismos atenuados o muertos que se introduce para estimular la formación de anticuerpos y conseguir inmunidad frente a ciertas enfermedades.

Variante: un virus que ha cambiado con respecto a su versión original. La variante suele tener un “error” en un aminoácido. Esto también se conoce como una mutación.

Vaporizaciones: proceso mediante el cual una sustancia cambia de estado líquido a estado gaseoso.

Wuhan: Es la capital de la provincia de Hubei, en China central.

Zoonosis: Las enfermedades zoonóticas son aquellas que se transmiten por zoonosis de algunos animales a los humanos.

Fuentes de Glosario: RAE, 2020.

RESUMEN

La investigación se realizó con la participación de los usuarios y personal de salud del Centro de salud Las Palmas en la parroquia Luis Tello de la ciudad de Esmeraldas.

Objetivo: Describir y analizar interculturalidad, atención sanitaria y relación médico-paciente (RMP) en el contexto de la pandemia de COVID-19 en Centro de Salud Las Palmas, cantón Esmeraldas, provincia de Esmeraldas, 2021.

Diseño metodológico: Se realizó un estudio etnográfico, descriptivo, con metodología cualitativa, a través de entrevistas semiestructuradas e historias de vida, utilizando criterios de inclusión y exclusión, además del uso del consentimiento informado para quienes aceptaron participar. Se obtuvo la información mediante audio con la posterior textualización, se asignó código alfanumérico a cada participante para proteger su identidad.

Resultados: Este estudio etnográfico fue posible conocer que durante la pandemia de la COVID-19, que la interculturalidad y diversidad cultural, las creencias de cada individuo y familia, fueron fundamentales para determinar las actitudes y prácticas a realizar en el ámbito individual y comunitario, en pro de la supervivencia y expectativas de vida; además de que existió desinformación y desconocimiento de la magnitud de efectos que tendría esta enfermedad en la población general y como el sistema de salud , la relación médico paciente fue afectado por esta pandemia.

Conclusiones: En contraposición a los avances tecnológicos, aún existe un fuerte lazo entre las creencias y tradiciones practicadas por nuestros ancestros. La afluencia al Centro de Salud Las Palmas es constante y diversa y se mostraron satisfechos con la cercanía del lugar no así con la gran demanda de usuarios y además la falta de insumos durante la pandemia que inciden indirectamente en la relación médico paciente, desestabilizando el funcionamiento adecuado del sistema de salud.

Palabras Clave: COVID-19, Salud, Atención en Salud, Interculturalidad, Medicina Tradicional, Pandemia, Relación Médico-paciente.

ABSTRACT

The research was carried out with the participation of users and health personnel from the Las Palmas health center in the Luis Tello parish of the city of Esmeraldas.

Objective: Describe and analyze interculturality, health care and doctor-patient relationship (RMP) in the context of the COVID-19 pandemic in Las Palmas health center, Esmeraldas canton, Esmeraldas province, 2021.

Methodological design: An ethnographic, descriptive study was carried out, with qualitative methodology, through semi-structured interviews and life stories, using criteria of inclusion and exclusion, in addition to the use of informed consent for those who agreed to participate. The information was obtained by means of audio with subsequent textualization, an alphanumeric code was assigned to each participant to protect their identity.

Results: This ethnographic study was able to know that during the COVID-19 pandemic, that interculturality and cultural diversity, the beliefs of each individual and family, were fundamental to determine the attitudes and practices to be carried out at the individual and community level, in favor of survival and life expectancy; In addition to the fact that there was misinformation and ignorance of the magnitude of effects that this disease would have on the general population and like the health system, the doctor-patient relationship was affected by this pandemic.

Conclusions: In contrast to technological advances, there is still a strong link between the beliefs and traditions practiced by our ancestors. The influx to the Las Palmas Health Center is constant and diverse and they were satisfied with the proximity of the place, but not with the great demand of users and also the lack of supplies during the pandemic that indirectly affect the doctor-patient relationship, destabilizing the functioning adequate health system.

Key Words: COVID-19, Health, Health Care, Interculturality, Traditional Medicine, Pandemic, Doctor-patient relationship.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

En la actualidad nos enfrentamos a una enfermedad nueva que ha traído consigo una importante crisis sanitaria a nivel mundial, causada por el COVID-19, nuestro país no está exento de sus repercusiones, al ser pluricultural, multiétnico con raíces diversas e intrincadas en nuestras costumbres, contando con una población total de aproximadamente 17 millones de ecuatorianos. De los cuales 534.092 son esmeraldeños y se autoidentifican como mestizos el 44.7%, afroecuatorianos el 43.9%, blancos 5.9%, indígenas 2.8, montubios 2.4 % y otros 0.3% contribuyendo de tal manera a forjar la interculturalidad ecuatoriana. (INEC.2010). También podemos contar con la proyección poblacional total de la provincia de Esmeraldas para el 2020 de 643654 personas, referente a la parte urbana una población 410312 y rural de 233342. Y solo en el cantón de Esmeralas de 6620 personas. (INEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2012)

Este estudio tiene como objetivo general describir y analizar la interculturalidad, atención sanitaria y relación médico-paciente (RMP) en el contexto de la pandemia de COVID-19 en unidad operativa “Las Palmas”, cantón Esmeraldas, provincia de Esmeraldas, 2021, para de esta manera entender el proceso salud enfermedad en nuestra población.

La antropología médica, nos invita al conocimiento de nuestra cultura, lo cual es un reto para la atención sanitaria, ya que implica un abordaje holístico de los distintos escenarios que se generan en el contexto de esta fatídica enfermedad, de la que poco conocemos.

Para realizar un análisis integral de esta situación es imperativo cuestionarnos ¿Cómo se construye la interculturalidad, la atención sanitaria y la Relación Médico- Paciente (RMP) en referencia a la pandemia de COVID-19 en la mencionada unidad operativa?

El analizar la dinámica individual, familiar y comunitario de los pobladores, las crisis generadas, los nuevos roles adquiridos, incluyendo variables independientes como el sexo, etnia, profesión entre otras nos brindará información precisa para lograr así un abordaje integral aplicando

entrevistas semiestructuradas complementado esto con historias de vida lo cual abarca en cierto sentido el método cualitativo. Esta investigación consta de los siguientes capítulos:

1. Capítulo I: Introducción.

2. Capítulo II: Marco Teórico.

3. Capítulo III: Metodología

4. Capítulo IV: Resultados

5. Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones

6. Referencias Bibliográficas

7. Anexos

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. INTERCULTURALIDAD

La interculturalidad y diversidad cultural nos muestra las interacciones que se producen en la variedad de sectores correspondientes de la sociedad. Actualmente es un término que nos ayuda a interpretar las diferentes formas en que se establece las relaciones humanas en presencia de variantes culturales, étnicas, leguaje, religiosas y de nacionalidades. (Barabas, 2014)

El término de interculturalidad tiende ser muy utilizado en el área de Latino América, siendo comparado con frecuencia con multiculturalismo que es encontrar diferentes culturas en un mismo lugar si establecer entre ellas una relación. En América Latina se utiliza frecuentemente el concepto de interculturalidad, a veces contraponiéndolo al multiculturalismo, a veces en forma complementaria y se hace notar que las llamadas minorías son, en muchos países latinoamericanos. (Cruz, 2013)

El siglo XXI inicia fuertemente marcado por la diversidad y la aparición de nuevas identidades, constituyendo el período de mayor movilidad de migrantes, con aproximadamente doscientos cincuenta millones de personas viviendo hoy fuera de sus países de origen, y es un momento de gran movilización de personas antes invisibilizadas o discriminadas que se han organizado para ser reconocidas en sus derechos: las mujeres, los pueblos originarios, los afrodescendientes, las minorías LGBT, los inmigrantes. Además, las nuevas tecnologías impactan sobre la genética humana y la interacción entre la inteligencia artificial y la biología abren la baja posibilidad de lo nuevo y nos obligan a dudar sobre lo que entendemos por ser humano.

Entonces es fácil inferir en la diversidad de los modos de vida y la inclusión de la variedad de etnias, culturas, costumbres, valores, aun siendo difícil de enfrentar en todos los campos de la

vida. Es así que ecuador gracias a la lucha de las comunidades indígenas con su representación La Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador – CONAIE, logró un gran avance en la Constitución de 1998 que declara al Ecuador como “Estado pluricultural y multiétnico” y 10 años después, con la Constitución de 2008, alcanzamos el reconocimiento de “Estado plurinacional”, muchos de las nacionalidades que se establecen en nuestro territorio comprenden de acuerdo al INEC en el 2019 un numero de 2.044,0 mil movimientos, de los que 1.375.859 (67%) fueron por motivo de viaje turismo, el 11,8% de extranjeros por motivos de residencia y apenas el 0,2% entra por motivos de estudios. Los venezolanos registran un mayor porcentaje de entradas al país (24,9%), 19,7 los estadounidenses y 21.3% los colombianos.

Esmeraldas, provincia verde del Ecuador, fundada en 1847, situada en la costa noroccidental con una población 534.092 son esmeraldeños y se autoidentifican como mestizos el 44.7%, afroecuatorianos el 43.9%, blancos 5.9%, indígenas 2.8, montubios 2.4 % y otros 0.3% contribuyendo de tal manera a forjar la interculturalidad ecuatoriana. (INEC, 2010), su cantón capital homónima es uno de los puertos principales del Ecuador y terminal del oleoducto transandino, consta de una población que bordea los 154 035 habitantes en 2010, de acuerdo con el último censo poblacional realizado. Según el último ordenamiento territorial, la provincia de Esmeraldas pertenece a la Región Norte (Ecuador) comprendida también por las provincias de Sucumbíos, Carchi e Imbabura (ZONA 1).

La población que corresponde a la unidad operativa pertenece a comunidades de etnia mestiza, con un alto porcentaje personas afrodescendiente, sin embargo, contamos con la presencia de comunidades indígenas cachis principalmente. Siendo en su mayoría una población económicamente activa.

2.2. SALUD Y ENFERMEDAD.

Se debe conocer que existen determinantes variados para la salud que no simplemente de un buen estado físico, mental y reproductivo sino que también vale sumarle el bienestar cultural. La cual corresponde valorar ciertas condiciones influyentes como son: vivienda digna, alimentación, ambiente laboral adecuado, sexualidad plena, educación histórica, política y

cultural. Y la Organización Mundial de la Salud indica que, “la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o invalideces”. Arthur Kleinman y Byron Good, en la década de los noventa, describían la salud como un proceso cultural: “la salud y la enfermedad es cognoscible, desde enfermos y sanadores, solamente a través de un set de actividades a interpretar, de modo que la construcción cultural de la enfermedad es algo claro” (Alvarado, 2017)

2.3. CURSO Y CICLO DE VIDA CONCEPTOS.

Erikson, en su teoría del Desarrollo de la Personalidad basada en los estudios psicoanalíticos de Freud y la carga genética nos propone que el ser humano logra progresivamente sus habilidades y considera 8 etapas de desarrollo básico durante la vida de cada individuo, en este contexto debemos entender que aquellas etapas interactúan entre sí y se complementan. (Armas N. , 2017)

El término salud proviene del latín salus, salūtis, que significa 'salvación', pero también ‘saludo’. Es por eso por lo que el verbo saludar implique desear salud al otro. La salud es un bien universal, de acuerdo con lo expuesto por la OMS en 1960, y lo conceptualiza en 1947 la salud como un estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo a la ausencia de enfermedades. Siendo así que las condiciones ambientales, económicas y sociales influyen enormemente en su mantenimiento.

Mientras que el proceso salud enfermedad, en sus distintas etapas entendemos el comportamiento humano desde otra perspectiva, evidenciamos la falta de límites entre uno y otro que, al interactuar con la sociedad, modifican ciertos hábitos inicialmente aprendidos. Y en contraste la misma OMS define como enfermedad a la “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”. (OMS, 2014).

El INEC en 2019 nos informa que se registraron 73.431 defunciones generales teniendo un crecimiento del 2.0 % con respecto al año 2018, la tasa de mortalidad masculina 4,8 y 3.8 la

femenina por cada por cada 1.000 habitantes. De los cuales la provincia del Guayas registra un incremento del 4,9% respecto al 2018 y en Esmeraldas el 5,1%.

En la unidad operativa motivo de estudio, las atenciones realizadas en el área de consulta externa fueron del 58% en atenciones de Fomento y 42% de Morbilidad, es decir en base a la epidemiologia y prevalencia de distintas enfermedades, las acciones que se realizaron encasillaron a la prevención como ente primordial.

2.4. ATENCIÓN SANITARIA/SERVICIOS DE SALUD: APS.

2.4.1. ATENCIÓN SANITARIA.

La atención primaria de salud (APS), se la considera como una parte esencial o nuclear del sistema sanitario: siendo esta la puerta de entrada por la cual los usuarios y pacientes tienen el primer contacto con los servicios de salud. (Zurro, 2011)

La conferencia de la OMS-Unicef de Alma-Ata (1978) estableció la siguiente definición de la APS: «Asistencia 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 coste 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. (Tejeda, 2018)

La atención primaria es 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». (Zurro, 2011)

Con las siguientes características:

- **Integral:** Abarcando tanto los problemas y necesidades de salud de la persona desde una perspectiva biopsicosocial, en los procesos de salud-enfermedad.

- **Integrada:** Teniendo que las actuaciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la enfermedad y análisis del entorno social serán constantes y se acoplarán armónicamente.
- **Continuada y longitudinal:** Realizando un plan de seguimiento.
- **Activa:** Considerando la participación activa en todo el proceso salud-enfermedad.
- **Accesible:** Sin limitaciones o prejuicios que dificulten la utilización de los recursos por los usuarios.
- **Formada por equipos:** profesionales sanitarios (medicina, enfermería, odontología) y no sanitarios (trabajo social, administración)
- **Comunitaria y participativa:** Encaminar en las necesidades y problemas de salud tanto desde punto de vista individual colectiva o comunitaria en conjunto con actores implicados.
- **Programada y valorable:** Organizada con objetivos y métodos predeterminados y con medios de evaluación adecuados.
- **Docente e investigativa:** Constante capacitación.

(Zurro, 2011)

La atención que brinda el médico familiar y comunitario es aquella desde la proximidad de la población se plantea actuaciones con un enfoque amplio que abarca el individuo, la familia y la comunidad; buscando estrategias en pro del bienestar humano por lo que la atencion primaria de salud representa el núcleo de las intervenciones.

2.4.2. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y COVID-19.

Debemos tener claro la función de la atención primaria de salud y sus características antes descritas para establecer las acciones frente a la problemática mundial actual como es la pandemia por la COVID-19 que ha trastocado cada uno de nuestros hogares, consumiendo recursos en todos los contextos, sobrecargando los sistemas sanitarios a nivel mundial.

En el Segundo Webinar REDSALI: APS Y COVID-19 llevado a cabo el 17 junio 2020, el Dr. Luis Hernán Luque en su primera intervención nos indica que: “La APS propone una estrategia

integradora que promueve vínculos entre la protección social, la promoción de la salud, la salud en todas las políticas, la cobertura universal y los determinantes de la salud. (OPS/OMS, 2020).

En este sentido nos sirve de recordatorio la importancia de la atención primaria, que ha tomado repunte y ha sido crucial durante la pandemia por la COVID-19.

En respuesta a la rápida propagación de la COVID-19, el Departamento de Sistemas y Servicio de Salud (HSS) de la OPS/OMS en mayo de 2020, crea el Marco de referencia de la Red Integrada de Servicios de Salud para la respuesta a la pandemia de COVID-19 en cuyos ejes centrales plantea: la reorganización y fortalecimiento de la capacidad resolutiva del primer nivel de atención, protocolo para el diagnóstico y la realización de pruebas a pacientes con sospecha de COVID-19, el reforzamiento de la atención domiciliaria con o sin telemedicina , la reorganización, contratación y capacitación del personal sanitario con énfasis en seguridad y protección personal y proveer de suministros, entre otros". (OPS/OMS, 2020)

Producto de la pandemia, principalmente en el periodo de transmisión comunitaria sostenida, se plantearon en el primer nivel de atención tres objetivos principales:

1) Atención centrada en la respuesta al COVID-19 identificando, reportando, conteniendo, manejando y refiriendo casos

2) Mantener la continuidad de servicios esenciales

3) Propiciar la descarga de la atención hospitalaria para la ampliación de la capacidad de los servicios hospitalarios en respuesta al COVID-19. Cabe destacar que, la pandemia dio a notar los desafíos de sistema de salud y gobierno frente a este evento, revelando la necesidad del enfoque integral, universal y permanente de la APS.

(OPS/OMS, 2020)

Pero la OMS muestra que los servicios de salud se han visto parcial o totalmente interrumpidos en muchos países, en los servicios de prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles las cuales se han visto gravemente afectados desde el comienzo de la pandemia

de COVID-19, se realizó una encuesta por parte de la OMS en 155 países durante un período de tres semanas en mayo, confirmó que el impacto es mundial, pero que los países de ingresos bajos son los más afectados (OPS/OMS, 2020)

En la medida aproximadamente más de la mitad (53%) de los países encuestados han interrumpido parcial o totalmente los servicios de tratamiento de la hipertensión; el 49% los servicios de tratamiento de la diabetes y las complicaciones conexas; el 42% los servicios de tratamiento del cáncer, y el 31% los de emergencias cardiovasculares. Sin contar con el servicio de rehabilitación. (OPS/OMS, 2020)

2.4.3. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.

La relación existente entre el médico y el paciente, es una de las tantas formas de relacionarse que utilizamos los seres humanos, se identifica desde el Código de Hammurabi (año 1728 a.C.), en la Antigua Grecia; se pone por primera vez de manifiesto en el Juramento Hipocrático (460 – 347 a.C.), siendo aceptada como fundamento intocable de la profesión médica. (Jimenez J. et al., 2017)

Con el transcurso del tiempo ha presentado profundos cambios, integrando la concepción paternalista inicial de la medicina al modelo biopsicosocial que en la actualidad se promulga, siendo considerada por algunas organizaciones como “patrimonio cultural inmaterial de la humanidad”. Lo cual reconoce el enorme aporte que hace dicha relación a nivel individual, colectivo y social.

En el modelo actual del ejercicio médico, considerando los principios bioéticos que nos preceden, se reconoce la autonomía del paciente como derecho, favoreciendo de esta manera su participación en torno a su salud, fomentando la responsabilidad compartida existente entre médicos, usuarios y los factores determinantes de la salud, tomando en cuenta los distintos escenarios en que se desarrollan las intervenciones.

La atención sanitaria a pesar de existir disimiles políticas públicas adoptadas en la actualidad en “pro” de mejorar la salud mundial, se ha visto afectada por las exigencias de las mismas en

su intento de brindar calidad y calidez, sin embargo, hay mucha evidencia de que si logramos una relación médico paciente basada en respeto, empatía y compromiso bidireccional, siendo comunicativos y practicando una escucha activa; podremos mejorar las intervenciones en salud que se realicen y de esta manera lograr lo que nos propone la OMS en su definición de salud ““El estado completo de bienestar físico y social de una persona”, y no solo la ausencia de enfermedad”.

2.4.4. RELACIÓN MEDICO PACIENTE EN COVID-19.

El 11 de marzo de 2020, la OMS declaró la enfermedad por COVID-19 como una pandemia, que a la fecha sigue causando estragos extraordinarios de morbimortalidad; logrando una modificación para pocos y muchos positiva y/o negativa de la organización en todos los escenarios a nivel mundial.

En el curso de esta lamentable situación es evidente que el ejercicio medico se ha visto afectado, no debemos olvidar que muchas patologías agudas y/o crónicas necesitan de atención médica presencial y seguimiento, sin embargo, no se logra llevar a cabo esta labor al 100% ya que más del 50% de la población mundial ha estado confinada a sus domicilios y además por las políticas públicas adoptadas en pro de conservar la salud y minimizar los afectados, se ha generado miedo entre los pobladores ante la probabilidad del contagio.

Tras el uso imperante de la telemedicina por el estado de emergencia y a pesar de los conocidos beneficios que brinda a los pacientes, familias, profesionales de salud y sistema sanitario en general; es difícil no reconocer la afectación indiscutible que ha generado en cuanto a relación médico paciente se refiere, ya que aún existe cierta resistencia al cambio por parte de los profesionales y el usuario, además que muchos países subdesarrollados no cuentan con las medidas necesarias para su ejecución.

Es notable que en el contexto de la pandemia por las mismas medidas de seguridad adoptadas mundialmente se ha generado un cambio en el establecimiento de una adecuada relación médico paciente que a la actualidad no se podría calificar erróneamente solo como positiva o negativa.

Contar con historiales médicos y la confianza del paciente permiten llevar a cabo consultas telefónicas o video llamadas para orientarles en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, ya sea el coronavirus o cualquier otra, pero la llegada de nuevo paciente que el personal de salud no conoce, nos lleva a una dinámica complicada para establecer la confianza y empatía necesaria para que el paciente nos brinde información necesaria para llegar a un diagnóstico.

2.5. PANDEMIA DE COVID-19 POR SARS-COV-2.

2.5.1. QUÉ ES EL SARS-COV2.

Los primeros coronavirus de procedencia humana se identificaron en la década de los 60. El SARS-CoV-2 pertenece a la familia de virus RNA monocatenarios se ubica taxonómicamente en la familia Coronaviridae. Es un virus zoonótico, extendido en el reino animal, incluidos camellos, vacas, gatos y murciélagos: enfermedades respiratorias, entéricas, hepáticas y neurológicas. Su transmisión se da desde animales por contacto directo o indirecto a humanos. (Dr. Izquierdo J. & Dr. Molero J. , 2020)

El coronavirus se caracteriza por tener forma esférica o irregular, con un diámetro aproximado de 125 nm. Su genoma está constituido por RNA de cadena sencilla, con polaridad positiva, y con una longitud aproximada de 30.000 ribonucleótidos, una cápside de simetría helicoidal, constituida por la proteína de nucleocápside (N), una envoltura lipídica con tres proteínas ancladas en ella, denominadas E (envoltura), M (membrana) y S (del inglés, spike, o espícula), dando una visión de una corona. (Díaz-Castrillón F. & Toro-Montoya A, 2020)

Se transmite por inhalación a corta distancia (< 2m) a través del contacto con mucosas de los ojos, boca o nariz con las gotitas respiratorias emitidas al hablar, gritar, toser, estornudar. Otras vías de transmisión constituyen los fómites o areosoles en especial si están en espacios cerrados o poco ventilados. Hay probabilidad de transmisión vertical en el periodo posnatal por contacto directo con las secreciones respiratorias de la madre, aunque no se puede descartar que sea por el contacto ya que se han encontrado receptores ACE-2 en la placenta y ARN viral en la leche materna en mínimas cantidades. Se considera posibles otras vías como la fecal-

oral y hemática; sin embargo, aún no se confirman. (Díaz-Castrillón F. & Toro-Montoya A, 2020)

Las gotículas respiratorias tienen un diámetro de cinco a 10 micrómetros (µm); las gotas que tienen un diámetro inferior a 5 µm se denominan núcleos goticulares o aerosoles se transportan en un espacio no mayor a un metro con una persona infectada que presenta síntomas respiratorios (por ejemplo, tos o estornudos) o que está hablando o cantando es cuando estas gotículas respiratorias con contenido viral es capaz de alcanzar la boca, la nariz o los ojos de una persona sin protección pudiendo causar la infección. Y las transmisiones indirectas si hay un contacto con un objeto o una superficie contaminados. (OPS/OMS, 2020)

La infección es originada principalmente por el SARS-CoV-2, una beta coronavirus que penetra en la célula empleando como receptora la enzima convertidora de angiotensina 2. (Morelo J.et al., 2020)

Usa principalmente la proteína de espiga (S) densamente glucosilada y se une al receptor ACE-2 expresado en las células alveolares tipo II. El RNA del virus ingresa a las células del tracto respiratorio superior e inferior, y es traducido a proteínas virales, resultando en dos procesos fisiopatológicos interrelacionados: a) Efecto **citopático directo** resultante de la infección viral, que predomina en las primeras etapas de la enfermedad; b) **Respuesta inflamatoria no regulada del huésped,** que predomina en las últimas etapas. (Alves C. et al,. , 2020)

El SARS-CoV-2 expresándose en enfermedades respiratorias principalmente desde estadíos leves hasta cuadros graves y la muerte; además, algunas de las personas infectadas no presentan síntomas.

2.5.2. QUÉ ES LA PANDEMIA DE COVID-19 POR SARS-CoV-2.

Una pandemia se constituye cuando una enfermedad epidémica se extiende a muchos países o ataca a casi todos los individuos de una localidad o región. Etimológicamente proviene del vocablo griego πανδημία, de παν (pan, todo) y δήμος (demos, pueblo), que significa reunión de todo un pueblo. (Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua , 2020)

La OMS nos indica que para declarar una pandemia el brote epidémico debe afectar a más de un continente y en cada país los casos deben ser provocados por la propagación comunitaria.

Es de recordar que hemos vivido varias pandemias, tres de las cuales fueron por influenza alcanzando una mortalidad global de 78 millones de personas aproximadamente, la más reciente fue en 2009 por H1N1, con un índice de mortalidad promedio a nivel mundial de entre 151.700 y 575.400 personas en el primer año. (Medina, J., 2020)

El 31 de diciembre de 2019, en Wuhan, provincia de Hubei – China se informó de un grupo de 27 personas que presentaban neumonía de causa no identificada con una exposición común en un mercado mayorista donde se comercializa pescado y animales vivos, de los cuales siete casos fueron graves, en días subsiguientes se realizaron arduas tareas para identificar el microrganismo causal, siendo así que para el 7 de enero de 2020, las autoridades de dicha localidad identificaron como agente etiológico del brote un nuevo tipo de virus perteneciente a la familia Coronaviridae al cual llamaron SARS-CoV-2, el cual causa una enfermedad respiratoria grave y es potencialmente mortal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) el 30 de enero de 2020, declaró que se trataba de una emergencia de salud pública alcance internacional, por lo que se iniciaron medidas de contención para evitar su propagación.

En Ecuador el 2 de marzo del 2020, la ministra de Salud Pública, Catalina Andramuño, señaló que al momento existían seis casos, el primero fue una mujer de 71 años que llegó desde Madrid a Guayaquil asintomática, y los demás serían sus familiares, además indicó que se estaría haciendo acciones de vigilancia epidemiológica a 177 individuos que de una u otra forma estuvieron en contacto con el caso inicial.

La infografía nacional en su reporte N° 266 que inició en febrero de 2020 a noviembre del mismo año indica un total de caso de 183.246 confirmados con pruebas PCR, de los cuales se recuperaron 160.639 y fallecieron 13.073. En nuestra provincia verde Esmeraldas hasta el 19

de noviembre del 2020 se registraron 4.551 casos confirmados con pruebas PCR d ellos cuales 222 fallecieron. (MSP ECUADOR,, 2020)

En informes emitidos por el ECU 911, las ciudades más indisciplinadas frente al estado sanitario en el que nos encontramos están Quito, Guayaquil, Cuenca, Portoviejo y Esmeraldas ya que se reporta la mayor cantidad de concentraciones de personas.

Sin embargo; el pasar por este nuevo padecimiento, trajo consigo modificaciones de conductas humanas, cambios de estilos vida y el que se desaprendan ciertos hábitos perjudiciales, algunas de estas nuevas adaptaciones son:

- Lavado de manos con agua y jabón por un tiempo mínimo de 20 segundos.
- Usar alcohol gel al 60%.
- No tocar ojos, nariz y boca con manos sucias.
- Uso de pañuelos desechables.
- Mantener distanciamiento social de mínimo dos metros.
- Las cuarentenas.

(Nicks & Wong, 2020)

2.5.3. **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL COVID-19 EN LA POBLACIÓN.**

El SARS-CoV-2 es un patógeno nuevo, lo cual crea mucha incertidumbre, volviéndose una necesidad imperativa el conocer sobre este nuevo ente.

Las primeras respuestas generadas frente a su aparición a nivel mundial y en nuestra población fue miedo, ansiedad; todo ello resultante de las medidas preventivas que el gobierno adoptó como necesarias para frenar la propagación del virus, ya que tuvo una transmisión acelerada y nefasta entre las personas, dejando a su paso muchas pérdidas humanas, materiales y aumentando los costos de vida y en salud.

Al ser un nuevo virus, poco estudiado, se ha generado una variedad de comentarios y teorías sin fundamento científico que abarca su origen, forma de trasmisión, manifestaciones clínicas y sobre todo sobre los cuidados necesarios para prevenirlo y tratarlo; sumado a esto, existe una gran cantidad de información errónea, primando la desinformación en las redes sociales, lo cual obviamente trae confusión y mayor desconocimiento en la comprensión de las personas sobre el COVID-19.

En el momento en que las medidas adoptadas por el gobierno entraron en vigor, el pánico de los ecuatorianos condujo a la compra masiva de alimentos y demás enseres de supervivencia abarrotando así los supermercados y con ello el aumento en las movilizaciones ciudadanas a sus lugares de residencia, lo que trajo consigo el aumento casos y del riesgo de propagación en todo el territorio. Si bien es cierto, esta reacción a las medidas impuestas fue esperada, nos plantea dudas sobre el nivel de comprensión y actitudes de afrontamiento hacia esta pandemia por COVID-19.

El conocer las actitudes y las prácticas de la población ante un evento de esta naturaleza es fundamental para entender el afrontamiento de estas crisis a nivel individual, familiar e incluso comunidad. Las capacitaciones del MSP proporcionan información de referencia para determinar el tipo de intervención que puede ser necesaria para cambiar los conceptos erróneos sobre el virus. La evaluación de la información relacionada con COVID-19 entre el público en general sería útil para brindar una mejor perspectiva para mejorar el conocimiento deficiente sobre la enfermedad y crear estrategias preventivas y programas de promoción de la salud. Lo observado en el brote de SARS se encuentra que el conocimiento y las actitudes están asociados con niveles de pánico y emoción que podrían complicar aún más las medidas para contener la propagación de la enfermedad indiferente del nivel de educación. Y no hace caer en cuanta la necesidad a preparar mejor al gobierno para abordar futuras crisis de salud relacionadas con enfermedades infecciosas.

Entre las prácticas observadas tenemos las recomendaciones de la OMS como es el lavado de manos, el uso de alcohol, el uso de mascarilla, el distanciamiento social y el limitar la

interacción social. El cambio en el ámbito de la educación, llevada a un mundo digital, llevando a capacitarnos en este ámbito.

2.5.4 CUADROS CLÍNICOS IDENTIFICADOS.

Desde la presencia de este nuevo tipo de patógeno, estamos frente a un cuadro clínico a descubrir. Entre los cuadros descritos por la diversa literatura encontramos presentados tenemos:

Según el MSD esta patología se presenta con un tiempo de incubación de entre 2 y 14 días tras la exposición al virus. Un gran numero personas infectadas son asintomático o cursan con una enfermedad leve. La posibilidad de que la enfermedad se torne grave o llegue ser fatal en los casos de COVID-19 aumenta en edad avanzada y en aquellas personas con enfermedades sobreañadidas. (Centro para Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), 2021)

La enfermedad grave se caracteriza: según Fisterra y el CDC, por un periodo de incubación entre 4-6 días, aunque podría llegar hasta los 14 días, sus manifestaciones son de una infección respiratoria aguda, y se observado casos asintomáticos o síntomas leves. (Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Enfermedad por coronavirus, COVID-19., 2021) Y los divide en:

Tabla 1. Síntomas por COVID-19 FISTERRA-CDC

Menos frecuente: • Diarrea • Náuseas • Vómitos Más frecuente: • Perdida de olfato	Exámenes complementarios: • Linfopenia • Tiempo de protrombina alargado • Aumento de la LDH • Opacidades en vidrio esmerilado bilateral en el TAC torácico

Elaborado por: las autoras
Fuente: (González, Fisterra, 2020), (CDC, 2020)

Según la OPS (Organización de Panamericana de Salud) indica un período de incubación de 1 a 12,5 días con una media de 5 a 6 días con una sintomatología.

Tabla 2. Síntomas COVID-19 OPS

Más comunes	Menos comunes
• Fiebre • Tos Seca • Cansancio • Ojos irritados • Perdida del gusto y olfato, diarrea	Cefalea, mialgia, Odinofagia

Elaborado por: las autoras
Fuente: (Vila., 2020)

En el artículo del ACCESS nos indica que las presentaciones clínicas más comunes destacan:

Tabla 3. Síntomas - Access

SÍNTOMAS	**COMPLEMENTARIOS**
Fiebre (83 %) Tos (60 %) Fatiga (38 %) Mialgias (29 %) Expectoración (27 %) Disnea (25 %).	• Aumento de PCR (69 %) • Linfopenia (57 %) • Aumento LDH (52 %). Radiológicas: • Opacificaciones en vidrio esmerilado (80 %) • Neumonía bilateral (73 %) • Afectación de tres lóbulos pulmonares o más (57 %).

Elaborado por: las autoras
Fuente: (Terceriro, D., 2020)

Podemos destacar que los síntomas en todos se correlacionan, pero también vale nombrar aquellos menos frecuente en el caso de los pacientes pediátricos como es el Síndrome de respuesta inflamatoria y las lesiones dermatológicas Un estudio de 375 casos realizado en España, Terceiro y colaboradores resaltaron las más comunes:

- Erupciones maculo-papulares
- Lesiones urticarias
- Áreas de vesículas o pústulas en zonas acras
- Erupciones vesiculares
- Lividez o necrosis

De estas se encontró que el exantema maculo-papuloso con lesiones planas, se presentaban conjunto con síntomas respiratorios de los cuadros más graves, y de siete días de duración. (Terceriro, D., 2020)

En el caso de las eruptivas tipos urticaria, destacan a nivel del torso y las palmas de las manos. Y los nódulos en la parte del extremo distal de los dedos, simétrico, y se acompañan de prurito y dolor se lo conoce ahora como “dedo del pie COVID-19 “con una duración de aproximadamente 12 días y se lo relaciona con enfermedad respiratoria leve. Mientras que las ampollas o vesiculares se presentan en tórax, brazos y piernas más o menos 10 días. Y los cambios de coloración y evidencia necróticas se manifestaron en pacientes de mayor edad con COVID-19 grave.(Terceriro, D., 2020)

2.5.5.1 MANEJO DE CUADROS CLÍNICOS.

El manejo del cuadro clínico depende de la forma presentación que nos llevara a realizar acciones generales y otras específicas, respectivamente. Recalcando que los manejo son empíricos en proceso ante esta nueva enfermedad.

Medidas generales:

- Aislamiento

- Dependiendo de la zona endémica otras infecciones febriles (paludismo, dengue, otros.), y recibir tratamiento para esas infecciones endémicas según los protocolos habituales se tiene que descartar o confirmar ya que pueden coexistir con el COVID-19.

- Reporte epidemiológico.

Tabla 4. Manejo de la COVID-19

INTENSIDAD	**MEDIDAS**
LEVE	• El tratamiento será sintomático en bases de: antipiréticos analgésicos, y nutrición y rehidratación adecuadas. • Pacientes con factores de riesgo de enfermedad grave deben ser objeto de un estrecho seguimiento, dado que su estado puede deteriorarse. • No administración de antibióticos, pues puede aumentar las tasas de resistencia, con las consiguientes repercusiones en la carga de morbimortalidad de la población.
MODERADA	• Pacientes con alto riesgo de deterioro se prefiere el aislamiento en el hospital. • Tomar en cuenta grupos de personas mayores o con comorbilidades y en menores de cinco años se puede considerar la posibilidad de administrar tratamientos antibióticos empíricos para posibles neumonías • La utilización de plataformas alternativas, como la atención a domicilio, telefónica, por telemedicina o en la comunidad, que ayuden a efectuar el seguimiento. • Monitoreo continuo, registrando regularmente los signos vitales (incluida la pulsioximetría) y, a ser posible, se utilizarán escalas de alerta médica temprana que faciliten la detección precoz del deterioro del paciente.

GRAVE	• Contar con ares equipadas con pulsioxímetros, sistemas de administración de oxígeno en funcionamiento e interfaces desechables, de un solo uso, para administrar oxígeno (cánulas nasales, máscaras de Venturi y máscaras con bolsa reservorio). • Administración inmediata de oxigenoterapia suplementaria a todo paciente con signos de emergencia o sin signos de emergencia, pero con SpO2 < 90%. • Mantener permeabilización de las vías respiratorias y se administrará oxigenoterapia durante la reanimación para lograr una SpO2 ≥ 94%. • Posicionamiento de paciente en decúbito prono también puede mejorar la oxigenación y la relación ventilación/perfusión. • Pruebas hematológicas y bioquímicas, electrocardiograma y radiología torácica en el momento del ingreso y, según esté indicado por la clínica, para vigilar las complicaciones, como el SDRA, las lesiones hepáticas, renales y cardiacas agudas, la coagulación intravascular diseminada o el choque.
CRÍTICA	**SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA (SDRA)** • Suministrar un flujo de gas de 60 L/min y una fracción inspiratoria de oxígeno (FiO2) de hasta 1,0. En general, los circuitos pediátricos solo suministran hasta 25 L/min, y para recibir un flujo adecuado muchos niños necesitarán un circuito para adultos. • Administrarán de líquidos con cautela a pacientes con SDRA sin hipoperfusión tisular y respuesta a los líquidos.
	CHOQUE SÉPTICO Necesiten vasopresores para mantener una tensión arterial (TA) media ≥ 65 mm Hg Y QUE presenten lactatemia ≥ 2 mmol/l en ausencia de hipovolemia.

Elaborado por: las autoras
Fuente: (OMS, 2021)

Valoración de la respuesta: La respuesta adecuada al tratamiento supone alcanzar la estabilidad clínica a los 3-4 días tras el tratamiento antibiótico, y de ser empírica ser reducida progresivamente según los resultados obtenidos en pruebas microbiológicas y consideraciones clínicas del profesional. (OMS, 2021)

Radiografía de tórax de seguimiento: se indicará si hay falta de respuesta clínica y/o sospecha de deterioro. (Centro para Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), 2021)

2.5.6. CUARENTENAS Y CONFINAMIENTOS.

Tenemos que las epidemias vienen de tiempo antiguos hasta la actualidad, de diversas causas desde problemas de higiene hasta causados por zoonosis y antiguamente se lo denominaba peste. Pero se sabía que al estar en contacto con otra persona había el contagio. En tiempo del siglo XIV la peste negra: “Contribuyó a dar mayor fuerza y vigor a esta pestilencia el hecho de que los sanos visitaban o se comunicaban con los que habían adquirido el mal”. (Balletti, 2020)

La medicina aun en sus inicios, por lo cual solo existía el remedio más eficaz que era el aislamiento d tal forma se ordenaban el cierre de las ciudades afectadas, pero siempre se presentaba personas que con el animando de salvarse se trasladaban promoviendo la infección. dándose eventos extremos el historiador Geoffrey Parker relata, en Sant Cugat, a mediados del siglo XVII, los vecinos mataron a tiros a dos individuos que venían de Barcelona por temor a que pudieran ser portadores de la peste esto podemos dar referencia a hechos actuales donde trabajadores de la salud era discriminados por los vecinos por miedo a ser contagiados. (Martinez F., 2020)

AL aparecer el primer caso de COVID-19 en Ecuador el 29 de febrero de 2020 en la ciudad de Guayaquil, y su primer fallecido reportado el viernes 13 de marzo del mismo año. Como medida preventiva el presidente de la República, Licenciado Lenin Moreno, en el Decreto N° 1017 declara al país en estado de excepción, mediante Suplemento de Registro Oficial N° 106 de fecha 12 de marzo de 2020 se publicó el Acuerdo Ministerial N° 00126-2020 por medio del cual

se declara en estado de emergencia sanitaria en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud. (Ecuador, Corte Constitucional del, 2020).

Además, mediante cadena nacional con fecha 16 de marzo de 2020 la autoridad máxima anunció las siguientes medidas en pro de prevenir nuevos contagios del Covid 19 y sus nefastas consecuencias que incluyeron toque de queda parcial, de 21:00 a 05:00 desde el 25 de marzo, como un esfuerzo para reducir la propagación comunitaria y la sobrecarga del sistema de salud del país. De manera similar a los cierres en China e Italia, restringió la mayoría de las actividades no esenciales fuera del hogar. A los ecuatorianos solo se les permitía salir de la casa para realizar actividades básicas como comprar alimentos y buscar tratamiento médico. Estas medidas también impidieron que los ecuatorianos salieran del país y que todos los extranjeros entraran. A lo correspondiente a sectores no esenciales se les ordenó cerrar operaciones o permitir que los empleados trabajaran desde casa (teletrabajo).

2.5.7 TRATAMIENTOS FÁRMACOLÓGICOS

Han sido múltiples los tratamientos propuestos para esta nueva enfermedad; sin embargo muchos de ellos han sido descartados por su poca o ninguna eficacia, analizaremos algunos usados frecuentemente.

Antivirales.

Los más estudiados encontramos el **lopinavir/ritonavir** producto de usos anteriores frente a SARS y MERS, se observó buena respuesta al usarlo en combinación con **ribavirina, lo cual** disminuyó la severidad del síndrome de distrés respiratorio agudo, la infección nosocomial y el fallecimiento. Algunos estudios preliminares en proceso de publicación sugieren que esta formulación puede bajar la mortalidad y síndrome de dificultad respiratoria, mientras que otros valoran la seguridad y efectividad de esto fármacos en SARS, MERS, COVID-19 y enfermedades por coronavirus inespecíficos, si manifestar evidencia positiva o negativa en la terapéutica con ribavirina, oseltamivir, y lopinavir/ritonavir, en el descenso de ingresos a

unidades de cuidados intensivos en paciente con SARS y MERS. En referencia la mortalidad no hay variabilidad de importancia, pero existe información del aumento de la mortalidad por el uso de ribavirina en pacientes con más de una comorbilidad afectados por MERS y SARS.

Información obtenida de la guía rápida de la Universidad de Wuhan en la terapéutica de pacientes COVID-19, manifiesta que no hay evidencia basada en estudios válidos para el tratamiento farmacológico específico, sugiere su uso de lopinavir/ritonavir oral, siempre y cuando advirtiendo que al perder la ventana de tratamiento deja de ser efectivo, tomado en cuenta siempre sus efectos secundarios. Se hace un llamado a la prudencia, ya que estos fármacos tienen una alta probabilidad de interacciones con otras formulaciones. (Saíz L., 2020)

Interferón.

Este es la terapia coadyuvante más reportada; sin embargo, en la guía de Sobreviviendo a la Sepsis no la recomienda, a diferencia de guía de la Universidad de Wuhan que le da una débil recomendación siempre que se administre en dosis de 5 millones UI dos veces al día en nebulizaciones, lo cual ha sido utilizado en varios estudios, uno de los cuales reporta, que el interferón ha dado resultado en combinación con ribavirina, lopinavir/ritonavir, mostrando acción antiviral contra de SARS y MERS y algunos en COVID-19. Y sin evidencia de acción en paciente moderado o graves. (Velez M. et al., 2020)

Cloroquina e hidroxicloroquina.

Los antimalárico parecen inhibir al SARS-CoV-2 según las investigaciones preclínicas, en varios estudios observacionales e informes de grupos de expertos se reporta que la cloroquina es muy eficiente en disminuir la replicación viral a una concentración efectiva de 6.9µm, con dosis estándar de tratamiento, pero con un monitoreo electrocardiográfico muy estrecho ya que puede existir prolongación del intervalo QT y/o bradicardia, todo lo anterior debe ir siempre acompañado de anamnesis adecuada para prevenir efectos adversos; sin embargo no estamos exentos de que se presenten complicaciones.

Corticosteroides.

La literatura expone que el usar glucocorticoides ha mostrado mejorar la oxigenación y una clara mejoría en la radiografía de tórax en enfermos con la COVID-19, se ha indicado que la metilprednisolona a dosis de 1 a 2 mg/kg/día en estos pacientes retrasa la evolución de caso moderado a grave o al síndrome de dificultad respiratorio aguda y reduciendo las tasas de mortalidad.

Es recomendado en la campaña Sobreviviendo a la Sepsis con muy baja evidencia en el tratamiento a largo plazo, se recomienda solo si el paciente se encuentra en estado crítico y de preferencia se debe usar un ciclo corto por vía sistémica. La Universidad de Wuhan hace una recomendación indicando su uso por experiencias en SARS, en el cual observo mejoría de síntomas y progresión de la enfermedad, pero no estancia hospitalaria. (Surviving Sepsis Campaign, 2019)

Oxigenoterapia.

Está indicada dependiendo la gravedad de la hipoxia, en esta síntesis evidenciamos que los pacientes más críticos y de peor pronóstico tienen mayores requerimientos de oxígeno, sobre todo se necesita oxígeno suplementario si la SPO2 periférica si es menor de 90%. y se indica en la literatura que, frente a una falla respiratoria hipoxémica aguda, se sugiere mantener StO2 por debajo de 96%, recomendando fuentes de alto flujo de oxígeno con presión positiva. Si se amerita el uso de ventilación mecánica invasiva (VMI), las guías recomiendan utilizar una intubación orotraqueal (OIT) programada. Adelantándonos frente a una hipoxemia refractaria.

Reanimación con líquidos por vía sistémica.

Se recomienda restricción de líquidos (cristaloides), dado que elevados volúmenes pueden llevar o empeorar el edema pulmonar, aumentando la necesidad de ventilación asistida y la mortalidad en paciente con síndrome de dificultad respiratoria aguda.

Antibióticos y antimicóticos

Estos esta indicados cuando hay evidencia de sobreinfecciones por bacterias y hongos, respectivamente (Velez M. et al., 2020).

2.5.8. TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS

2.5.8.1. MEDICINA TRADICIONAL Y COMPLEMENTARIA

La medicina tradicional a pesar de ser practicada desde los inicios de la humanidad aún sigue siendo un reto para aquellos que nos desenvolvemos en las ciencias médicas; sin embargo, hoy es reconocido como un método de curación que dispone de varios y diversos medios naturales y tradicionales en pro de lograr un nivel óptimo de bienestar.

La OMS, la define como “la suma de conocimientos, técnicas y prácticas fundamentadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, y que se utilizan para mantener la salud, tanto física como mental”.

Con el impresionante incremento de alternativas de tratamiento lejanas al tradicional modelo científico biomédico, en china en este 2020, se reconoce la enfermedad por COVID-19 como epidémica y cuya causa es Yi Li Zhi Qi (energía perversa y contagiosa). Es tomada como cualquier otra terapia natural, es una terapia complementaria no se cuenta con información de su segura administración, pero en ningún momento sustituye a un diagnóstico ni a un tratamiento médico pero es muy utilizada. (National Health Committee of the Peoples Republic of China, 2020). De tal manera que han creado protocolos incluso de diagnóstico y tratamiento que incluye síntomas leves hasta los gravemente afectados, y cuyas medidas a aplicar son:

Tabla 5. Formulaciones según cuadro clínico

MANIFESTACIÓN CLÍNICA	FÓRMULA ESTÁNDAR RECOMENDADA
Fatiga con molestias gastrointestinales	Cápsulas de Huò Xiāng Zhèng Qì (píldora, decocción, solución oral).

Fatiga con fiebre.	Gránulos de Jin Hua Qing Gan, cápsulas de Lian Hua Qing Wen (gránulos), cápsulas de Shu Feng Jie Du (gránulos).
DOSIS: Se debe tomar caliente, 2 veces al día (una por la mañana y otra por la tarde) 40min después de cada comida. El tratamiento dura 3 días.	

Elaborado por: las autoras
Fuente: (National Health Committee of the Peoples Republic of China, 2020)

Entre las ramas de la medicina natural y tradicional figuran:

Homeopatía. - La palabra proviene de 2 griegos homeos – similar y pathos - enfermedad. Este sistema trata las enfermedades con cantidades diminutas de un agente o de un fármaco que produce síntomas de la enfermedad cuando se administra a una persona sana. "lo igual se cura con lo igual". Los remedios homeopáticos provienen de una variedad de plantas, minerales y substancias químicas. (Pascual D, et al., 2014)

Medicina Física. - Son las intervenciones físicas para tratar el padecimiento de un individuo, pueden ser: Fisioterapia, hidroterapia, ejercicio terapéutico, masaje, técnicas de movilización.

Dieto terapia. – Es consumir alimentos integrales y suplementos, como tratamiento de apoyo para conservar la salud.

Acupuntura. - Su vocablo se deriva del latín acus - aguja, y pungere - punción. Es un procedimiento chino Tshen Zin, que trata de la aplicación de agujas muy finas en canales bio-eléctricos para regular la energía corporal ya que estas tienen una alta conductividad, logrando analgesia y regulación de las funciones fisiológicas.

Terapia floral. – su efectividad radica en que "son parte de la infinita energía universal, energía positiva extraída de los capullos de flores silvestres que ayudan a desandar un camino equivocado, fortaleciendo y estimulando las cualidades positivas que tiene el ser humano dentro de sí". (Baldessin A. O idoso, 2002)

Fitoterapia. - este tipo de medicina es la forma más antigua de atención sanitaria que hemos practicado, usamos plantas, o partes de ellas, con fines terapéuticos.

En la costa ecuatoriana, existen una infinidad de prácticas de medicina tradicional que, a la actualidad, no son practicadas al 100% entre los pobladores, uno de los principales es la medicina herbolaria, con una mezcla de ritos oraciones y bailes, acompañado del tradicional huevo, chivo, chirarán y las hojas de ruda; las cuales aseguran curarán el mal de ojo, espanto y malaire que pudiera presentar el individuo.

No hay estudios que abalen la utilidad de estas prácticas, ni sus beneficios o su seguridad.

2.5.9. AUTOATENCIÓN.

La práctica de autoatención refleja todo aquello que se realiza de forma informal para preservar la salud de los individuos como un grupo. El antropólogo Eduardo Menéndez nos dice que "constituyen el primer nivel real de atención colectiva, denotando que estos saberes y prácticas compartidas y acumuladas por los conjuntos sociales, forman parte de "los procesos estructurales de nuestras sociedades y de nuestras vidas, frecuentemente ignorados". (Maldonado C. et al. , 2020)

En cuestiones de estragos, esta pandemia ha ocasionado desorganización de los sistemas de salud a nivel mundial, por lo que la autoatención ha tenido un repunte extraordinario como proceso de salvedad basado en los micro grupos, no así el autocuidado que involucra al individuo como uno.

La autoatención incluye, la relación activa del "yo/otros" como parte de un todo, independientemente del tipo de relación que mantengamos, en este contexto la OMS nos invita a practicar varias medidas, como: lavarnos las manos de forma frecuente, evitar tocar saludar con besos en la cara, mantener la distancia, evitar salir de casa, mantener limpieza del hogar, entre otras que de una u otra forma disminuirán la probabilidad de que nos contagiemos.

En Ecuador, país pluricultural y multiétnico, prima la desinformación e incredulidad de algunos pobladores y a pesar de la sencillez en las medidas antes mencionadas, aún existe dificultades

en el cumplimiento de ellas, se ha documentado, además, nuevas prácticas que difieren en las distintas regiones, podríamos mencionar algunas que sin tener base científica y a pesar de ya haber sido criticadas y explicitadas, se continúan tomando en consideración:

- Vaporizaciones con eucalipto y bajos con manzanilla que ayudarían a eliminar el virus que está en la garganta ya que éste se destruye con el calor.
- Inmunoferón: ajo, cebolla y limón
- Crear alcalinidad: preparados de agua con media cucharadita de sal para hacer enjuague bucal mañana, tarde y noche. “Lo cual va a subir el sistema inmunológico”
- La posición boca abajo. “si el paciente está 16 horas boca abajo, el foco neumónico cede”
- Uso de aspirina: “Se coge un limón partido, ponemos a hervir con unos tres cuartos de vaso con agua durante cinco minutos y cuando hierva le adicionamos tres aspirinas”
- Uso del dióxido de cloro o solución mineral milagrosa, ya sea a tomar o inyectable.

En el conjunto de lecturas realizadas y citadas, todas basadas en formas empíricas y suposiciones sin un argumento científico y comprobado que valide su funcionalidad (MSP ECUADOR,, 2020); aun así, la auto atención es el eslabón de atención dado por los conocimientos y prácticas culturales, obtenidos de nuestros ancestros la cual se fomenta mucho la fe.

Se conoce de los beneficios obtenidos al practicar la medicina tradicional basándose fundamentalmente en el uso de distintas plantas en sus múltiples formas de preparación y consumo para prevenir o curar diversas dolencias de los individuos; sin embargo, es imperativo que en la taxonomía científica aprendamos a identificarlas y diferenciarlas como una herramienta irremplazable en la validación de dichas plantas medicinales, con herencia ancestral. (Maldonado C. et al. , 2020)

Es de saber que el efecto curativo de una planta se da por la interacción de los diferentes compuestos existentes en la misma, es por ello que es común usarlas mezcladas entre especies y compuestos, algunos de los cuales no siempre se distribuyen uniformemente, sino

que se concentran en ciertas partes u órganos, como las flores, hojas, raíces o semillas. Lo anterior puede varias además en función del hábitat, de la época de recolección o del modo de preparación. Maldonado nos indica: “Una proteína presente en el brócoli (Brassica oleracea var. italica), ha demostrado ser eficaz en tratamientos antitumorales. Pero, según señalaban los mismos investigadores responsables del hallazgo, haría falta consumir más de tres kilos de esta verdura a diario para favorecerse de dicho beneficio, cita otros ejemplos, como: el orégano (Origanum vulgare), la salvia europea (Salvia officinalis), la albahaca (Ocimum basilicum), el romero (Salvia rosmarinus), el tomillo (Thymus vulgaris) y la echinácea (Echinacea angustifolia) que a pesar de tener propiedades antivirales o antiinflamatorias, una infusión de estas plantas no tendría buena utilidad frente al coronavirus”. No se conoce ninguna fruta, verdura, vegetal o planta medicinal que, por sí sola, pueda protegernos de esta enfermedad. (Maldonado C. et al. , 2020)

En realidad, debemos recordar que no hay evidencia suficiente de seguridad en esta práctica, por lo cual, no reemplaza la atención médica oportuna.

2.5.10. EMOCIONALIDAD Y PANDEMIA COVID-19.

La salud mental de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) “no sólo es la ausencia de trastornos mentales”, sino que contempla el bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente; los reportes estadísticos mundiales nos dicen que para el 2019, aproximadamente 450 millones de personas padecen un trastorno mental o de la conducta, de los cuales alrededor de 1 millón se suicidan cada año; en concordancia con lo anterior cuatro de las 6 causas principales de los años vividos con discapacidad resultan de trastornos neuropsiquiátricos (depresión, trastornos generados por el uso de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar). (OMS, 2004).

En el curso de ciclo familiar, normalmente cursamos varias crisis o los llamados “eventos de la vida que inciden en la dinámica familiar y les obligan a realizar movimientos de adaptación que les permitirán reacomodarse ante su nueva realidad” (Armas N. , 2017) algunas pocas son

esperadas, mientras que otras son inesperadas; sin embargo, todas causan algún nivel de estrés intra y extra familiar, no se diga así, ésta poco esperada pandemia, que ha obligado a muchos a reorganizarse, reinventarse y adaptarse en todas las esferas.

Los seres humanos somos entes sociables, por lo que las respuestas generadas ante la aparición de esta nueva enfermedad, el confinamiento, el distanciamiento social incluyen algunos como: cambios en los patrones de sueño o alimentación, descompensaciones de enfermedades crónicas y/o mentales, mayor consumo de sustancias toxicas (alcohol, tabaco, drogas), violencia intrafamiliar, todo aquello debido inicialmente al negativismo y poca percepción de riego de algunos que basado en información falsa consideran aun, como un mito esta realidad.

El temor creciente que aun bordea nuestras familias, la incertidumbre de lo desconocido, y el aumento de desinformación ha generado ansiedad y poca aceptación de la nueva realidad, lo cual continúa influyendo en la creación de nuevos hábitos buenos o malos en pro de normalizarlos y continuar en esta lucha llamada vida.

CAPITULO III

3. METOGOLOGÍA

3.1. JUSTIFICACIÓN.

A inicio del mes de abril de 2020 los casos confirmados para COVID-19 en Ecuador bordeaban los 4450 de los cuales 242 fallecieron. El primer caso, fue una adulta mayor que en el mes de febrero ingresó a nuestro país y los posteriores contagiados estuvieron en contacto con ella. En marzo la primera víctima mortal registrada falleció, un bebe de siete meses.

De acuerdo con las proyecciones demográficas para el 2020 hoy habitan 643.654 personas en el territorio esmeraldeño; siendo la octava provincia más poblada del país, contando con un vasto grupo cultural comprendido en mestizos en un 44,7%, afroecuatorianos en 39,9%, blanco 5,9%, indígena 2,8%, montubio 2,4%.

El coronavirus implica un impacto social que lleva a la atención primaria de salud a trabajar de una forma mancomunada con la sociedad mediante los servidores de salud en sus grupos EAIS, los que tiene como pilar al médico de familia que conoce su comunidad y mantiene una relación estrecha fortaleciendo la comunicación dando apertura al planteamiento y resolución de dudas adquiriendo conocimientos de la enfermedad con un servicio continuo, muy importante ya que nos obliga a replantearnos una serie de comportamientos que arraigados a lo largo de nuestra vida. Nos invita a transformar y reaprender hábitos, patrones de relación, y rutinas. Pero además genera temor, una reacción de incertidumbre llevando actuar según nuestras costumbres dada por la variedad intercultural de la población en el pro y contra efectos de salud, afecta no solo en la población general sino también en sistema pública.

3.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se construye la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico-paciente (RMP) en relación con la pandemia de COVID-19 en el centro de salud “LAS PALMAS”, cantón Esmeraldas, provincia de Esmeraldas, 2021?

3.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Al tratarse de un trabajo de titulación propuesto por nuestro director de tesis Dr. Alexis Rivas docente del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, los objetivos y pregunta de investigación fueron definidos por Él, lo cual ayudó a enriquecer y profundizar el conocimiento sobre la interculturalidad, atención sanitaria y relación médico paciente, nosotras como posgradistas adaptamos estos objetivos y pregunta a la actual investigación que se realizó en el centro de salud Las Palmas en el 2021.

3.3.1. OBJETIVO GENERAL

Describir y analizar Interculturalidad, atención sanitaria y relación médico-paciente (RMP) en el contexto de la pandemia de COVID-19 en centro de salud las palmas, cantón Esmeraldas, provincia de Esmeraldas, 2021.

3.3.2. 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.

3.4. HIPÓTESIS OPERATIVA

Esta investigación contribuirá con conocimientos sobre la base de las experiencias culturales de los esmeraldeños, enriqueciendo de esta manera la comprensión de la pandemia por COVID-19 en los distintos grupos culturales de nuestro país.

3.5. UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

3.5.1. PERFIL DE LA UNIDAD OPERATIVA DE SALUD



Figura 1. Centro de Salud Las Palmas
Fuente: (ASIS, 2020)

Ubicación. - La unidad operativa “Las Palmas”, es inaugurada el 26 de mayo del 2016, ubicándose en zona urbana en las calles Av. del Pacifico y Gran Colombia, a lado del ECU 911, pertenece a la red pública integral de salud, con una complejidad al nivel 1, Tipo C, y forma parte del Distrito 08D01.

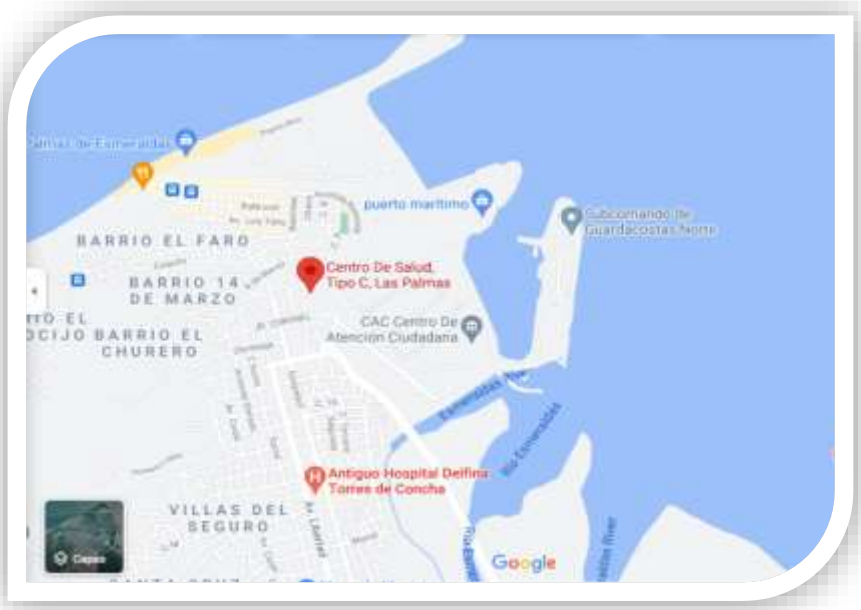


Figura2. Ubicación geográfica del Centro de Salud Las Palmas
Fuente: Google Maps – Map Data 2021-Google

Áreas de intervención.- De forma directa interviene en las parroquias Luis Tello, Bartolomé Ruiz y Esmeraldas, conformadas por los barrios: Nueva Esperanza Norte, Bellavista Norte, Puerto limón, Nuevos Horizontes alto y bajo desde Esc. Cristo Rey, Universitario, 26 de Junio desde semáforo hacia abajo, hasta col. Eloy Alfaro, Santa Marta 1, El Arenal, Chone, Parada 11 hasta Colegio Naval, El Panecillo, Regocijo, El Embudo, Coquito Alto, Coquito Bajo, Vista al Mar, Santa Rosa alto y bajo, además los barrios urbano marginales de la ciudad.

Su población es de 43307 habitantes, distribuidos el 40% menor de 20 años, por tanto, económicamente dependiente; mientras que otro tanto significativo de la población se encuentra entre los 20-64 años, siendo de manera global una población joven. En cuanto al género el porcentaje de hombres es del 50,8% y un 49,2% de mujeres.

Tabla 6. Censo Poblacional del Centro de Salud

Embarazadas	**761**
Menores de 1 año	**968**
Entre 1 a 4 años	**3922**
Entre 5 a 9 años	**5018**
Entre 10 a 14 años	**4998**
Entre 15 a 19 años	**4513**
Entre 20 a 49 años	**21298**
Entre 50 a 64 años	**1685**
65 años y más	**906**
TOTAL DE HABITANTES	**43307**

Elaborado por: Las autoras
Fuente: (ASIS, 2020)

Conociendo el planteamiento de la OMS acerca de los grupos vulnerables que al momento ha sido poco variable, se nos hace necesario no dejar de lado la identificación en nuestro

entorno de aquellos grupos vulnerables que brindaran la mayor información acerca de la actual situación en concordancia con la pandemia por COVID-19.

La ancianidad es un proceso normal en la evolución del hombre, donde los procesos biológicos tienen a deteriorarse fisiológicamente, predisponiendo a la aparición o adquisición de patologías crónicas, exponiendo de esta forma a una elevada probabilidad de contagio por la pandemia actual.

Migración.

A nivel distrital en lo que fue el año 2020 fueron atendidos en las diferentes unidades de salud 147, 837 pacientes de los cuales 143,615 era ecuatorianos y 4,222 fueron de otras nacionalidades.

Erikson plantea “los niños no temerán a la vida, si sus mayores poseen la integridad suficiente como para no temer a la muerte”, en mención a esto, ¿cuántos adultos mayores están preparados para la muerte?, quisiera pensar que el 100% de ellos no le teme, sin embargo, la realidad es otra, y como en todas las etapas se hace necesario anticiparnos en los posibles desenlaces de la vida, haciéndose primordial nuestro acompañamiento como médicos familiares. (Armas,2007).

3.6. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

3.6.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio etnográfico y descriptivo de tipo cualitativo dirigido a los usuarios y personal de salud de las distintas áreas de la unidad operativa “Las Palmas” tipo C, se realizará a través de entrevistas semiestructuradas e historias de vida, dirigido a los diferentes grupos preestablecidos en la Unidad Operativa, los que formaron parte de este estudio son: Club de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, Club del adulto mayor, Grupo de visita domiciliaria.

3.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Personal que labora en la unidad operativa “Las Palmas”.

- Pacientes de 16 a 85 años independientemente del sexo.
- Pacientes de nacionalidad ecuatoriana y extranjera que previa lectura del consentimiento acepten participar en este estudio.
- Pacientes que posterior a la lectura del asentimiento aceptan y firman el mismo.
- Pacientes obreros, pescadores, personal de salud y amas de casa residentes en la parroquia Luis Tello.

3.8. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes menores de 16 años.
- Pacientes con enfermedades de salud mental o alguna discapacidad intelectual.
- Pacientes que posterior a la lectura del consentimiento informado no aceptan ser parte del estudio.
- Pacientes que no pertenezcan a la población establecida de la unidad operativa.

El presente estudio pretende establecer cuáles son los efectos biológicos y psicosociales de la pandemia por COVID -19 en la diversidad cultural de la nuestra población.

Para su ejecución, el investigador debe dejar de lado sus propias creencias, matices y predisposiciones al momento del acercamiento, esto hace que todas las perspectivas observadas sean valiosas al momento del análisis.

El universo de este estudio son los usuarios de ambos géneros de diversidad étnica con o sin nivel de escolaridad, en los distintos grupos etarios que acuden al Centro de Salud de Las Palmas.

3.9. SELECCIÓN DE INFORMANTES

En este estudio participaron 44 personas que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión para la realización de las entrevistas e historias de vida, se realizó tomando en cuenta la pluralidad étnica, sus residencias habituales en las cercanías al centro de salud, todos residentes en la parroquia Luis Tello, cuyos barrios corresponden Panecillo, Parada 13, El Regocijo, El Embudo, Coquito Alto, Coquito Bajo, Vista al Mar; además contamos con la aceptación previa de las personas para participar de esta metodología, es de mencionar

que esta investigación es sin fines estadísticos por lo que para el abordaje de los participantes se utilizaron varias técnicas comunicativas, principalmente la escucha activa basada en empatía en cada entrevista acorde al tema indicado.

Inicialmente se consideró tomar en cuenta solo usuarios de la unidad, en su mayoría desempleados y amas de casa; sin embargo, para entender adecuadamente el contexto y alcance de nuestro estudio decidimos aplicar los cuestionarios al personal de salud, ingenieros, maestros, estudiantes de colegio universitarios e incluso analfabetas, además tomamos en consideración la diversidad cultural existente en nuestra provincia verde, siendo así que los grupos étnicos que participaron fueron blancos, mestizos, afrodescendientes e indígenas de tal manera que con la participación de los 44 informantes aseguramos la saturación de la información etnográfica.

Se tomó en consideración un rango de días en que los participantes decidirán fecha y hora especifica de acuerdo con sus horarios laborares y preferencias, lo cual permitió desarrollar las entrevistas sin interrupciones en un ambiente favorable y armonioso para los entrevistados e incluso para nosotras, promoviendo la escucha activa y empática; evitando que barreras como la monotonía, cansancio e indiferencia interfieran en el desarrollo del estudio.

No olvidamos ajustarnos al tema planteado, evitando introducir temas lejanos al mismo, se inició por el tema que en la actualidad nos atañe a todos, la Covid, para así lograr aumentar el interés de los participantes, además se necesitó realizar varios encuentros con la finalidad de terminar o abordar aquello que estaba inconcluso, pobre e incluso faltante abarcando a cabalidad los temas propuestos. Cada entrevista duró 45 minutos en promedio, sin extendernos, a pesar que el cansancio no se hizo presente, nos resultó extenuante alargar las sesiones, por lo que se planificó varios encuentros.

Tabla 7. Selección de informantes – Entrevistados

INFORMANTES	Afroecu atoriana	Mestizo	Blanco	Indígena	Total
Hombres 18-34 años	1	1	1	1	4
Mujeres 18-34 años	1	2	1	1	4
Hombres 35-65 años	2	2	2	2	8
Mujeres 35-65 años	2	2	2	2	8
Hombres >65	2	2	2	2	8
Mujeres >65	2	2	2	2	8
TOTAL	10	10	10	10	40

Elaborada por: las autoras

De forma aleatoria se tomó contacto vía telefónica con los individuos propuestos con diversidad de etnia, edad, sexo, nivel de educación, situación económica y laboral, las entrevistas semiestructuradas fueron realizadas cumpliendo lo propuesto, es decir, cada informante decidió el espacio físico, el día y la hora acorde a sus preferencias, luego de realizadas se identificó a los sujetos para la realización de las historias de vida que se efectuaron en varias reuniones, tal y como se muestra en la tabla N° 7 y N° 8.

Tabla 8. Selección de informantes – Historias de Vida.

	16-35 años	35-65 años	>65 años	Total
Hombres	1	1	1	3
Mujeres	1	1	1	3
Total	2	2	2	6

Elaborada por: las autoras

Dentro de los 44 participantes se tomaron 6 informantes, mujeres y hombres de forma aleatoria con diferencias generacionales, étnicas y profesionales con mayor colaboración y

tiempo para realización de las historias de vidas, quienes nos proporcionaron información detallada de los acontecimientos relevantes de sus distintos ciclos de vida y además el curso de la misma durante la pandemia.

3.10. DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Se utilizaron como una herramienta varios indicadores sociales y demográficos que nos permiten recolectar información general sobre un grupo de personas a entrevistar, los cuales se obtuvieron mediante las entrevistas semiestructuradas e historias de vida realizadas a los participantes.

Tabla 9. Perfil sociodemográfico

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	ESCALA	INDICADOR	FUENTE
Sexo	Características fenotípicas y orgánicas que distingue entre masculino y femenino (Mejía, 2015)	Femenino Masculino	Frecuencias y porcentajes de pacientes según sexo.	Entrevista
Edad	Tiempo trascurrido desde el nacimiento hasta el momento actual (Rodríguez N., 2018)	Años	Media y desviación estándar	Entrevista
Nivel de instrucción formal	Grado más elevado de estudios realizados o en curso (DeConceptos, s.f.)	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Frecuencias y porcentajes de pacientes según nivel de escolaridad.	Entrevista
Estado Civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o	Soltero Casado	Frecuencias y porcentajes de	Entrevista

	matrimonio, que se hace constar en el registro civil. (RAE, s.f.)	Unión de hecho Divorciado Viudo	pacientes según estado civil.	
Residencia actual	Lugar donde se reside. (RAE, s.f.)	El panecillo Parada 13 El Regocijo, El Embudo, Coquito Alto, Coquito Bajo, Vista al Mar	Frecuencias y porcentajes de pacientes según lugar de residencia.	Entrevista
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto. (RAE, s.f.)	Católica Cristiana Testigo de Jehová Otros	Frecuencias y porcentajes de pacientes según auto identificación étnica	Entrevista
Autoidentificación étnica	Identificación de una colectividad humana a partir de los antecedentes	Mestizo Afroecuatoriano	Frecuencias y porcentajes de pacientes según	Entrevista

	históricos y un pasado común, así como de una lengua, símbolos y leyendas compartidos. (Torres.C, 2019)	Blanco Indígena Migrantes Otros	auto identificación étnica	
COVID-19	Enfermedad infecciosa causada por el coronavirus SARS–CoV–2, que se ha descubierto más recientemente. (OMS, 2019)	Infección pasada Infección actual	Frecuencias y porcentajes de pacientes según infección por COVID–19.	Entrevista

Elaborado por: las autoras

3.11. CATEGORIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Añadimos un concepto nuevo, contagios por la COVID-19, a las variables iniciales que permitió un análisis mejor en la elaboración de este estudio.

3.12. ENTREVISTA ETNOGRÁFICA

El presente estudio etnográfico y descriptivo de tipo cualitativo dirigido a los usuarios y personal de salud de las distintas áreas de la unidad operativa “Las Palmas” tipo C, se realizará a través de entrevistas semiestructuradas y grupos focales, dirigido a los diferentes grupos preestablecidos en la Unidad Operativa.

El presente estudio pretende contextualizar la atención primaria de salud e interculturalidad de la pandemia por COVID -19 en la diversidad de nuestra población.

Para su ejecución, el investigador debe dejar de lado sus propias creencias, matices y predisposiciones al momento del acercamiento, esto hace que todas las perspectivas observadas sean valiosas al momento del análisis.

3.12. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES CUALITATIVO-ETNOGRÁFICAS

Tabla 10. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	CATEGORÍA	PREGUNTAS
COVID-19	Enfermedad causada por SARS–CoV–2 que afecta a muchos países de todo el mundo. (OMS, 2019)	CONOCIMIENTOS PREVENCIÓN CUARENTENA EXPERIENCIAS	¿Qué conocimiento tiene usted sobre el coronavirus? ¿Qué medidas ha utilizado usted para prevenir el COVID-19? ¿Conoce a alguien que tenga esta enfermedad y síntomas presento o presenta?
INTERCULTURALIDAD	Se refiere a la presencia e interacción equitativa de diversas culturas y a la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, a través del diálogo y del respeto mutuo. (UNESCO, s.f.)	USO DE PLANTAS AUTOATENCIÓN FAMILIA Y REDES DE APOYO	¿Qué remedios ha utilizado o le han recomendado para el COVID -19? ¿Utiliza usted la medicación enviada desde la unidad operativa? ¿Su familia a donde acude para la atención medica? ¿Qué entiende por estar enfermo?

		CURSO Y CICLOS DE VIDA	¿Qué entiende por ser saludable?
ATENCIÓN EN SALUD	Es un enfoque para la salud y el bienestar centrado en las necesidades y circunstancias de las personas, las familias y las comunidades. Aborda la salud y el bienestar físicos, mentales y sociales de una forma global e interrelacionada. (OMS, 2019)	ACCESIBILIDAD BARRERAS/VENTAJAS NIVELES DE ATENCIÓN	¿Qué dificultades a encontrado en su atención en el centro de salud? ¿Confía usted en el personal del centro de salud? Por qué. ¿Su familia a donde acude para la atención medica?
RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE	Balint (1957, 1961, 1971), –sobre todo, en su esfuerzo por humanizar la relación y darle un contexto más comunicativo, psicosocial, incluyendo los factores psicológicos y sociofamiliares. (BarraquerB., 2004)	INTERPRETACIÓN FACTORES INFLUYENTES EXPECTATIVAS	¿Cómo debería ser una buena relación médico – paciente? ¿Qué cosas pueden impedir una buena relación médico – paciente? ¿Qué cosas positivas ha evidenciado? Proponga estrategias para mejorar el ambiente de la atención médica

Elaborado por: Las autoras

3.13. ASPECTOS BIOÉTICOS

La información recopilada en el presente estudio a través de las entrevistas semiestructuradas no representa riesgo biológico, fisiológicos, psicológicos, sociales, morales y económicos para los participantes; además respeta el derecho de autonomía, haciendo prevalecer el principio de no maleficencia en las autoras. Este trabajo investigativo cuenta con la aceptación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Se asignó un código alfanumérico a cada individuo para mantener su anonimato, para lo que previamente se oficializó con la firma del consentimiento informado (Ver Anexo 1)

3.14. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Durante los meses de enero a marzo del 2021, se realizó el trabajo de campo; determinado inicialmente por las consultas intramurales en la unidad operativa Las Palmas, complementándose con visitas domiciliarias empleando la entrevista individual semiestructurada previamente confeccionadas y con su autorización correspondiente. La misma que se grabada para su posterior transcripción y análisis.

Realizamos dicha recolección en días laborables, en el horario de 14:00 a 16:00 con ciertas modificaciones en concordancia con la disponibilidad de tiempo de los informantes, para así establecer una adecuada relación médico-paciente y lograr recolectar información de calidad. Las entrevistas tuvieron una duración de 45 minutos aproximadamente, extendiéndonos a 3 o más encuentros al realizar las historias de vida en salud, lo que consta en los archivos de audio.

3.15. PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

La información recolectada en los dispositivos de audio se transcribió en documentos de Word Office agrupándolos por variable a analizar: COVID-19, interculturalidad, atención en salud, relación médico-paciente, tomando en cuenta los testimonios más relevantes de cada entrevistado, para analizarlo y conformar el sustento de cada variable. Se utilizó la herramienta de Excel para analizar las distintas características sociodemográficas de la

población perteneciente a la unidad operativa Las Palmas. Sumamos a estas herramientas el Word Salad que es un generador de palabras en forma de nubes personalizadas con diferentes fuentes, colores en la que se resaltaron los conceptos más expresados para obtener una visión general y un poco más atractiva de lo recopilado.

3.16. IDENTIFICADORES DE LOS SUJETOS

En toda investigación es prioridad preservar la privacidad de los participantes, aún más en las de tipo cualitativo donde los informantes nos brindan sus experiencias y conocimientos, por tanto, se asignó un código alfanumérico individualizado donde se recogen las características esenciales de la condición de cada individuo: edad, sexo, etnia, nivel educativo, ocupación, nacionalidad, lo cual de forma práctica y rápida nos permitirá identificar el relato de cada informante; promoviendo así el derecho a la privacidad y dando cumplimiento a lo citado en el consentimiento informado previamente acetado y firmado por los participantes.

3.16.1. IDENTIFICADORES ENTREVISTA ETNOGRÁFICA

Tabla 11. Perfil de los participantes entrevistados

N°	INDICADOR	PERFIL
1	**F25BE**	Femenino veinticinco años, blanca, estudiante
2	**F19MB**	Femenina de diecinueve años blanca, bachiller
3	**F34MA**	Femenina de 34 años mestiza ama de casa
4	**F18AEU**	Femenina de dieciocho años estudiante universitaria
5	**H30BCE**	Hombre de treinta años blanco cura extranjero
6	**H16ME**	Hombre de dieciséis años mestizo estudiante
7	**H17ME**	Hombre de diecisiete años mestizo estudiante
8	**H29AI**	Hombre de 29 años afrodescendiente, ingeniero
9	**F45BA**	Femenino de cuarenta y cinco años blanca ama de casa
10	**F64BPJ**	Femenina de sesenta y cuatro años blanca profesora jubilada
11	**F54IA**	Femenina de cincuenta y cuatro años, indígena, ama de casa

12	**F35IAB**	Femenina de treinta cinco, indígena, ama de casa
13	**F57MA**	Femenina de cincuenta y siete mestizas, ama de casa
14	**F38 MA**	Femenina de treinta ocho mestizo, ama de casa
15	**F45AC**	Femenina de cuarenta y cinco, afrodescendiente, comerciante
16	**F35AC**	Femenina de treinta y cinco, afrodescendiente, contadora
17	**H56BE**	Hombre de cincuenta y seis años blanco extranjero
18	**H45BE**	Hombre de cuarenta y cinco años blanca extranjero
19	**H50ICHM**	Hombre de cincuenta años indígena chachi médico
20	**H43IM**	Hombre de cuarenta y tres años, indígena, medico
21	**H43MM**	Hombre de cuarenta tres años mestizo medico
22	**H41MT**	Hombre de cuarenta y uno años mestizo tecnólogo
23	**H61AS**	Hombre de sesenta y un año, afrodescendiente, supervisor
24	**H40AA**	Hombre de cuarenta años, afrodescendiente, abogado
25	**F70BPJ**	Femenina de setenta años blanca profesora jubilada
26	**F82BA**	Femenina de ochenta y dos años blanca ama de casa
27	**F65MA**	Femenina de sesenta y cinco, mestiza, ama de casa
28	**F72MA**	Femenina de setenta y dos años mestiza ama de casa
29	**F53MA**	Femenina de cincuenta y tres años mestizo ama de casa
30	**F69MPJ**	Femenina de sesenta y nueve años profesora jubilada
31	**F66AP**	Femenina de sesenta y seis años, afrodescendiente, profesora
32	**F65AA**	Femenina de sesenta y cinco años, afrodescendiente, ama de casa
33	**H68BJ**	Hombre de sesenta y ocho años blanco jubilado
34	**H75BC**	Hombre de setenta y cinco años blanco comerciante
35	**H75IPJ**	Hombre de setenta y cinco años indígena profesor jubilado
36	**H65MCO**	Hombre de sesenta y cinco años mestizo chofer ocasional
37	**H70MC**	Hombre de setenta años mestizo comerciante
38	**H81MAL**	Hombre de ochenta y un años mestizo albañil

39	**H78A PJ**	Hombre de setenta y ocho, afrodescendiente, profesor jubilado
40	**H65AP**	Hombre de sesenta y cinco años, afrodescendiente, pescador

Elaborado por: las autoras
Fuente: entrevistas de los participantes

3.16.2. IDENTIFICADORES HISTORIAS DE VIDA

Tabla 12. Perfil de los participantes - historias de vida

#	IDENTIFICADOR	PERFIL	PERFIL AMPLIADO
1	F33ML-HV	FEMENINO 33 AÑOS, MESTIZA, LABORATORISTA	Adulto medio femenino, laboratorista, producto de un hogar reconstituido, es criada por la abuela, pero mantiene relaciones adecuadas con su madre, convive con sus hijas ya que se divorció hace 7 años, refiere su abuela (mamá) es muy arraigada a los curanderos de Ojo, Espanto y mal aire y en las preparaciones con plantas, por lo que antes de acudir al médico, ella lleva a sus hijas a los curanderos o hace sus preparados. Durante su vida ha sufrido varias enfermedades, sobre todo de vías respiratorias, entre las que destaca Amigdalitis y sinusitis, además de Toxoplasmosis y fractura pélvica por el parto. Durante la pandemia llevo una vida regular, siguiendo las recomendaciones del gobierno y brindando a sus hijas té diarios de Jengibre con ajo, la panela y la miel de abeja, además he preparado los bajos de eucalipto y ruda con limón.

			Nos indica aún no se ha contagiado del COVID-19; sin embargo, el temor de que pase esto ha disminuido, ya que hace meses atrás se vacunó.
2	H29AI-HV	HOMBRE, 29 AÑOS, AFRODESCENDIENTE, INGENIERO	Adulto medio masculino, sexto hijo, que convive en unión libre con su pareja e hija de 4 años, trabaja de forma independiente ocasional como Ingeniero, durante su vida ha sufrido de convulsiones aisladas por 3 ocasiones sin causa aparente ni tratamiento al momento, refiere que durante la pandemia su esposa se realiza por su trabajo prueba de PCR en pesquisa laboral por infección masiva en dicho lugar, con resultado positivo, por lo cual intuye, él también tuvo sin desarrollar síntomas; sin embargo administra preparados con plantas (eucalipto, jengibre, etc.)y té calientes en miras a evitar alguna complicación. Al momento se encuentra bien, según refiere.
3	H39MM-HV	HOMBRE, 43 AÑOS, MESTIZO, MEDICO	Adulto maduro, masculino, casado, padre de con cinco hijas de profesión médico , refiere que durante su niñez y adolecía presento conflictos familiares secundario a la ingesta de alcohol del padre y que en su primero años de universidad se convirtió en padre por lo que le toco trabajar en diversos oficios y auto mantenerse, refiere que ahora como profesional vivió la pandemia de las tres caras como

			médico , familiar y paciente, en su familia mucho se enfermaron, como fue sus suegros que gracias a Dios lo superaron y en su casa posterior callo su esposa y después él, en su caso llego a presentar un COVID grave llegando en un momento intentar ingresarlo UCI, pero gracias al buen manejo de su amigo y otros colaboradores fue manejado en casa con oxígeno , su tratamiento fue desde lo farmacológico hasta lo natural pero de todo lo ingerido hubo una planta llamada mata ratón que fue brindada por una amiga que viajo San Lorenzo y le trajo, que para el realmente sintió mejoraría tras su ingesta , la cual toma cuarto de taza de té de la plata, al momento ya fue vacunado con Pfizer , no refiere complicaciones y seguir realizando todas las medidas para prevenir volver enfermar él o cualquier miembro de su familia.
4	F44AB-HV	FEMENINA, 44 AÑOS, AFRODESCENDIENTE, BACHILLER	Adulta madura femenina, de familia reconstruida con familiares cercanos, reside en zona urbana roja, altamente peligrosa, el llamado Puerto Limón, Nos comenta que en su vida lo más difícil que le tocó vivir fue ver morir a su padre, el cual era alcohólico y violento con su madre; en aquella circunstancia hubo dolor en pecho y nadie en casa supo que hacer. Refiere que al inicio de la pandemia cree haberse enfermado de COVID, pero al acudir al

			centro de salud no obtuvo la atención medica necesaria, ya que estaba colapsado el servicio, no había el personal suficiente, por lo cual, su madre quien vive en la casa de al lado le preparaba jengibre con ajo en forma de té, a lo cual le sumó el uso de mascarilla y paracetamol. Refiere estar preocupada ya que su madre desde el inicio de la pandemia hasta ahora no sale de casa.
5	H75IPJ-HV	HOMBRE, 75 AÑOS, INDIGENA, PROFESOR JUBILADO	Adulto mayor masculino, oriundo de la comunidad Chachi, uno de los primeros participantes del programa de escolarización de las comunidades indígenas del ecuador en 1963, residente en zona urbana y ocasionalmente en zona rural (Río Cayapas), padre de 3 hijos, convive con su esposa, es jubilado. Nos refiere a lo largo de su vida, no ha padecido de muchas enfermedades, sin embargo, tiene mucha confianza en el uso de plantas y preparados a base de estas, no es partidario de acudir a los centros médicos en primera instancia ya que está cansado de la discriminación por la que ha pasado, nos comenta que no se ha enfermado de COVID-19, pero que si llegara a pasar debe ser por algún espíritu maligno, o por maldades de otras personas que nos hacen (brujería).
6	F72AA-HV	FEMENINO, 72 AÑOS,	Paciente femenina adulta mayor de 72 años en unión libre con su segundo compromiso ,su padres

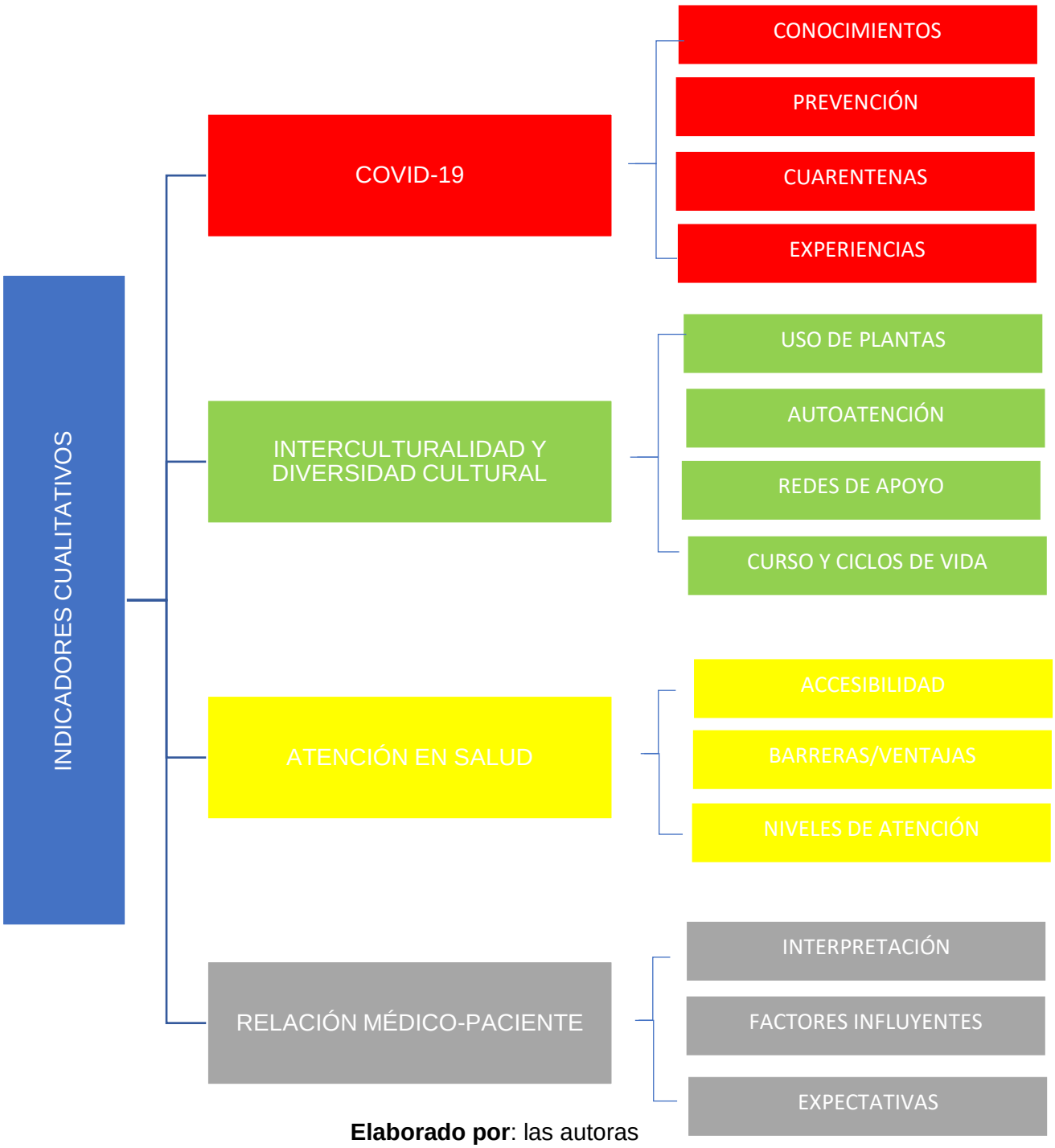
		AFRODESCENDIENTE, AMA DE CASA.	eran separados y fue criada por su padre que era maestro y su madre vivía en el campo , en su niñez y adolescencia refiere que una ocasión visitando a su madre sufrió una luxación de tobillo por lo que fue llevada a Atacames para ser sobada , pero si se enfermaba de algo era llevada al médico ,no termino la secundaria porque se hizo de compromiso a muy temprana edad de la cual nacieron tres hijos , y de este compromiso presento mucho maltrato por párate de su pareja, el cual ya falleció y con su actual compromiso se siente muy bien ;durante el tiempo de la cuarentena se mantuvo totalmente en su casa no le gustaba salir y siempre uso medios de protección guantes y mascarilla alcohol , mantenían el uso de baños con hojas de eucalipto , toma de té caliente con jengibre y limón, las compras eran realizadas por la hija que vivía lado de su casa y la presento síntomas acude al centro de salud de donde es enviada a su casa solo a tomar paracetamol y suero y si le faltaba el oxígeno que regréselo. pero se enfermó de forma leve, al momento siguen manteniendo las medidas de protección el uso de mascarilla y alcohol solo los guantes ya no utilizan, al momento están vacunados, pero aun prefiere no salir por las noticias de las variantes.

Elaborado por: las autoras
Fuente: Testimonio de entrevistas e historias de vida

3.17. INDICADORES CUALITATIVOS

En miras a realizar el análisis integral de nuestra investigación elaboramos varios indicadores cualitativos que nos permitieron organizar de manera óptima el capitulado de resultados; presentación, descripción y análisis de los datos recopilados en el campo conforme los objetivos propuestos.

Figura 3. Árbol de indicadores cualitativos



Elaborado por: las autoras
Fuente: Testimonio de entrevistas e historias de vida

Tabla 13. Indicadores cualitativos

N°	Subcategoría	Definición Conceptual
1	Conocimientos	Conjunto información obtenida de fuentes fiables o no sobre COVID-19.
2	Prevención	Métodos o prácticas utilizadas para evitar de manera anticipada el contagio con COVID-19.
3	Cuarentena	Aislamiento de las personas o cosa por un tiempo determinada para evitar el riesgo de propagación y adquisición de la COVID-19.
4	Experiencias	Conocimiento adquirido luego de la pandemia por COVID-19.
5	Uso de plantas	El uso de las plantas con fines terapéuticos para evitar o combatir la COVID-19.
6	Autoatención	Saberes o prácticas sociales que utilizan, por voluntad propia sin previa valoración o prescripción médica para evitar y combatir la COVID-19.
7	Redes de apoyo	Conjunto de relaciones que conectan a una persona con su entorno social y se establecen vínculos de soporte y comunicación para resolver las crisis individuales o familiares que se presentaron durante la pandemia por la COVID-19.
8	Ciclo de vida	Son las diversas etapas vitales por las que pasa un ser humano a lo largo de su vida, con lo que logra formar su carácter y conocimientos en el proceso salud-enfermedad

10	Accesibilidad a los servicios de salud.	Facilidad de utilizar y disponer de servicios e insumos en salud en igualdad de condiciones durante la pandemia por COVID-19.
11	Barreras/Ventajas	Circunstancias o diferencias que impiden la obtención de la atención médica durante la pandemia por COVID-19.
12	Niveles de atención	Los diferentes niveles de atención médica que se conjugan para proveer un sistema de salud eficiente de acuerdo a las normativas MAIS-FCI, aplicado durante la pandemia por COVID-19.
10	Interpretación	La forma en que se entiende un mensaje o acción entre un emisor y un receptor, en este caso el médico y el paciente durante la pandemia por COVID-19
11	Factores influyentes	Son elementos que pueden influir de forma negativa o positiva en el desarrollo de la relación médico-paciente la pandemia por COVID-19.
12	Expectativas	Lo que el paciente espera encontrar cuando acude a un servicio en salud durante la COVID-19.

Elaborado por: las autoras
Fuente: Testimonio de entrevistas e historias de vida

3.18. NUBE DE PALABRAS O WORDSALAD

Luego procesados los datos, generamos nubes de palabras mediante la herramienta de Word Salad, lo que nos ayuda a elevar nuestra creatividad con distintos estilos de fuentes y colores haciendo realce en aquellos términos que fueron con mayor frecuencia expresados por nuestros participantes, lo que nos permitirá de forma general tener una visión global de cada tema abordado.

3.19. MODELO GRÁFICO DE GIDDENS

En Tomando en cuenta lo que se ha vivido en la pandemia por la COVID-19, podemos citar al investigador Anthony Giddens y su teoría de la estructuración de los sistemas sociales, donde nos propone que existe una dualidad entre la estructura (sociedad) y el sujeto (persona), donde los sistemas sociales son producidos y reproducidos en sus interacciones (Giddens, 1955). Por tanto, con la ayuda de este modelo, se realizó la síntesis y el análisis de las opiniones de los participantes de acuerdo a sus conocimientos en los temas abordados, notando los distintos factores influyentes en el proceso salud-enfermedad.

3.20. LIMITACIONES DEL ESTUDIOS

El óbice de la realización de esta investigación fue la falta de experiencia en este tipo de metodología por parte de las investigadoras ya que no estaban familiarizadas con el método cualitativo.

Inconvenientes en la recolección de datos de notar fue la falta de afluencia al centro de salud y la poca aceptación por parte de los participantes a las visitas domiciliarias y grabaciones; además de que no contamos con muchos indígenas en el sector lo que hizo que se completara la totalidad de los participantes con otras etnias.

La recolección de datos se realizó en los domicilios de los participantes por mejor disponibilidad de tiempo y la comodidad del paciente; sin embargo, exponiéndonos en varias ocasiones a robos y malos tratos por parte de los vecinos, ya que hay varios barrios peligrosos, afortunadamente no ocurrieron eventos desfavorables.

Se evidencia una alta desorganización de la información en el centro de salud, ya que no existen registros correctos de los pacientes que acuden a diario a dicha unidad, además de los constantes cambios del personal realizado durante el último año.

En algunas ocasiones al contactar vía telefónica a los participantes no obtuvimos respuesta y en otras nos respondieron familiares ya que, en el auge de la Covid, estos

fallecieron; sin embargo, logramos realizar 47 entrevistas de las cuales tres fueron descartadas por la poca información proporcionada.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

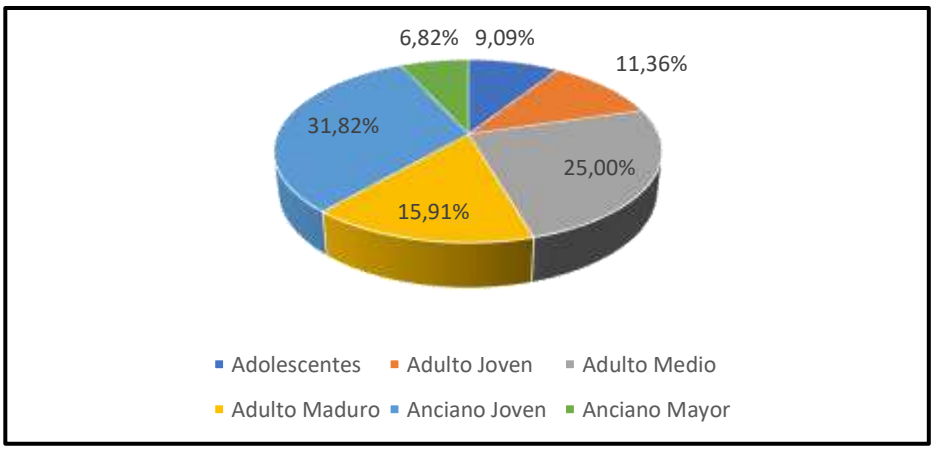


Figura4. Edad
Elaborado por: las autoras
Fuente: Entrevistas a los participantes

Entre las características sociodemográficas de los participantes destacan **edad**, lo cual dividimos por **ciclo de vida**, siendo más frecuente los ancianos jóvenes con 31,82%, seguidos por los adultos medios con el 25%, los adultos maduros con el 15,91%, los adultos medios con el 11,36 %, los adolescentes con 9,09% y en menor medida los ancianos mayores con el 6,82%.

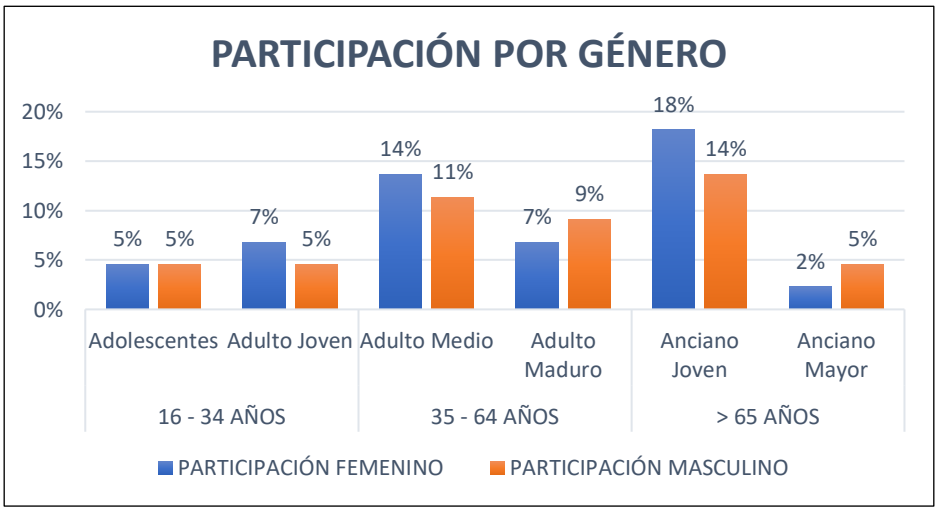


Figura 5. Género
Elaborado por: las autoras
Fuente: Entrevistas a los participantes

En cuando a **género** participaron en igual proporción 52,27% femenino y 47,73% masculino; sin embargo, notamos diferencias en los grupos etarios, siendo más prevalente las mujeres ancianas jóvenes con el 18%, seguido de las adultas medias con el 14%, adultas maduras con el 11%, y las adolescentes, adultas jóvenes y ancianas mayores en menor medida con el 5%, 7% y 2% respectivamente

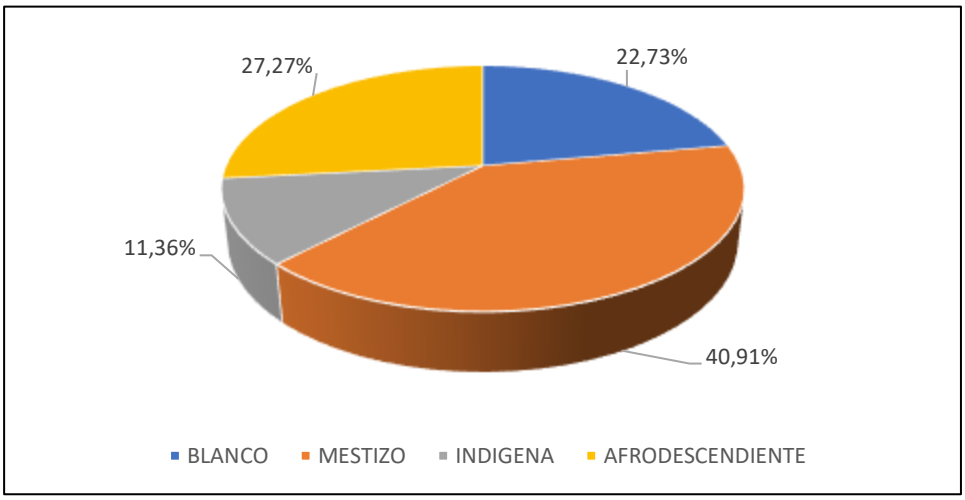


Figura 6. Etnia
Elaborado por: las autoras
Fuente: Entrevistas a los participantes

En cuanto a la **etnia**, tenemos que el 40,91 % se autoidentifica como mestizos, el 27,27% como afrodescendiente, el 22,73% como blancos y el 11,36% se considera indígena.

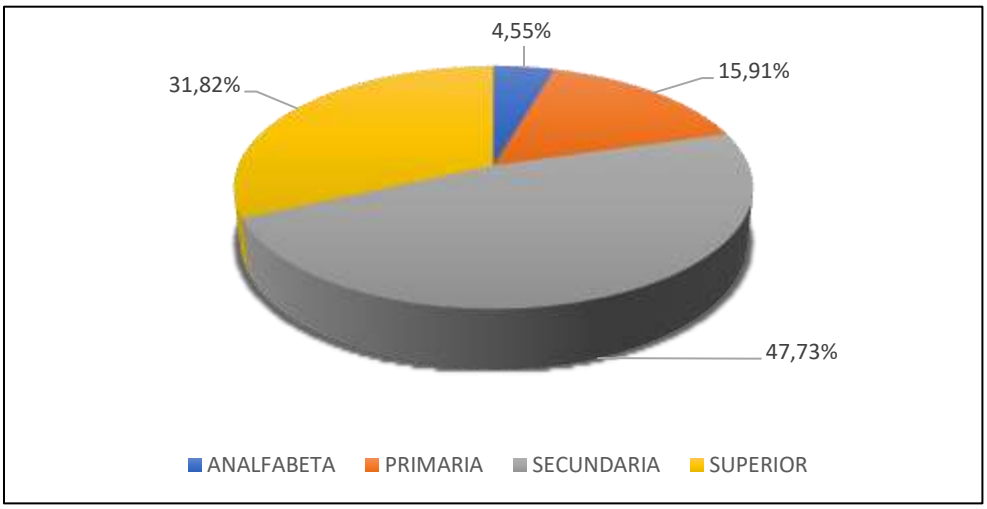


Figura 7. Nivel educativo
Elaborado por: las autoras
Fuente: Entrevistas a los participantes

La participación de acuerdo al **nivel educativo** se mostró un 47,73% con estudios superiores, el 31,82% con secundaria, el 15,91% primaria y el 4,55% analfabetas.

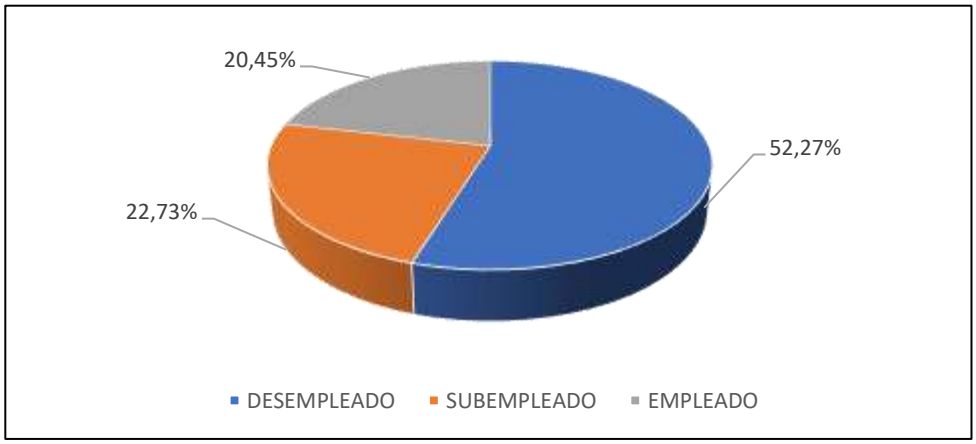


Figura 8. Ocupación
Elaborado por: las autoras
Fuente: Entrevistas a los participantes

Las **ocupaciones** de nuestros participantes nos informan que el 52,27% se encuentra desempleado, el 22,73% con cualquier forma de subempleo y el 20,45% tiene un empleo con los beneficios de ley que estos requieren.

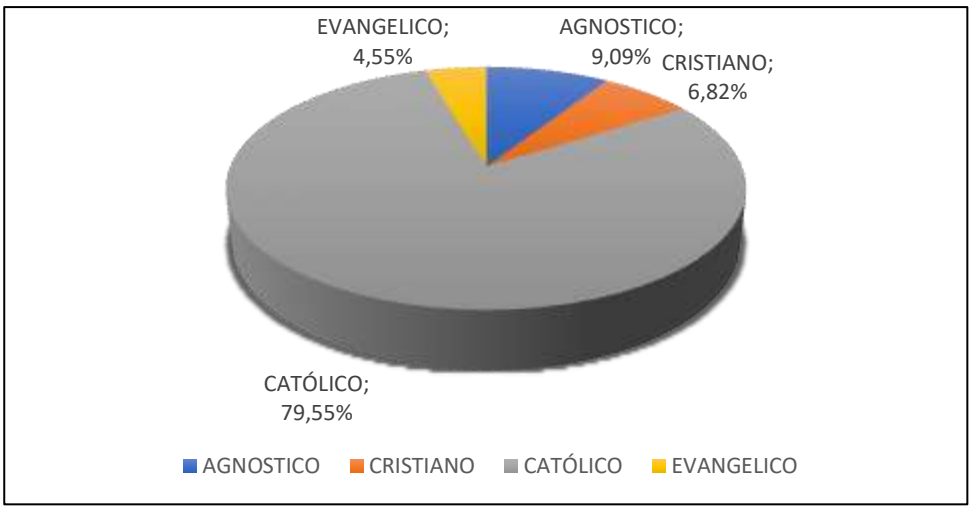


Figura 9. Religión
Elaborado por: las autoras
Fuente: Entrevistas a los participantes

En cuanto a la **religión** practicada encontramos que el 79,55% es católico, el 9,09% agnóstico, el 6,82% cristiano y el 4,55% evangélico.

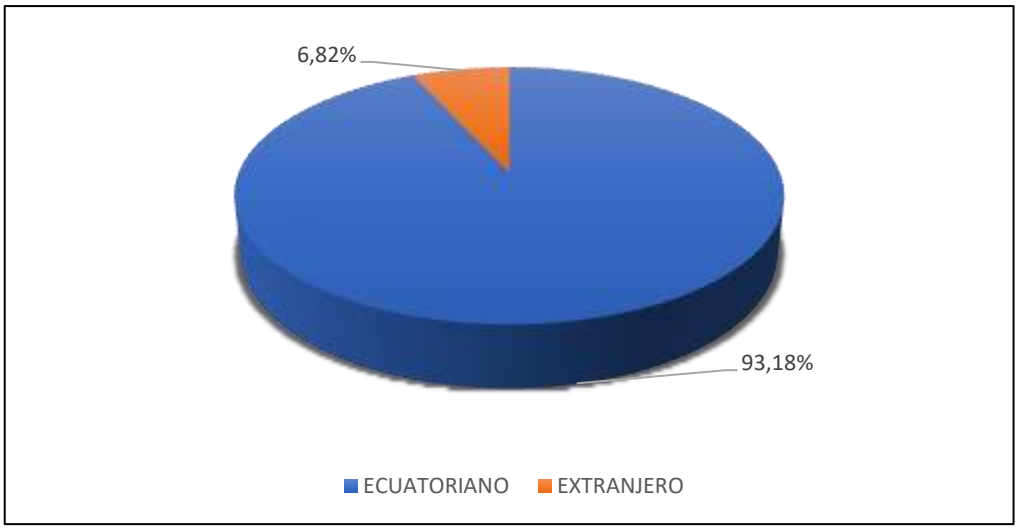


Figura 10. Movilidad Humana
Elaborado por: las autoras
Fuente: Entrevistas a los participantes

En cuanto a **movilidad humana,** notamos que no hubo mucha participación de extranjeros en nuestro estudio, siendo así que el 95,45% fue ecuatoriano y solo un 4,55% de otras nacionalidades, entre las que figuraron argentina, alemana y venezolana.

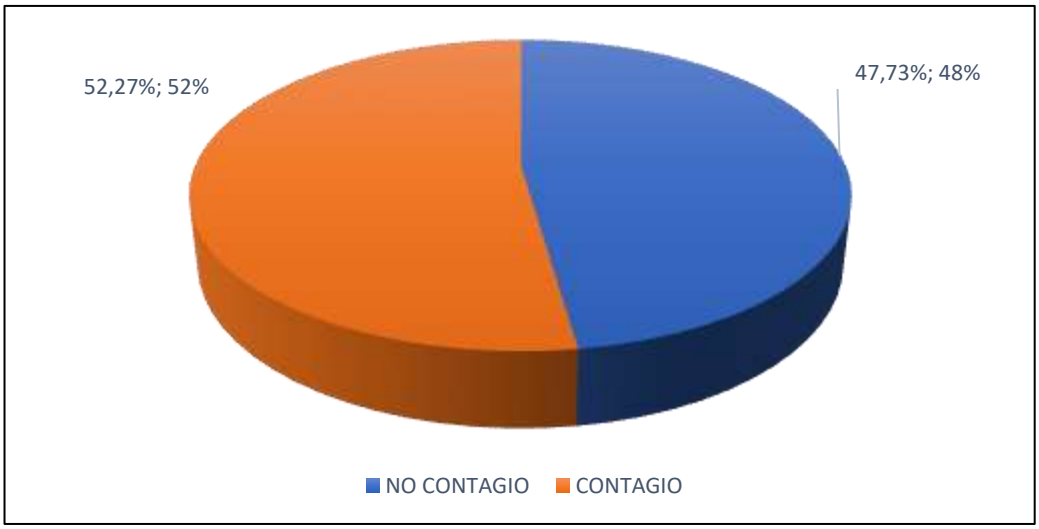


Figura 11. Contagios COVID-19
Elaborado por: las autoras
Fuente: Entrevistas a los participantes

Entre nuestros participantes el 52,27% se ha **contagiado de COVID-19** o algún familiar directo y el 47,73% no sabe si se ha contagiado o no, infiere que no ya que no he desarrollado síntomas de la enfermedad, pero tampoco se ha realizado ningún análisis que diga lo contrario, lo cual denota un mínimo margen entre ambos grupos afectados por esta pandemia

4.2. COVID 19

4.2.1. CONOCIMIENTOS.

El COVID-19 es una enfermedad emergente, evidenciamos que la población de Las Palmas enfrenta de distintas maneras esta problemática, por lo que estructuramos variables en torno a: que entiende de esta enfermedad, sus creencias, donde acudieron y acuden en la actualidad y los distintos tratamientos empleados para prevenirlo o para tratarlo.



Figura 12. COVID-19: Conocimientos
Programa: Word Salad
Elaborado por: Las autoras
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

Los participantes de este estudio, tienen poco conocimiento de lo que es la Covid 19, en las respuestas destaca el uso indistinto de los términos enfermedad, virus y coronavirus; refirieron que es una enfermedad que mata, y de los términos tales como virus y coronavirus hicieron referencia a lo que se escucha en los medios de comunicación sin una definición clara de lo que se trata y la gran mayoría desconoce varios aspectos de ésta; sin embargo, nótanos que las cuestiones básicas en torno a esta nueva noxa son bien conocidas, como su vía de transmisión y curso aparente de la enfermedad, lo cual influye en las medidas tomadas para

su protección personal y en el cumplimiento de las medidas adoptadas por las organizaciones gubernamentales:

> *Es una infección que entra por boca y nariz, infecta a nuestro cuerpo y nos mata. Pues, mata, nos daña nuestros pulmones, dicen que ha sido creado intencionalmente, pero bueno todo el mundo dice algo al respecto, no sé qué creer, hay mucha desinformación.* ***(Testimonio femenina, 34 años, mestiza, ama de casa).***
>
> *Coronavirus, bueno de lo que sabemos es un virus que se transmite por vía área (oral-nasal), presenta diferentes síntomas, como todas las enfermedades no tiene una sintomatología que se presenta a todo el mundo, diferentes patologías, inclusive a los enfermos que son crónicos puede agravar esto.* ***(Testimonio hombre, 50 años, indígena-chachi, médico).***
>
> *La verdad que para mí el coronavirus es una cosa que no se sabe de dónde salió, para mi es fue una pandemia, que fue reconocido, en la biblia nos hablan de tantas pestes y cosas, pero esto ninguna página lo dice, pero si es algo bien difícil, bien duro. La gente está muriendo. Dios nos está cobrando todo lo que hemos hecho. Cuánta gente ha fallecido, Ud. no lo ve, él está oculto, él puede estar aquí con nosotros, pero si ya tuvimos conocimiento, nadie le dio credibilidad, pero cuando ya comenzaron a verse las muertes, ahí si algunos a tomar las medidas de bioseguridad para no verse afectado.* ***(Testimonio femenina, 65 años, mestiza, cristiana).***
>
> *Es una bacteria o un virus (PAUSA…) un pan (PAUSA), ósea es que también a uno lo han confundido tanto ya!, entonces, que …. que ataca pues no, y mata a la gente y los que, ósea más mueren, son creo que los que prácticamente no se enteran bien de cómo debe de ser al principio*. ***(Testimonio femenina, 65 años, afrodescendiente, ama de casa).***

Nos refiere la OPS-OMS que en el proceso de la comunicación “la información oportuna y basada en la evidencia es la mejor vacuna contra los rumores y la desinformación.” (Barbosa

J. 2020). Muchas de los participantes estuvieron atentos a los medios de comunicación, refiriendo existir tanta información que al final quedaban confundidos al respecto de que hacer para prevenirlo, tratarlo e incluso identificarlo, algunos nos refirieron:

> *(…RISAS…) La corona y el virus (…RISAS…) No se doctorcita, la verdad no sé qué será.* **(Testimonio femenina, 45 años, afrodescendiente, comerciante).**
>
> *De acuerdo a lo que he oído más que lo que he leído, que es una bacteria o un virus (PAUSA…)* **(Testimonio femenina, 65 años, afrodescendiente, ama de casa).**

La pandemia por la COVID-19 es una crisis de salud global que define nuestros días y el mayor desafío que hemos enfrentado desde la Segunda Guerra Mundial, según reportes de la OMS/OPS, un año después del inicio de esta fatídica pandemia aún se desconocen muchas de sus características, siendo así que el 90% de los entrevistados se refirieron a ella como una enfermedad mortal, otros cuantos conocen que es un virus, identificaron que se transmite por el aire y que afecta las vías respiratorias, más de la mitad concuerdan en que hay que cuidarse porque mata.

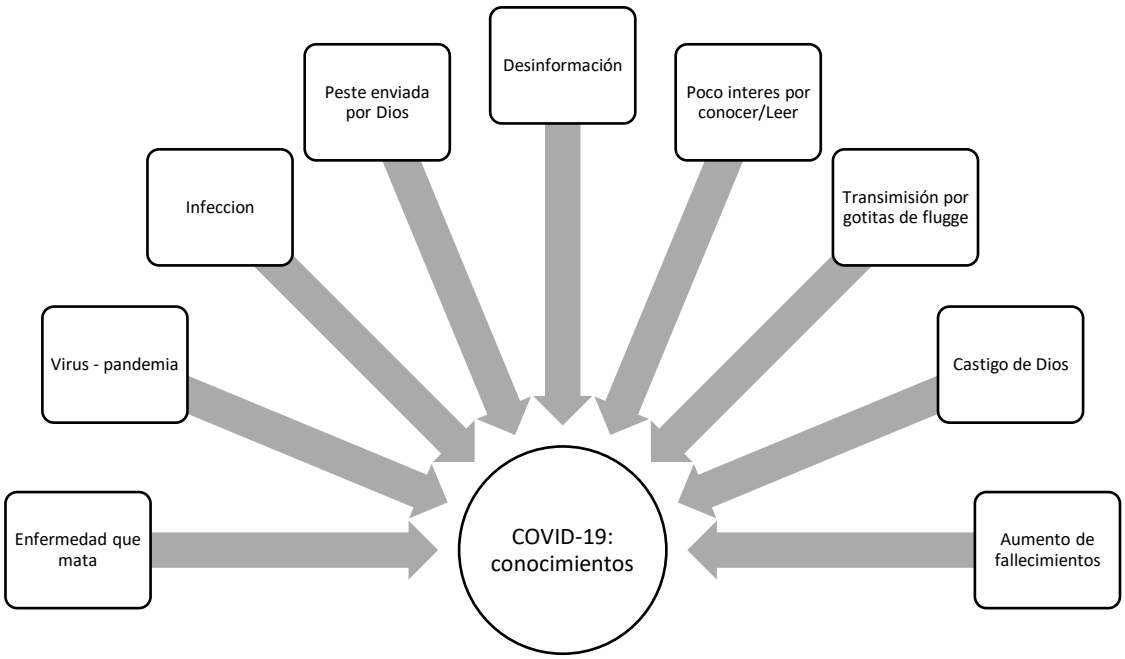


Figura 12.1. Conocimientos

Modelo Giddens 2004

Elaborado por: las autoras

Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

En esta figura 12.1 se observan la como la diversidad factores intervienen en el desarrollo del conocimiento de los participantes al respecto del COVID-19, así como la intrincada relación existente entre sus creencias, experiencias y actitudes. De acuerdo a este modelo podemos evidenciar que las determinantes del proceso salud-enfermedad son tan diversas e inciden directamente en las actitudes de los individuos ante alguna dolencia.

4.2.2. PREVENCIÓN

La prevención en salud y sus distintos niveles son todas aquellas medidas utilizadas para evitar la aparición de la enfermedad, su progresión a las complicaciones y su reincidencia, si bien es cierto, en esta enfermedad emergente llamada COVID-19 no de conocían varios aspectos, el 90% de los entrevistados concordó en que el uso de las mascarillas, el lavado de manos, el uso de alcohol y las medidas de restricción de movilidad a nivel nacional, fueron empleadas satisfactoriamente desde su inicio.



Figura 13. COVID-19: Prevención
Programa: Word Salad
Elaborado por: Las autoras
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

En la figura 13. destaca, en general, un buen nivel de conocimientos acerca de la prevención de COVID-19 en la población evaluada, que las campañas realizadas en la utilización de medios de protección son escuchadas por la población, ya que el uso de las directrices fue indicado por nuestros entrevistados, resaltando el uso de alcohol, mascarillas y lavado de manos como uso frecuente para prevenir el contagia llegando a ser parte de la vida diaria hasta la actualidad.

Nos indicaron:

> *Mantener la mascarilla 100 pre puesta, usar alcohol, desinfectar las superficies de la casa más usadas con cloro mayormente, alcohol y ciertos productos desinfectantes con aromatizantes, al llegar se desinfectaba pies manos, las fundas con alcohol.* **(Testimonio Hombre, 29 años, afrodescendiente, ingeniero)**
>
> *Uso de alcohol, y al inicio de la pandemia el año pasado utilizaba guantes. Mascarilla si todo el tiempo sobre todo en lugares donde hay mucha gente o en lugares cerrados (…), En cuanto a la parroquia, pues se han usado el distanciamiento, alcohol, toma de temperatura, eso, como medidas y la desinfección del local.* **(Testimonio hombre, 30 años, blanco, cura, extranjero)**
>
> *Para prevenir uso de lavado de mano, alcohol a cada instante y la mascarilla, quedarme en casa, continuamos evitando salir, apenas llegamos nos sacamos la ropa afuera, la lavamos y al llegar nos bañamos, así mismo lavamos las manos muy muy frecuentes y el uso del gel y liquido de alcohol.* **(Testimonio femenina, 34 años, mestiza, ama de casa)**
>
> *Las medias personales como el lavado de mano con jabón y luego de eso un preparado que nos recomendaron usamos con mi esposa, este preparado tiene agua de eucalipto y alcohol, las mascarillas usamos permanentes, además antes usábamos guantes y actualmente no lo usamos, en la TELE informaban tantos mensajes y prensa de que ni con eso estábamos protegidos y por eso no se utilizó.* **(Testimonio hombre 65 años, afrodescendiente, pescador)**

Para los alimentos lavados con cloro con agua y jabón, y para las manos bicarbonato y alcohol para desinfectar las manos, además de vinagre. **(Testimonio hombre, 50 años, chachi, médico)**

Muchos de los participantes nos indicaron que al pasar los días, dichas medidas han sido menos rígidas, ahora se está aparentemente normalizando la existencia de este virus, sumado a esto el proceso de vacunación ha disminuido el temor al contagio y el no cumplimiento de estas medidas:

ERA UNA LOCURA! ¡Una psicosis de todo el mundo! porque con todo el mundo: mi vecina, mi cuñada, TODOS éramos en ese pánico y fundas a la basura! Ahora ya como que nos olvidamos de la funda, como que nos olvidamos de fumigar así, ahora solamente es el alcohol, como que nos ¡habituamos a vivir con ese virus! **(Testimonio femenina 65 años, afrodescendiente, ama de casa)**

Yo usaba como recomendaron el alcohol, la mascarilla inicialmente, ahora es que ya se le está perdiendo el miedo. **(Testimonio femenina 65 años, mestiza, ama de casa)**

El distanciamiento social que es súper difícil cumplir ya que yo evito pero el que está a mi alrededor no lo hace, esta gente es bien indisciplinada. **(Testimonio hombre 65 años mestizo, chofer ocasional)**

Identificamos otros factores que han favorecido el abandono de las medidas preventivas, dentro de lo que mencionaron, podemos citar:

Me ponía tanto alcohol y gel que hasta me comenzaron a picar los brazos y las manos entonces por eso deje un poco de usar eso, porque la picazón me mataba. **(Testimonio femenino, 64 años, blanco, profesora jubilada)**

Al inicio pues el uso de guantes permanentemente pero les hice alergia por eso dejé de usarlos. **(Testimonio femenina, 19 años, mestizo, bachiller)**

La mascarilla no uso mucho, eso me asfixia y como ella es la que se encarga de todo en casa, yo casi n salgo ni hablo con nadie, entonces no uso esa cosa. **(Testimonio hombre 81 años, mestizo, albañil)**

En 2020, inició una pandemia, con una nueva enfermedad, hacia las cuales por su forma de contagio se tomaron ciertas medidas preventivas que rápido se estandarizaron a nivel mundial, notamos en esta investigación que a pesar de haber poca información real alrededor de esto, los usuarios del centro de salud Las Palmas, en su mayoría usan las medidas preventivas establecidas: lavado de manos, uso de mascarilla, alcohol; sin embargo, es de notar que unos cuantos por motivos externos han dejado de usarlas o no las utilizan de forma frecuente, no hacen parte de su diario vivir, en este sentido Giddens nos da un panorama general.

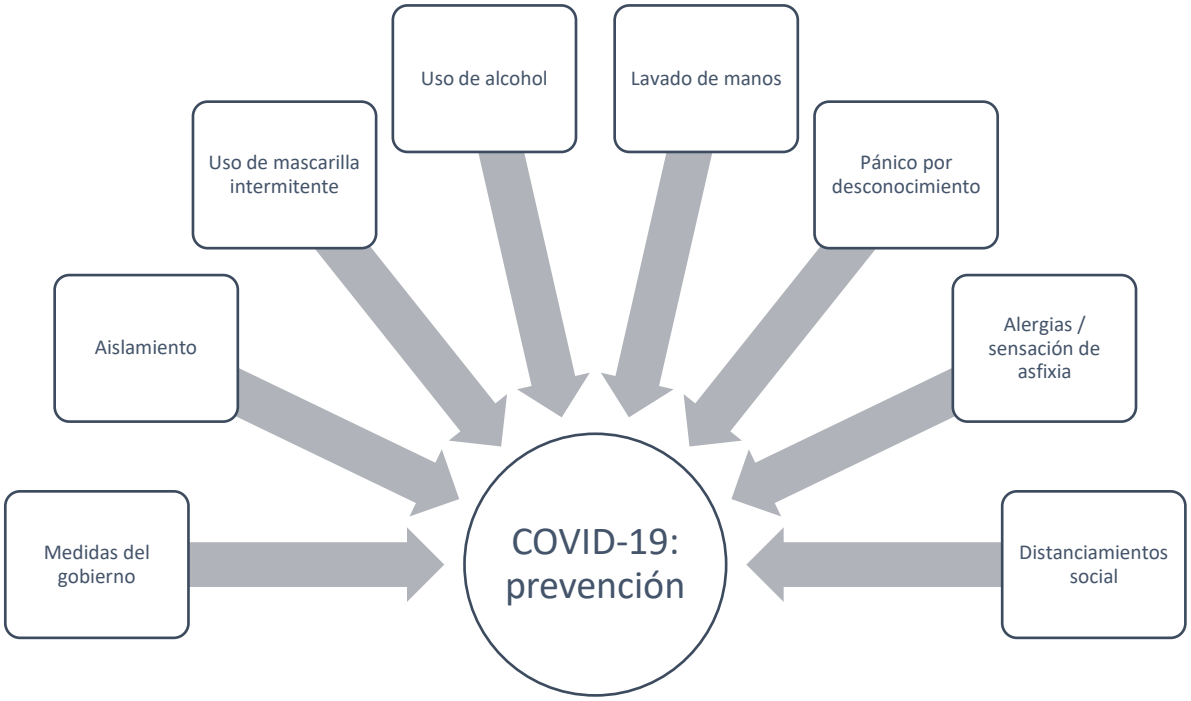


Figura 13.1. COVID-19: Prevención
Modelo Giddens 2004
Elaborado por: las autoras
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

En la figura 13.1, en torno a la prevención de la COVID-19 al emplear el modelo estructural e Giddens podemos dar a notar los principales factores que influyen de forma directa o indirecta en las estrategias de prevención utilizadas, que llegaron en su momento a ser impuestas para poder ser obedecidas por la población. Esta imposición llevo a la disminución de caso, no en todos os casos de los entrevistados fueron fácil de seguir.

4.2.3. CUARENTENA



Figura 14. COVID-19: Cuarentena
Programa: Word Salad
Elaborado por: Las autoras
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

El aislamiento obligatorio en nuestro país, tuvo un gran impacto en todos los aspectos vitales, por ejemplo: relaciones interpersonales, trabajo, estudios, atenciones médicas, etc. Es por ello que en esta investigación nos permite resaltar la importancia de esta categoría, entendiendo que somos seres sociales y por tanto es vital mantener la interacción con el medio, es así que en la figura N° 14, se muestra las palabras más utilizadas al referirnos a cuarentena, dándonos a conocer que en su mayoría cumplió las medidas implementadas siempre con el deseo de volver a salir, Recordándonos que siendo una de las acciones necesarias para evitar altas tazas de contagio, afectó las emociones de la población en general. (Tang B et al. 2020)

Nuestros participantes nos indicaron en este contexto:

> *En mi país se trató mucho de mantener el aislamiento, tal como acá se suspendieron las reuniones sociales y en caso de la iglesia se cambió al ámbito digital las misas para*

ayudar a los feligreses a mantener la Fe que es la fortaleza para sobrellevar estas situaciones. **(Testimonio hombre 30 años, blanco, cura, extranjero)**

Al inicio de la pandemia hicimos el confinamiento, la cuarentena, respetamos el toque de queda, pero la verdad fue difícil, estaba aburrido de las cuatro paredes, mi mama se deprimió creo, nuestro dinero disminuyó. **(Testimonio hombre, 17 años, mestizo, estudiante)**

Y la cuarentena la tratamos de cumplir en lo que se podía pero el hecho de nuestro trabajo igual siempre estábamos expuesto. **(Testimonio hombre 50 años, chachi, médico)**

Cumplí lo de la cuarentena, obviamente porque me daba miedo al salir que me metan preso por ahí. **(Testimonio hombre, 65 años, mestizo, chofer ocasional)**

El cambio global que vivimos, nos obligó a reorganizarnos, a realizar cambios de roles, dejar nuestras actividades y el impacto que trajo consigo fue considerable, muchos nos refirieron:

El aislamiento (…PAUSA…) entramos en pánico, al principio del COVID, (SONRISA) justo hablaba con una amiga, le digo que literalmente fue entrar en ***PÁNICO****!*

(Testimonio femenina, 65 años, afrodescendiente, ama de casa)

No recibía a nadie en casa, incluso a mis nietos, yo los extrañaba mucho (…LLORA.)

(Testimonio femenina, 82 años, blanco, ama de casa)

Esta enfermedad cambio muchas cosas estar encerrada y no poder salir a buscar la comida mi esposo disminuyo el trabajo era muy dificultoso. **(Testimonio femenina, 54 años, indígena, ama de casa)**

El presidente de la República, Licenciado Lenin Moreno, luego de declarar al Ecuador en emergencia sanitaria, anunció por los medios televisivos una serie de medidas como un esfuerzo para reducir la propagación comunitaria y la sobrecarga del sistema de salud del país, dentro de las cuales estaban: toque de queda parcial que luego se volvió en confinamiento total por el aumento de casos; en nuestro estudio notamos que el cumplimiento de estas medidas se vio influenciada por una serie de factores que interactuaron de forma

positiva y negativa en los participantes, por ejemplo: el trabajo, los roles familiares, la emocionalidad individual, entre otros.

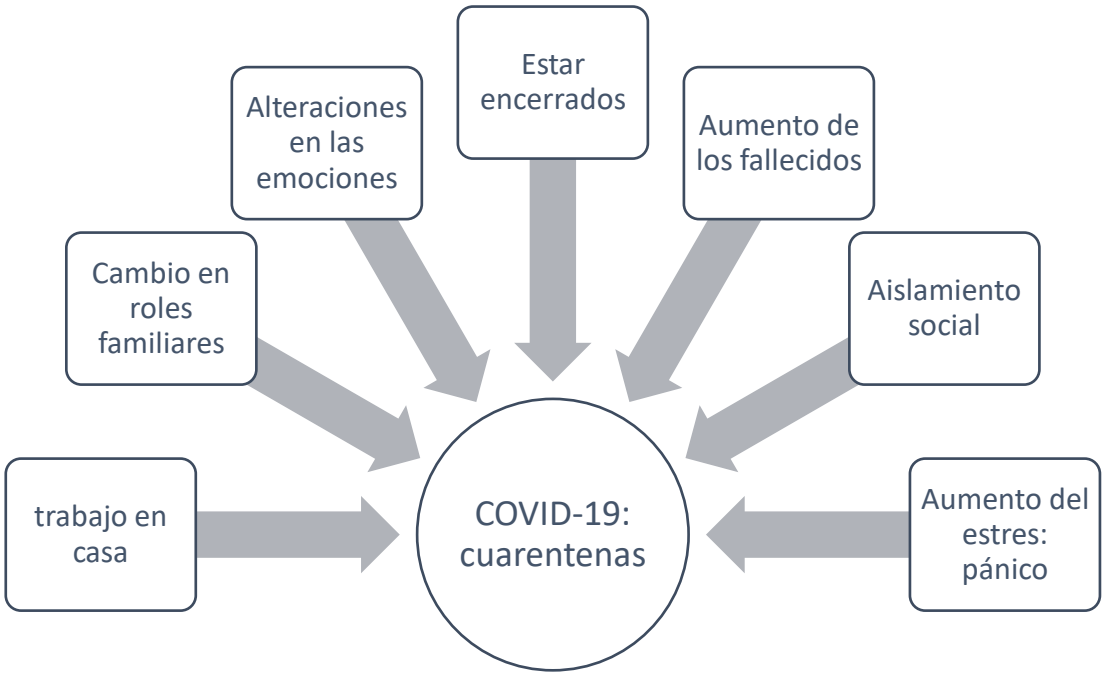


Figura 14.1. COVID-19: Cuarentenas
Modelo Giddens 2004
Elaborado por: las autoras
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

Utilizando el modelo Giddens en la siguiente figura N° 14.1 podemos notar de forma general que existen factores positivos y negativos que han permitido sobrellevar las cuarentenas durante la pandemia por COVID-19 marcando la marcaron la evolución de ésta, el cambio en la dinámica familiar, tal y como evocaron nuestros participantes en sus intervenciones; sin embargo, notamos que las consecuencias en la emocionalidad de nuestros participantes son impactantes, por lo que muchos autores entre los que figura Chu y colaboradores en 2018 nos recuerdan que *"no debemos olvidar que la atención médica, debe centrarse no solo en las enfermedades físicas, sino también en las narrativas psicosociales de los pacientes"*. (Chu et al, 2018).

4.2.4. EXPERIENCIAS

Aquellos que se contagiaron o vivieron la enfermedad con sus familiares, amigos o vecinos nos indican que hubo muchos tabúes al respecto, miedo morir, miedo al contagio, por lo que optaron por la autoatención basada en medicina tradicional y por lo mismo incluso evitaban los tratos directos con los enfermos.



Figura 15. COVID-19: Experiencias
Programa: Word Salad
Elaborado por: Las autoras
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

En la figura 15, destaca como nuestros entrevistados las experticias en esta pandemia fueron vividas en familia, afrontando perdidas y enfermedad de seres queridos, donde muchas familias sufrieron grandes pérdidas de seres queridos y afectación económica.

Nuestros participantes nos indicaron al respecto:

> *Luego de lo que paso con mis hermanos yo evito estar cerca de la gente, converso, sí. pero lo necesario y con mi mascarilla puesta y durante mi trabajo, cuando ya llego a casa, prefiero no salir*. ***(Testimonio hombre, 61 años, afrodescendiente, supervisor)***

Muchos vecinos se enfermaron y hasta hubo muchas muertes al inicio de la pandemia. (-…PAUSA…) Bueno, a mí me dio y a mi hijo mayor, fue terrible, me cogió una cosa horrible ¡yo me ahogaba! (...LLANTO…), yo no podía caminar, me dolían las piernas durísimo, la cabeza andaba mareada, la verdad yo no fui cuando estaba malita al centro de salud (…risas…), me daba miedo morirme, me da risa porque yo quedé así, media malita. ***(Testimonio femenina, 54 años, indígena, ama de casa)***

Gracias a Dios, a nosotros no nos ha dado nunca eso, y espero que no nos dé, por aquí murió el señor de al lado, el vecino ¡murió!, murió la de halla de la diagonal casi al frente, toditos esos murieron con COVID-19 *y aquí en el barrio murieron bastantes. Yo escuché, porque nunca me acerqué a sus casas.* **(Testimonio hombre 45 años, blanco, extranjero)**

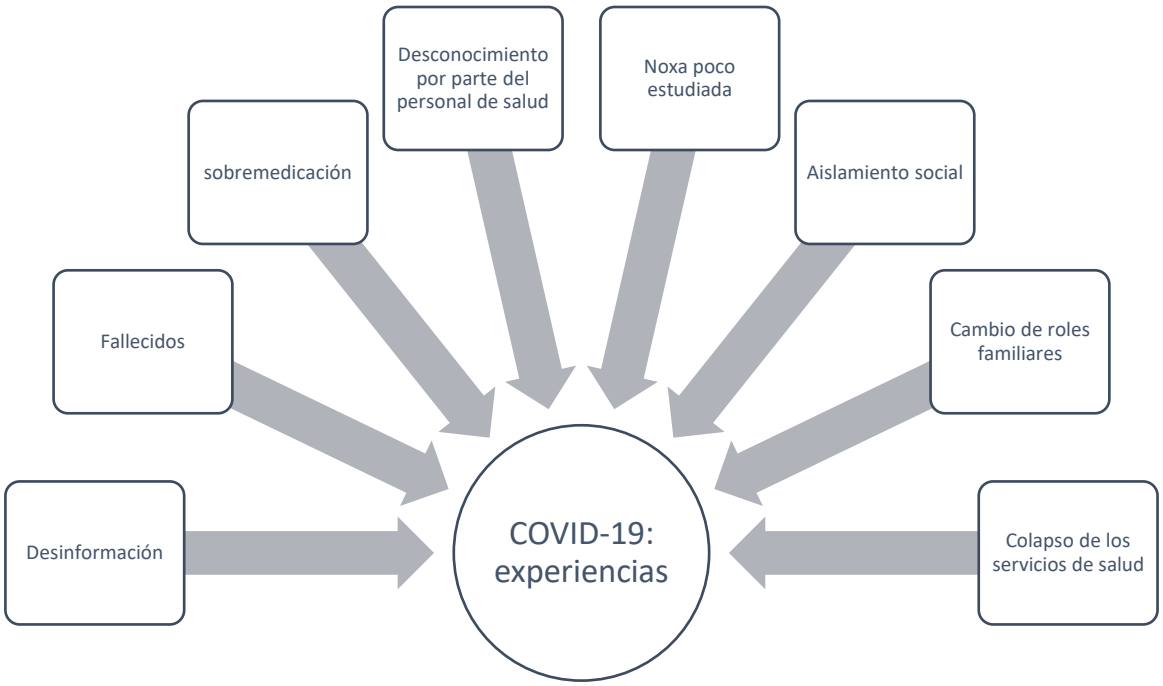
Es evidente que el temor se apoderó de nuestros participantes, además de esto cada uno de los que se enfermó presentó o conoce una constelación de síntomas y signos distinta, mencionaron:

La señora, se empezó con dolor de cabeza, al igual que el señor de aquí también, fue fuerte, lo llevaron rápido, se empezaron ahogando, ahogando, ahogando, los dejaron internando hospitalizado. **(Testimonio hombre 45 años, blanco, extranjero)**

Todos en mi familia se enfermaron, conforme fueron pasando los días uno por uno empezó a sentirse mal, sin ánimos, débiles, yo sentía que se me bajaba la presión, no podía comer, ni caminar, sentía palpitaciones y fui a otro médico y me recomendó una psicóloga y luego me internaron en el hospital. **(Testimonio hombre 41 años, mestizo, tecnólogo)**

Con enfermedad leve han tenido Tos, y fiebre que viene con el malestar general, las mialgias, artralgias. Los graves realmente han tenido tos disnea y bueno incluso mueren. **(Testimonio hombre 40 años, indígena, médico)**

Las experiencias humanas en todos los contextos son realmente disímiles y si le sumamos a esto, las particularidades individuales que notamos en nuestros entrevistados es claro que en la estructura de este sistema social hay varias interrelaciones, que favorecen o no el proceso salud-enfermedad.



. **Figura 15.1.** COVID-19: Experiencias
Modelo Giddens 2004
Elaborado por: las autoras
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

En la figura 15.1 se observan la diversidad de situaciones que vivieron nuestros participantes en torno a la pandemia por la COVID-19, lo cual demuestra la intrincada relación existente entre sus creencias y las actitudes de afrontamiento de la misma.

4.3. INTERCULTURALIDAD

La interculturalidad y diversidad cultural como término polisémico, permite entrar en el contexto de las relaciones que se forman entre la variedad de grupos humanos ´por los que está constituida la sociedad (Dietz, 2017), este siglo XXI ha sido fuertemente marcado por la diversidad y la aparición de nuevas identidades, constituyendo el período de mayor movilidad humana, creándose nuevas relaciones intrincadas en la construcción de los sistemas sociales, se hace necesario conocer de cierta forma esta diversidad.

4.3.1. USOS DE PLANTAS



Figura 16. Uso de plantas
Programa: Word Salad
Elaborado por: Las autoras
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

En la figura N°16 la nube de palabras nos permite ver que a pesar de tener experiencias distintas en torno a esta pandemia muchos usan el eucalipto (*Eucalyptus globulus*) como fuente de prevención y curación de las dolencias, evidenciándose que la medicina tradicional (uso de plantas) sigue siendo el puntal para la autoatención en salud, ya que este conocimiento se transmite de generación en generación. En este contexto refirieron:

> *Por precaución, baños de eucalipto, de guanábana, tomas de agua de cascara de mandarina con miel, siempre por precaución, a pesar de no habernos enfermado, pues, nuestros ancestros nos enseñaron que la limonada hervida era para el resfrió, y pues como se escuchaba que daba síntomas parecidos pues nosotros lo realizamos.* **(Testimonio hombre 65 años afrodescendiente, pescador)**

> *Tomábamos varios tés, el que más recuerdo, era el de canela con anís estrellado, se lo tomaba en forma de te cada 2h, acompañado de una tableta de complejo B A mi abuelo*

le pusieron como 3 veces esa mega dosis de vitamina C. **(Testimonio hombre, 16 años, mestizo, estudiante)**

Tomamos mucha medicina casera, aguas calientes, los bajos de eucalipto, ruda, limón, ajo y la plata de Zaragoza, tomábamos porque los vecinos nos indicaron y además mis abuelas también las tomaban, con eucalipto hacíamos con el vapor y me bañaba y tomábamos más cosas amargas: como la ruda el limón la Zaragoza. **(Testimonio femenino, 34 años, mestiza, ama de casa)**

Sin embargo; un grupo pequeño de participantes nos indicó que se adaptaron a la modernidad actual o desconoce de la realización de estos preparados en cuanto a prevención de enfermedades se refiere, indicándonos:

No hemos utilizado prácticas para prevenir, que desconocemos lo que es prevenir, pero si hemos consumido ciertos alimentos, como naranjas, cosas así, frutas, y otras como limón, jengibre (AJIMBÉ en chachi) bueno, y eso las comemos masticadas y en jugos. **(Testimonio hombre, 75 años, indígena CHACHI, profesor jubilado)**

No he usado nada, nosotros estamos viejitos y la verdad no me da tiempo de hacerle los remedios caseros a mi hermana, simplemente he evitado salir de casa en lo que más he podido. **(Testimonio hombre 75 años blanco, comerciante)**

Inicialmente le dábamos agüitas de cebolla con ajo, esto lo hacíamos así, pelábamos la cebolla y le poníamos a hervir por 30min y luego pues le dábamos 3 veces al día todos los días, además, infusiones de eucalipto y ajo, las vaporizaciones con eucalipto y los baños diarios con agua caliente. **(Testimonio femenino, 57 años, mestizo, ama de casa)**

El denominador común para el 90% de nuestros entrevistados fue el uso de eucalipto, ya sea en infusión, para baños o para mezclas con el alcohol; pero, ¿qué tan efectivo resulta esta planta en los procesos respiratorios?, en algunas revisiones bibliográficas nos indican que existen varias plantas que tienen alguna actividad antiviral in vitro e in vivo y se ha observado

que su efecto puede ser disímil contra los virus ARN o ADN, que tengan o no envoltura; e incluso contra distintas variedades de cepas virales, y adicionalmente, ser inmunomoduladores, en este sentido las que han demostrado alguna actividad contra coronavirus son: Aloe vera, Astrágalo membranáceas, Camellia sinensis, Echinacea purpurea, Eucalyptus globulus, Glycyrrhiza glabra y Sambucus nigra.

El eucalipto ha demostrado amplio efecto antiviral, antiinflamatorio, inmunoestimulante e inmunomodulador en la enfermedad por coronavirus. (Rojas, 2020). Sin embargo; debemos recordar que ésta, no ayuda a eliminar o prevenir el contagio, solo mejora alguno de los síntomas presentados durante la enfermedad.

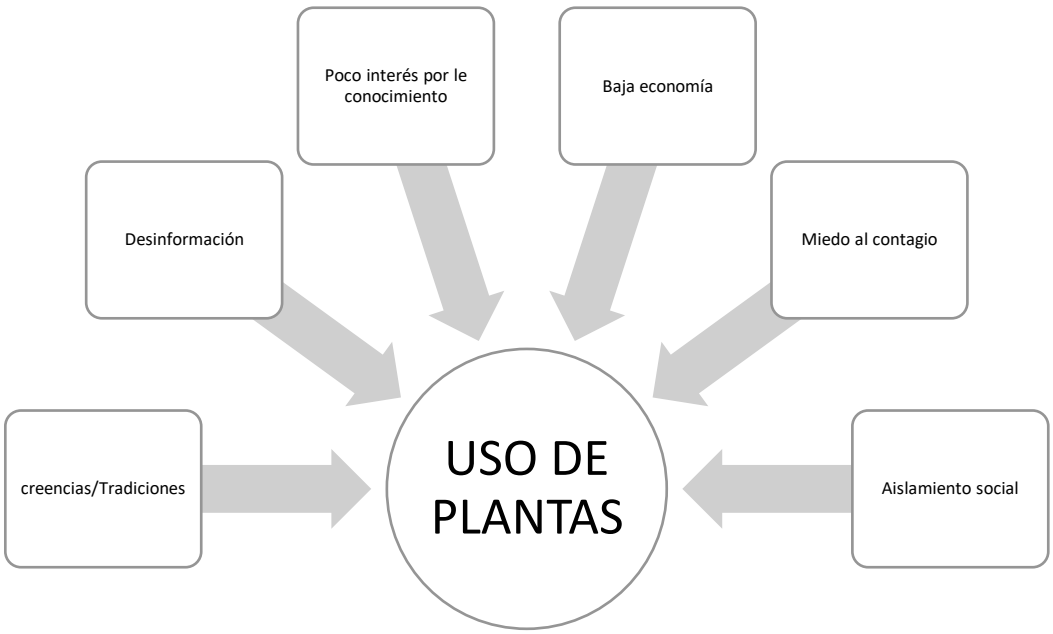


Figura 16.1 Interculturalidad: uso de plantas
Modelo Giddens 2004
Elaborado por: las autoras
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

En la figura 16.1. nos indica los diversos factores que influyen directa e indirectamente para el uso de plantas y su arraigada relación con el conocimiento ancestral. Nuestro país Ecuador, se caracteriza por una gran variedad étnica, y por tanto con raíces ancestrales variadas que van forjando aquellas creencias a través de los años, convirtiéndose la medicina ancestral, durante

esta pandemia un medio de tratamiento muy importante en el contexto de las enfermedades respiratorias que se ven influenciados por diversos factores.

4.3.2. AUTOATENCIÓN



Figura 17. Autoatención
Programa: Word Salad
Elaborado por: Las autoras
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

Hablar de autoatención es hablar de los saberes, es decir, las representaciones y prácticas sociales que los sujetos utilizan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, soportar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud ya sea de forma real o imaginario, sin la intervención central, directa e intencional de profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención. (Menéndez E., 2018)

En este sentido la figura 17. Nos muestra que la autoatención constituye la manea más frecuente de intervención a las enfermedades que implementaron nuestros participantes lo cual va de la mano con el uso de plantas, en torno a esto los medicamentos más utilizados de forma automedicada fueron en primera fila el paracetamol, la vitaminas en mega dosis, el complejo B y además a pesar de la difusión de la poca utilidad de la ivermectina en tratamiento para la

COVID-19, muchos de nuestros participantes lo utilizaron ya sea como medida preventiva o durante la enfermedad. Nos refirieron:

> *Nos recomendaron unas vecinas usar el preparado, así como para el ASMA, se llamaba salbutamol en puf, nebulizaciones con bromuro de ipratropio 2 veces al día por 3 meses. Además tomamos mucha agua y vitamina C en esa mega dosis por varias ocasiones.* **(Testimonio hombre, 29 años, afrodescendiente, ingeniero)**
>
> *Cuando tuvimos el episodio de gripe que confundimos como locos con el* COVID-19*, no tomamos mayor cosa, solo paracetamol 1 tableta cada 8h por 5 días, además IVERMECTINA cada día por 14 días y con eso mezclábamos azitromicina que consumimos por 15 días.* **(Testimonio femenino, 18 años, afrodescendiente, estudiante universitaria)**
>
> *Antes de que nos dé coronavirus yo ya estaba tomando, aspirina de niños por prevención porque sabemos que el coronavirus, una de las cosas que agrava es la CID y sabemos que la aspirina en bajas dosis es anticoagulante y además también habíamos tomado con mi señora, ivermectina las dosis antiparasitarias, Además tomamos ibuprofeno, como antiinflamatorio.* **(Testimonio hombre, 50 años, indígena chachi, médico)**
>
> *Yo en mi caso particular he tomado Ivermectina por 6 meses todas las semanas 1 tableta, pero bueno, me cansé ya de eso.* **(Testimonio hombre, 68 años, blanco, jubilado)**

Logramos evidenciar que pocos de nuestros entrevistados prefieren tomar cualquier cosa que no sea paracetamol, a pesar de la amplia información al respecto de sus beneficios en el contexto de esta enfermedad, es así que refirieron:

> *Me dieron PARACETAMOL (…. FRUNCE CEÑO…), solo me tomé 3 paracetamol yo no tome más nada (…jajajajaja…).* **(Testimonio femenina, 45 años, afrodescendiente, comerciante)**

El uso indiscriminado de paracetamol, vitamina C y antibióticos sin prescripción médica ha tomado fuerza en el contexto de esta pandemia, nuestros participantes refirieron:

> *Cuando recién comenzó a pandemia consumíamos paracetamol, aquí no faltaba.* **(Testimonio hombre, 65 años, afrodescendiente, profesora)**
>
> *Uno de los que usamos es el paracetamol, y otro más común AZITROMICINA por 15 días.* **(Testimonio 78 años, afrodescendiente, profesor jubilado)**
>
> *Le comento que consumimos mucho paracetamol, no sé si estuvo bien, pero sin tener nada lo tomamos, ahora ya es menos, creo que el miedo nos hizo hacer muchas cosas que la gente nos sugería.* **(Testimonio hombre, 70 años, mestizo, comerciante)**
>
> *Realizábamos nebulizaciones con medicina que no recuerdo. Cada 8h Algunas de las medicinas que recuerdo, fueron: ivermectina, paracetamol, ibuprofeno, azitromicina todo esto por 5 días todos los meses.* **(Testimonio hombre 61 años, afrodescendiente, supervisor)**

Durante la pandemia por la propagación del COVID-19 en Ecuador el sector farmacéutico se convirtió en uno de los más estratégicos con una alta demanda, la revista lojana SR Radio nos trae a colación un artículo donde nos informa de 8 grupos de medicamentos más vendidos en tiempos de la pandemia, entre los que figuran: expectorantes (201%), antihipertensivos (100 y el 172%), antiparasitarios (95%), antibióticos (110%.) y analgésicos (52%), suplementos vitamínicos (44%), inductores de sueño (40%) y antiulcerosos (30%). (Sanmartín, 2020).

En ecuador la autoridad sanitaria estipula que del total de medicamentos registrados, 1829 (13,6%) son considerados de venta libre y 11622 (86,4%) son de venta bajo prescripción médica, pese a esto, aproximadamente 60% de la población accede a medicamentos sin prescripción médica, ésta demanda ecuatoriana de medicamentos no tiene concordancia con el perfil epidemiológico nacional ni las guías médicas adoptadas por la autoridad sanitaria. (Ortiz-Prado E, Galarza C, Cornejo León F, Ponce J.)

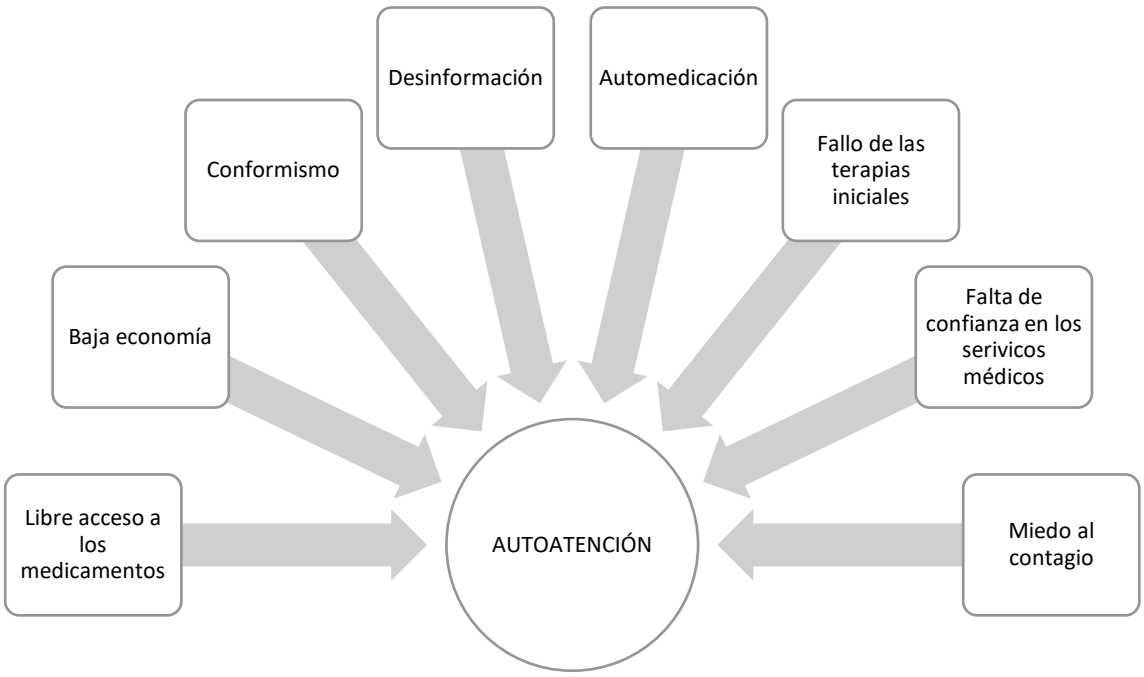


Figura 17.1. Autoatención
Modelo: Giddens 2004
Elaborado por: Las autoras
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

En la figura 17.1. gracias al modelo de Giddens, comprendimos que la autoatención en el contexto de la pandemia no sólo tiene un papel decisivo en el actuar individual sino en todo lo que genera el uso adecuado o no de los distintos tratamientos informados, lo cual va de la mano con las creencias y tradiciones individuales, la desinformación a la cual estamos expuestos y las conductas repetitivas existentes en la vida diaria de cada individuo.

4.3.3. REDES DE APOYO

Los individuos somos seres sociales innatos, la familia como unidad básica de las sociedades, sigue constituyendo uno de los pilares fundamentales en el proceso salud enfermedad, es así que nuestros participantes reconocieron que el distanciamiento social, cuarentenas y miedo al contagio, predispuso a que las relaciones familiares y comunitarias sean distantes, causando gran daño emocional en los individuos.



Figura 18. Redes de apoyo
Programa: Word Salad
Elaborado por: Las autoras
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

La familia como unidad funcional de una sociedad claramente se vio afectada durante la pandemia ya sea en pro o en contra de su funcionalidad, en la nube de palabras que nos muestra la figura N°18 notamos que la mayoría de nuestros participantes tuvieron acompañamiento directo por su esposa o esposo, su madre, hermanos tratando de mantener las relaciones intrafamiliares indemnes, a pesar de las circunstancias, las distancias y aislamiento que trajeron las medidas preventivas contra la propagación de la COVID-19.

Al respecto nos refirieron:

> *El hecho de estar encerrados, no hacia valorar todo lo que teníamos antes y la perdida de libertad es muy dura, las calles desoladas y creo que los niños fueron más afectados.*
> **(Testimonio hombre, 70 años, mestizo, comerciante)**

> *Mi hija me llevo a su casa, como diez días estuve en su casa, pero ella me llevo porque mi hijo, que vive conmigo también había estado enfermo y estaba peor, entonces no quería que yo lo viera así, la verdad yo no sabría qué hacer si le pasa algo a mi hijito*

(…llanto…), después de esos 10 días yo me inventé, y le dije: "HAY MIJA, LLEVEME A MI CASA", ya estoy bien, y bueno yo estaba mejor, les prometí que no saldría de mi cama, pero bueno, por ahí pasaba de reojo miraba a mi hijo. **(Testimonio femenino, 28 años, blanca, ama de casa)**

Yo aquí en mi casa para nada salir, tengo una hija, que gracias a dios me ha ayudado ella compraba y me traía mis compritas. **(Testimonio femenino 65 años, mestizo, ama de casa)**

La verdad pensé que iba a morir, ya me dio neumonía por el COVID, a mi esposo me decía deja de estar llorando, pero la verdad es incontrolable, a l verte mal, decayendo y pensar que tus hijos se quedaran solo (…llanto…) todos nos enfermamos, pero me mataba la idea de morirme y dejar mis hijos solos. **(Testimonio femenino 35 años, indígena, ama de casa)**

Yo hacia las compras, ya no se visitó a mis suegros y tampoco visitas todo manteníamos comunicados por teléfono y a mi hija tratar de hacerles juegos o actividades para que se mantenga entretenida. **(Testimonio hombre 29 años, afrodescendiente, ingeniero)**

Mi mama se deprimió creo, nuestro dinero disminuyó, yo me encargaba de ir a comprar, pero la verdad con miedo de contagiarme. Tuve un tío, que le había dado esa enfermedad y hasta se murió, yo no lo vi, pero si estábamos con mi mama pendientes por el teléfono ya que era su hermano. **(Testimonio hombre 17 años, mestizo, estudiante)**

Tuve tanto temor de salir y contagiarme que no Sali ni a la vereda, aún tengo miedo pero ya tolero tener un poco la puerta abierta, sigo sin salir de casa. **(Testimonio femenina 72 años, mestiza, ama de casa)**

Incluso por la misma pandemia hubo reorganización de roles internos familiares y aumento del uso de las tecnologías, para sobrellevar todas las medidas indicadas por el gobierno, en este sentido nos refirieron:

> *Acá se suspendieron las reuniones sociales y en caso de la iglesia se cambió al ámbito digital las misas para ayudar a los feligreses a mantener la Fe que es la fortaleza para sobrellevar estas situaciones.* **(Testimonio hombre, 30 años, blanco, cura, extranjero)**
>
> *En mi casa viven 6 personas, mi papa, mi mama, mi hermano y su esposa y mi sobrina, mi otra hermana y yo, no salíamos de casa y si tocaba era por algo realmente necesario pasábamos buscando cosas para entretenernos (jajajajaja) en incluso me ponía hacer esos videos de las redes y chateaba con mis amigos.* **(Testimonio femenino 18 años, afrodescendiente, estudiante universitaria)**
>
> *En mi caso solo trataba de salir al trabajo, sin reuniones sociales o visitas y todo lo más posible que se por vía telefónica.* **(Testimonio hombre 43 años, mestizo, médico)**

A nivel mundial la pandemia por la COVID-19 ha alterado el funcionamiento y cohesión familiar, ha sido clave ser tolerantes, pacientes y coherentes en la convivencia, reconocer que todos estamos en la incertidumbre de esta nueva enfermedad.

El modelo Giddens nos ayuda a entender nuevamente, que el buen funcionamiento familiar y la resiliencia individual se ve afectada por varios factores, que permitirán las adaptaciones necesarias para que no se desvirtúen los objetivos comunes familiares ni se presenten situaciones desfavorables durante este período de convivencia.

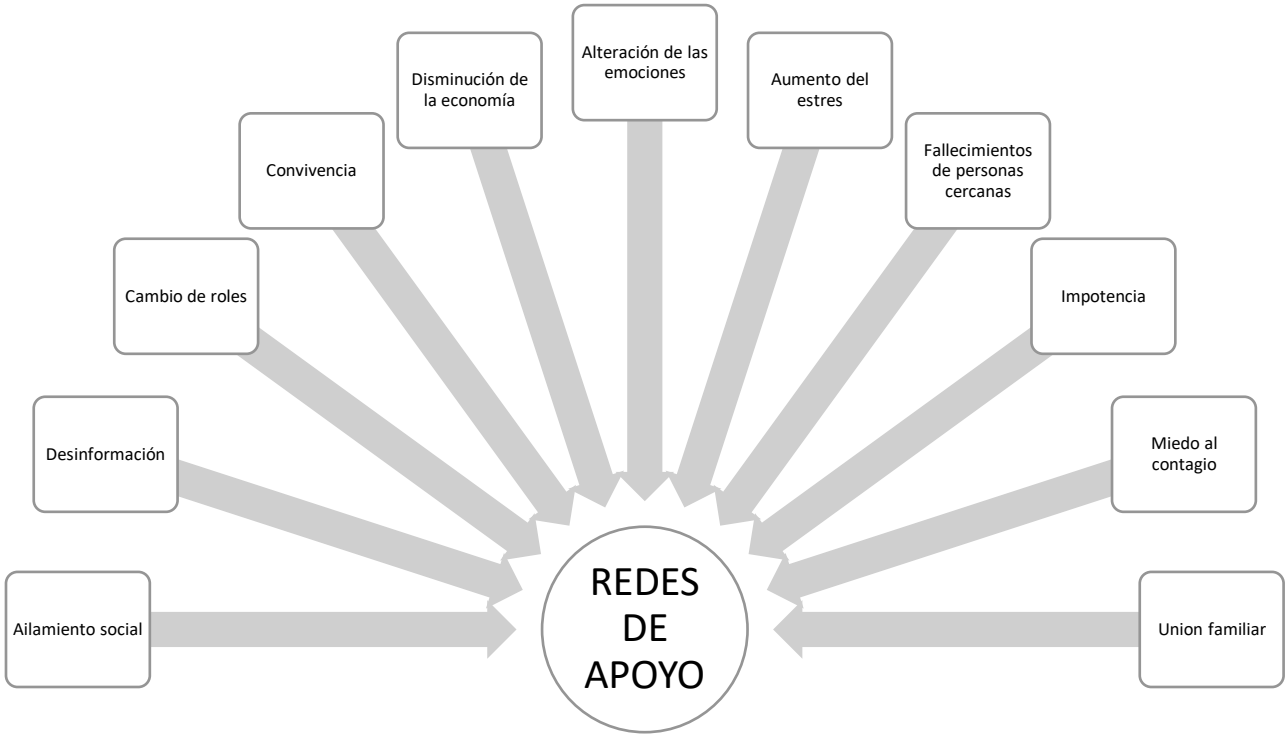


Figura 18.1. Redes de apoyo
Modelo: Giddens 2004
Elaborado por: Las autoras
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

En la figura 18.1 evidenciamos como esta dinámica que envuelve a nuestras familias, está determinada por diversos factores internos y externos, lo cual ha hecho que existan modificaciones en pro del bienestar y la funcionalidad familiar por la crisis global por la COVID-19, tanto por el individuo, la familia y comunidad; se extendió el campo de redes y en varios de nuestros participantes se vieron obligados a no contar principalmente con las redes de apoyo institucionales por la imparable saturación sobre todo en los servicios de salud.

4.3.4. CURSO Y CICLO DE VIDA

El curso de la vida individual y familiar es tan diverso como nuestras costumbres y tradiciones, etnias, nacionalidades y emociones, estos momentos del continuo de la vida actúan directamente en los resultados en salud, por tanto nos resultó fundamental analizarlo en nuestra investigación. Nos indicaron nuestros participantes.



Figura 19. Curso y ciclos de vida
Programa: Word Salad
Elaborado por: Las autoras
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

Como podemos apreciar en la figura 19, durante los distintos ciclos vitales de nuestros participantes ha sido imposible considerar como un concepto individual el proceso salud-enfermedad, las palabras más mencionadas en este contexto fueron: **enfermo, enfermedad, salud, bien, cuerpo, sentirse, actividades, vida**; lo cual nos permite a groso modo entender que en los distintos ciclos de vida se busca siempre tener salud para realizar las actividades cotidianas evitando la enfermedad

Nos comentaron:

> *Estar sano es sentirse bien tanto física como mentalmente, es poder hacer todas tus actividades, estar activo, quieres hacer de todo y continuar con tu vida sanamente, comer saludable... (…) Estar enfermo es todo lo contrario, es complejo esta situación porque todo se desorganiza en las familias.* **(Testimonio, femenino, 33 años, mestizo, laboratorista, historia de vida)**

Estar saludable es tener sus órganos que funcionen normalmente, Perder a veces la capacidad de actuar en ciertas circunstancias, puede ser por dolencias de cuerpo porque siente fiebre o siente frio, ósea, todos estos síntomas que no le permiten desenvolverse con facilidad con libertad. **(Testimonio hombre 78 años, afrodescendiente, profesor jubilado)**

Estoy sano cuando todos mis sentidos están en buenas condiciones mi olfato mi visión, etc. Yo considero que me falta un porcentaje de recuperación, me agito al caminar, cosa que antes hacía con facilidad, eh retomado mi ejercicio físico pero voy despacio, incluso tal vez tuve afectación en mis ojos ya que tengo un poco de visión borrosa luego del COVID-19*. Pero bueno, vamos mejorando.* **(Testimonio hombre 54 años, blanco, extranjero)**

En este sentido, nos indicaron la gran mayoría que el miedo a la muerte ha llevado a lo largo de su vida a tomar decisiones importantes, ahora con la pandemia por COVID-19, se sintieron atemorizados con esta idea, al ver la creciente ola de fallecimientos, nos indicaron:

Estimada doctora, yo pienso mucho en que será de mis hijos cuando yo no este, temo a morirme, la verdad que he cambiado mi estilo de vida, entiendo que la vida es un ciclo y definitivamente parte de este ciclo es la muerte, sé que ya no tengo remedio, (…LLANTO…) estoy obeso hipertenso y viejo, pero bueno de alguna manera eso me ayudó a valorar lo que es la vida. **(Testimonio hombre 39 años, mestizo, médico-historia de vida)**

Lo que más me causa temor es la idea de morirme, por eso he retrasado lo de la cirugía de la vesícula. **(Testimonio, femenino, 33 años, mestizo, laboratorista, historia de vida)**

La muerte misma y propia, dejarlos a mis hijos, sobre todo al morito, más chiquito, él es mi eje, me ayuda a hacer todo, me sostiene. **(Testimonio femenino 44 años, afrodescendiente, ama de casa-historia de vida)**

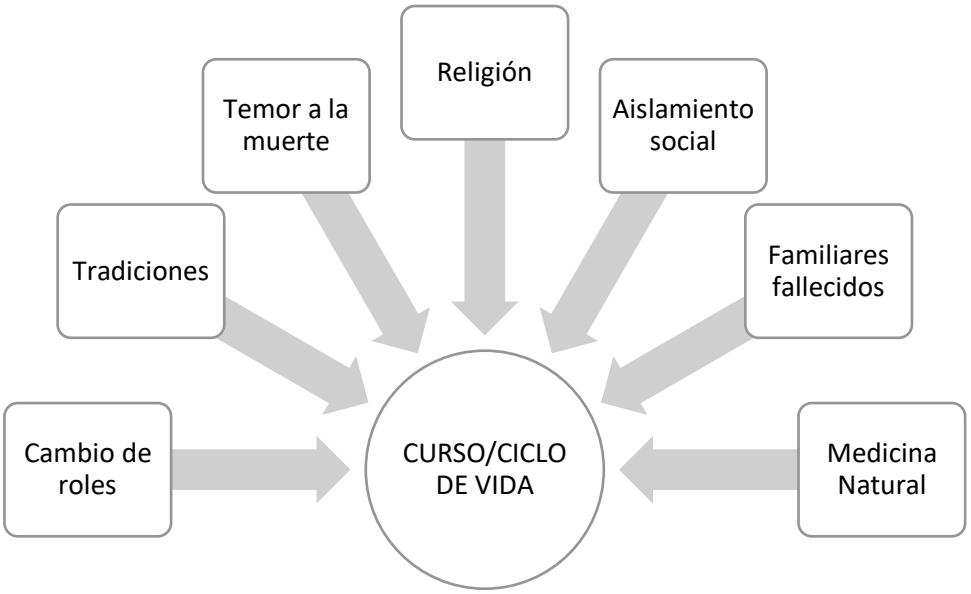


Figura 19.1. Curso y ciclos de vida
Modelo: Giddens 2004
Elaborado por: las autoras
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

La pandemia predispuso a que se trastoque el curso de vida de todos, en este proceso los principales factores a considerar son las trayectorias, la transición, los momentos significativos, la ventana a las nuevas oportunidades y los consecuentes efectos acumulados, tal y como se muestra en el modelo gráfico de Giddens plasmado en la figura 19.1.

4.4. ATENCIÓN EN SALUD

Se denomina atención (o asistencia) de la salud al conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población, de acuerdo al MAIS-FCI nos propone un modelo de atención en el cual se trabaje con las familias desarrollando nuevas formas relacionales y así ubicar al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social. (MSP, 2012)

4.4.1. ACCESIBILIDAD

En nuestra investigación evidenciamos que a pesar de contar con un programa en atención de salud como nos propone el MAIS-FCI, continúa existiendo barreras importantes en cuanto a

las atenciones en salud se refiere, es así que en este punto, la accesibilidad a las casas de salud sigue siendo un problema que determina el consecuente desenlace en la evolución y tratamiento de los padecimientos humanos; sin embargo, la puerta de entrada al sistema sanitario sigue siendo el primer nivel de atención.



Figura 20. Accesibilidad
Programa: Word Salad
Elaborado por: Las autoras
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

En la figura 20. Destacamos los puntos principales brindados por nuestros entrevistados con referencia a la accesibilidad donde destaca la salud, centro de atención, los turnos y las atenciones; sin ser menos importante la medicación; siendo durante la pandemia necesario asegurar un acceso y limitar las interrupciones servicios que son fundamentales, manteniendo las medidas necesarias para evitar el contagio.

Muchos nos refirieron:

> *En admisión hay mucho personal pero no hay una atención de calidad y no estoy comparando Esmeraldas con el sistema de salud de Alemania, pero si en otras ciudades*

de otras provincias QUITO, GUAYAQUIL, ETC. Donde por experiencias personales uno conoce. No quiero pensar que es propio de la provincia porque estamos ante profesionales, pero no funciona (…), carece de organización y la seriedad de la casa de salud. **(Testimonio hombre 56 blanco, extranjero)**

Había demasiadas personas haciendo colas para poder ser atendidos, personas que madrugaban para ello. En vista de esto me toco hacerme atender por un particular. **(Testimonio hombre 41 años, mestizo, tecnólogo)**

Woww eso fue duro y ver cómo la gente moría y lo que decían en las noticias como todo estaba lleno y seguían aumentando los casos pero por ejemplo unos que eran diabéticos o hipertensos no podía ir a centro de salud y conseguir la medicina era difícil (…), por eso he optado por no ir. **(Testimonio femenino 54 años, indígena, ama de casa)**

Ahora con esto del COVID pues hemos ido, pero ha sido terrible, cuando ha estado demasiado lleno, mejor nos vamos a buscar en otro lado…" …fui a emergencia, pero terminé huyendo, porque como 2h para que lo atiendan a uno, entonces no, me fui con mi esposo a medico particular. **(Testimonio femenino 35 años indígena, ama de casa)**

Pocos de ellos refirieron haberse adaptado a las normas para acceder a las atenciones que brinda la unidad operativa, nos indicaron:

Siempre que vamos si nos han atendido bien, como todo hay que esperar para que lo atiendan a uno, pero si nos han atendido. **(Testimonio hombre 45 años, blanco, extranjero)**

No he encontrado dificultades, solamente hay que tener paciencia porque los turnos no siempre hay disponibles para cuando uno los necesita. **(Testimonio hombre 29 años, afrodescendiente, ingeniero)**

Notamos que en ocasiones no quisieron acceder al sistema de salud por miedo al contagio, a pesar de entender la necesidad de ser revisado por un médico no asistieron, prefirieron los cuidados en domicilio, indicaron:

No lo llevamos al centro de salud, por miedo a contagiarnos y por miedo a que no regrese a acaso entonces le atendí con "agüitas de abuela" y antes, se mejoró. **(Testimonio femenino 57 años, mestiza, ama de casa)**

Yo me enfermé, de hecho yo no me hice atender ni me hice exámenes, solo pasé en casa, me dio al inicio de la pandemia. **(Testimonio femenino, 25 años, blanco extranjero)**

Estaba encerrada hasta para ir al centro de salud daba miedo y solo se iba sin en realidad era grave, fue duro y ver cómo la gente moría, por eso he optado por no ir y comprar mi medicina en las farmacias y ya! Sin que me revise ningún médico! **(Testimonio femenino, 54 años, indígena, ama de casa)**

La OMS/OPS nos indica en sus publicaciones que los servicios de salud han interrumpido sus atenciones planificadas ya sea de forma completa, como parcialmente, lo cual ha tenido un impacto importante en todo tipo de atención, sobre todo en el seguimiento a personas que padecen de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, hipertensión, insuficiencia renal, entre otras nos plantea que las razones implicadas serían la cancelación electiva de los servicios, la movilidad y reasignación de los profesionales y el ausentismo de los pacientes a sus citas asignadas.

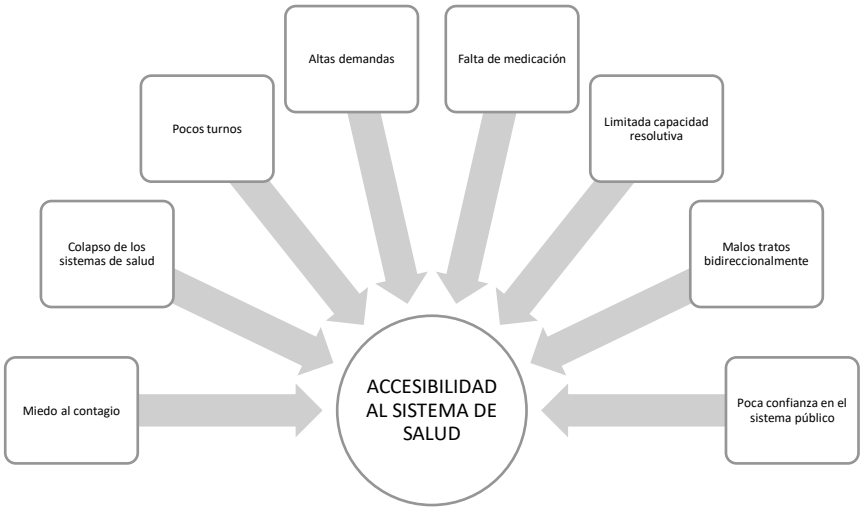


Figura 20.1. Accesibilidad
Modelo: Giddens 2004
Elaborado por: Las autoras
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

En esta figura 20.1 podemos evidenciar los distintos factores que intervinieron para que nuestros participantes tengan o no accesibilidad al sistema de salud, evidenciamos que a pesar de que en Ecuador la prestación de los servicios se orientó al uso de la telemedicina para le contacto y seguimiento d ellos pacientes con COVID-19, no nos quedamos fuera del común mundial, con lo anterior tenemos una vista general de que por la pandemia se trastocó los servicios de salud, la reorganización en respuesta a la misma y el temor de los pacientes al contagio hace que la accesibilidad a nuestra unidad operativa se viera afectada en mayor medida.

4.4.2. BARRERAS/VENTAJAS



Figura 21. Barreras/Ventajas
Programa: Word Salad
Elaborado por: Las autoras
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

Es difícil, predecir cuándo estará disponible los turnos en cualquier unidad de salud, o como serán las atenciones en salud en cualquier contexto, nuestros participantes refieren que existen muchas barreras para que exista una adecuada atención en salud durante la pandemia de la COVID-19 y como pueden observar en la figura de Word Salad N° 21, nos indican que

dependen en orden de importancia de los pacientes, el personal médico, la infraestructura y la falta de medicación constituyeron uno de los principales problemas donde se les brindará el servicio, nos comentaron:

> *Estrés laboral y las exigencias de los superiores, esto en referencia al médico, pero de parte del paciente pues, hacemos pacientes poco tolerantes, que no escuchan, no dicen lo que en realidad quieren decir*. **(Testimonio hombre 29 años, afrodescendiente, ingeniero)**
>
> *Hay una logística básica y el equipamiento estándar incompleto, hay mucho personal pero no hay una atención de calidad.* **(Testimonio hombre, 56 años, blanco, extranjero)**
>
> *Se debe hacer funcional todo con los pocos recursos que se tienen (…), las actitudes del paciente y del médico, la falta de conocimiento a nivel mundial, no solo es Esmeraldas y el ecuador, la falencia es que es nuevo y nadie sabe realmente ni cómo empezó ni cómo actuar.* **(Testimonio hombre 40 años, indígena, médico)**

En realidad son distintos los factores que han 106influido para que la atención en salud se dificulte durante esta pandemia, en la actualidad aún existen grupos de población que tienen poco o ningún acceso a las intervenciones en salud integrales, lo cual deriva en la aparición de enfermedades prevenibles, la progresión de las prexistentes y desenlaces mortales prematuros, resquebrajando así la economía social con la consiguiente carga gubernamental y disminución de los recursos lo cual es fatal en un país como el nuestro que está en vías de desarrollo.

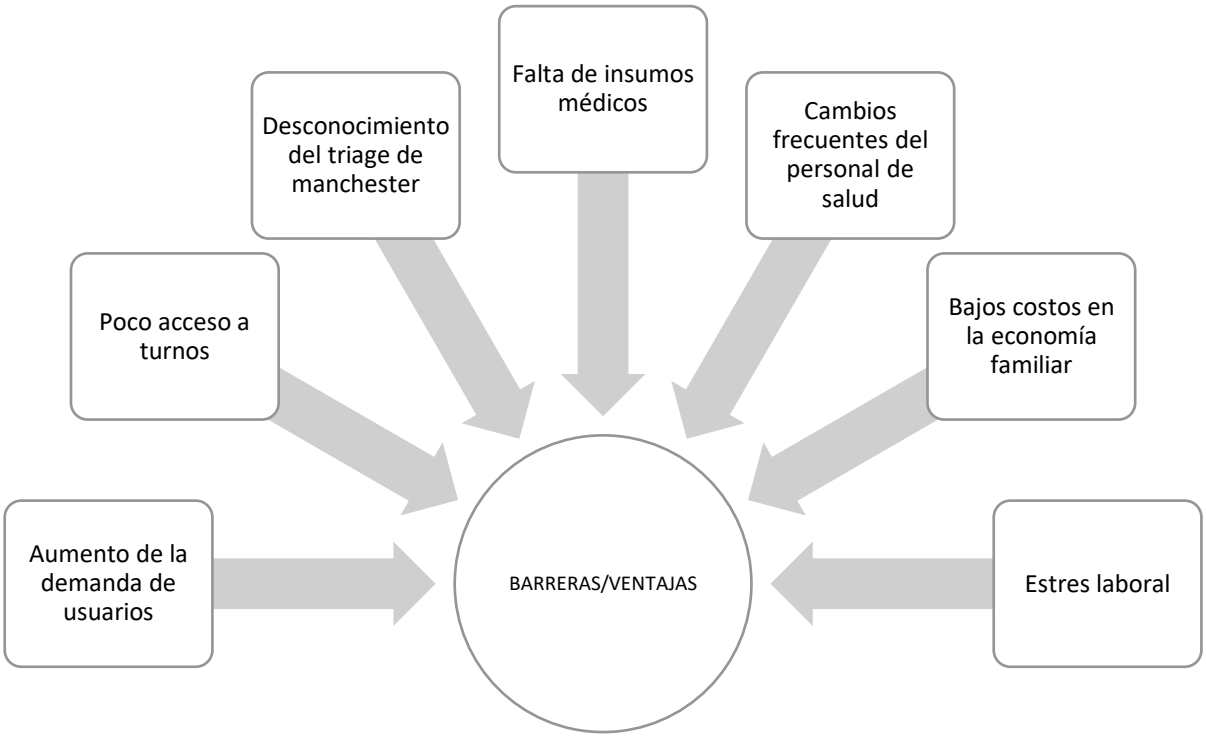


Figura 21.1. Barreras/Ventajas
Modelo: Giddens
Elaborado por: Las autoras
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida

En la figura 21.1. tenemos algunos de estos factores evidenciados en el desarrollo de nuestra investigación, siguiendo el modelo Giddens, notamos que la influencia negativa o positiva de estos factores trajo consigo las decisiones de nuestros participantes en si diario vivir.

4.4.3. NIVELES DE ATENCIÓN

En ecuador, de acuerdo al MAIS-FCI, contamos con distintos niveles de atención para de esta forma garantizar el acceso de los individuos a un sistema de salud integral, en este contexto nuestros participantes nos indicaron que durante la pandemia asistieron a los distintos niveles de atención para garantizar su salud y cuando no hubo acceso oportuno se vieron en la necesidad de acudir a médicos particulares.



Figura 22. Niveles de atención
Programa: Word Salad
Elaborado por: Las autoras
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

En la figura N° 22 los participantes nombraron dos niveles sumamente importantes en cuanto a las atenciones de salud se refiere: Centros de Salud y hospital, notamos que en su mayoría por disímiles circunstancias acudieron al centro de salud como primera puerta de entrada al sistema de atenciones.

La puerta de entrada al sistema sanitario público es el primer nivel, donde se resuelven el 80% de las necesidades de la población, de acuerdo al Acuerdo Ministerial No 0.01203 establece que en todos los establecimientos de salud se aplicará la Estrategia de Atención Primaria de Salud acorde a las necesidades de la población. (MAIS-FCI, 2013)

Nos indicaron:

> *Acudimos aquí al tipo C aquí en las palmas estamos cerca siempre bueno casi siempre a eso, cuando son así cosas que son mayores, nos mandan a uno ellos mismo lo que es del sur.* **(Testimonio hombre 45 años, blanco, extranjero)**
>
> *Me atendieron por emergencia y me mandaron al hospital, por lo general más acudimos por emergencia cuando cualquier cosa.* **(Testimonio hombre 41 años, mestizo, tecnólogo)**

En el hospital, créalo que fue algo duro, estar gastando dinero, gastamos casi 7mil dólares en la enfermedad de mi hermano Carlos que falleció con Covid. Los del centro de salud no. **(Testimonio hombre 61 años, afrodescendiente supervisor)**

Al centro de salud por realmente no tenemos dinero para hacer atendernos por fuera. **(Testimonio femenina 35 años, afrodescendiente, comerciante)**

La mayoría por el colapso del sistema de salud durante la pandemia, se vio en la necesidad de buscar otras formas de atención, como las farmacéuticas, los médicos particulares y otras formas de atención mencionadas anteriormente, comentaron:

Nosotros vamos al subcentro de salud, por eso le digo, cuando no había COVID iba y ahora con esto del COVID pues hemos ido, pero ha sido terrible, cuando ha estado demasiado lleno, mejor nos vamos a buscar en otro lado porque no vamos a esperar a que nos empeoremos. **(Testimonio femenino, 35 años, indígena, ama de casa)**

Sí acudimos al centro de salud, inicialmente buscamos curanderos y bueno compramos en las farmacias medicinas y vamos a los médicos. **(Testimonio hombre 75 años, indígena, profesor jubilado)**

Generalmente vamos a médicos particulares, por el tema de la rapidez y también para poder tratar con un doctor que uno tiene una confianza, porque si bien es cierto en el MSP es el equipo que trabaja, hay constantes cambios. **(Testimonio hombre 56 años, blanco, extranjero)**

En ecuador la organización de servicios en escalones o niveles de atención según complejidad ha permitido mantener de cierto modo la organización en el sistema sanitario, mejorando la capacidad resolutiva y garantizando la continuidad y el acceso escalonado a las atenciones, es así que bajo el marco normativo nacional contamos con establecimientos destinados a ello que cumplen con los estándares de calidad establecidos, tanto en infraestructura, equipamiento, talento humano, nivel tecnológico.

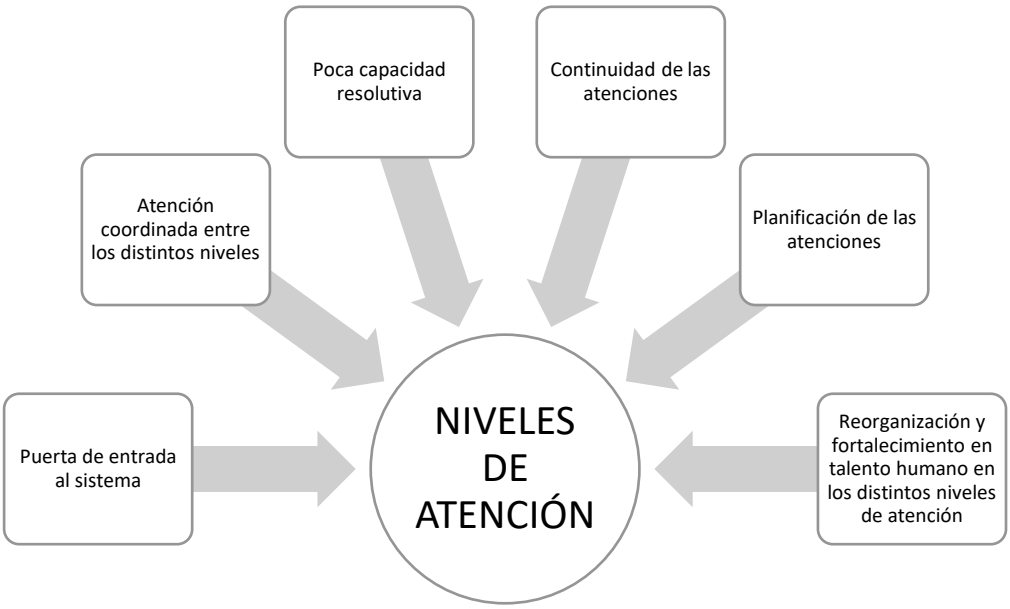


Figura 22.1. Niveles de atención
Modelo: Giddens
Elaborado por: Las autoras
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida

En la figura 22.1, haciendo referencia al modelo estructural de Giddens luego de analizar las respuestas de nuestros participantes nos muestra que durante la pandemia por COVID-19, esta organización prestablecida tuvo una alta tendencia a la entropía a nivel nacional, nadie estaba preparado para tan fatídico padecimiento, siendo así que el colapso de los distintos niveles de atención fue inevitable. Les traemos algunos de los factores que influyeron.

La puerta de entrada al sistema sanitario público es el primer nivel, donde se resuelven el 80% de las necesidades de la población, de acuerdo al Acuerdo Ministerial No 0.01203 establece que en todos los establecimientos de salud se aplicará la Estrategia de Atención Primaria de Salud acorde a las necesidades de la población. (MAIS-FCI, 2012).

4.5. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

4.5.1. INTERPRETACIÓN



Figura 23. Relación médico paciente: Interpretación
Programa: Word Salad
Elaborado por: Las autoras
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

La relación médico paciente es un térmico poco conocido por los pacientes, en nuestra investigación evidenciamos que la mayoría de los participantes interpretan de diversas formas el concepto de esta relación, manteniendo firmemente que siempre debe ser **buena.** En la figura N° 23 evidenciamos que en torno a nuestro estudio, la relación entre el médico y el paciente debe estar además llena de respeto, paciencia y ser generadora de confianza.

Nos indicaron:

> *Será cuando un médico sabe explicarle a uno lo que tiene y lo revisa bien.* **(Testimonio femenina, 25 años, blanca, estudiante)**
>
> *Hay que tener una buena relación con el paciente y así ganarse la confianza y que el paciente no se siente incómodo, porque hay veces cuando el medico es "medio soberbio" los pacientes se sienten incomodos y tienden a no cumplir con los tratamientos, ven que el médico no da la importancia del caso a su dolor y bueno, se*

decepciona. **(Testimonio femenina 18 años afrodescendiente, estudiante universitaria)**

Médico debe tener un mejor modo de tratar al paciente, para de esta manera crezcan las conexiones entre ambos. **(Testimonio femenina 34 años, mestiza, ama de casa)**

Respeto mutuamente los dos, conversar con el paciente como si fuera un amigo prácticamente de uno. **(Testimonio hombre 45 años, blanco, extranjero)**

Hay una armonía, hay un entendimiento tanto el medico con el paciente y el paciente con el médico, que haya buena relación, buena comunicación, buen trato. **(Testimonio hombre 50 años, indígena-chachi, médico)**

Son aquellos lazos que se forman entre el médico y su paciente, esa conexión de respeto y amor, de cuidado y entrega, buen trato. **(Testimonio hombre 68 años, blanco, jubilado)**

En Ecuador luego de las medidas utilizadas en respuesta a la pandemia del COVID-19, la relación existente entre los médicos y pacientes, siendo un modelo relacional se vio ampliamente afectada, el distanciamiento social, que en muchas ocasiones se convirtió en aislamiento social ha mermado de una u otra forma la posibilidad de fortalecer estos lazos, siendo así, consideramos que sumamente importante mantener una buena relación entre ambos ya que favorecerá el mejoramiento de los padecimientos de los individuos y permitirá que se lleve a cabo de forma coordinada una mejor promoción y prevención de salud.

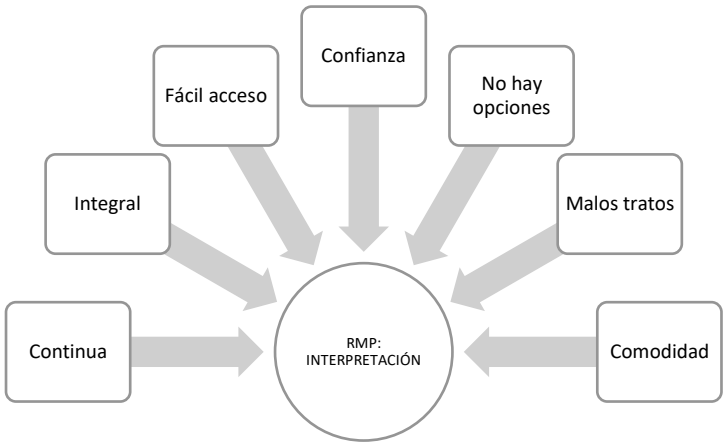


Figura 23.1 Relación médico paciente: Interpretación
Modelo: Giddens 2004
Elaborado por: Las autoras
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida

En la figura 23.1, podemos apreciar, la diversidad de factores que intervienen de distintas formas en que los participantes interpretan una buena relación médico paciente. Teniendo en cuenta que la relación médico paciente se la interpreta, como la necesidad de una persona en busca de curar sus dolencias y un profesional con la capacidad de curar o mejorar esas dolencias. Que se ve afectada tanto por factores positivos y negativos, que se pueden dar por el entorno y sus participantes.

4.5.2. FACTORES INFLUYENTES



Figura 24. Factores Influyentes
Programa: Word Salad
Elaborado por: Las autoras
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

En la figura N° 24, nuestros entrevistados destacan con factores influyente prioritariamente al médico y el paciente como entes centrales, las cual engloba una relación humana que viene desde los orígenes de la medicina, con evolución integral en el que hay un intercambio de información, sentimientos, ayuda y apoyo al paciente con bases del conocimiento.

“Una crisis sanitaria trae consigo el desbalance de las posibilidades de brindar la atención médica y la atención clínica por la demanda de la población. La profesión médica es humanista por naturaleza y, en ese contexto, quien recibe el llamado de la vocación médica está en la obligación de prestar sus servicios aun cuando la salud propia esté comprometida.” (Hincapié, 2020)

En contexto de la comunicación y la relación interpersonales existen muchos factores influyentes, tantos positivos como negativos que deben ser bien manejados por ambos participantes en este caso nos enfocaremos en percepción de nuestros entrevistados, prioritariamente durante sus atenciones en esta pandemia, en el que resalta como el médico brinda la atención a sus pacientes la cual tiene que ser buena, comunicativa, con paciencia y confianza.

Es así que nos indicaron:

> *Buen trato, profesionalidad, me parece que es importantísimo, una buena forma de explicar lo que tengo (dar buena información), en cuanto a la atención directa del médico.* **(Testimonio hombre, 30 años, blanco, cura, extranjero)**
>
> *La falta de comunicación, la manera como se tratan, evitar a los pacientes groseros, que no tratan bien a los doctores, pero el doctor debe saber llevar la situación.*
> **(Testimonio hombre 17 años, mestizo, estudiante)**
>
> *La falta de tiempo del médico, la poca paciencia y el hecho de que a veces no te examinan.* **(Testimonio hombre 16 años, mestizo, estudiante)**
>
> *No existe una buena comunicación, además a veces existe la desigualdad de los médicos y atienden de preferencia por ser “primos de los no sé qué”, y no a quien le*

corresponde, entonces ahí comienza la mala acción de ellos. **(Testimonio femenino 18 años, estudiante universitaria)**

Yo creo q muchas veces los problemas personales si influyen en eso, por ejemplo se puede dar, que el médico y el paciente no tengan un buen día, puede influir. **(Testimonio hombre 30 años, blanco, cura, extranjero)**

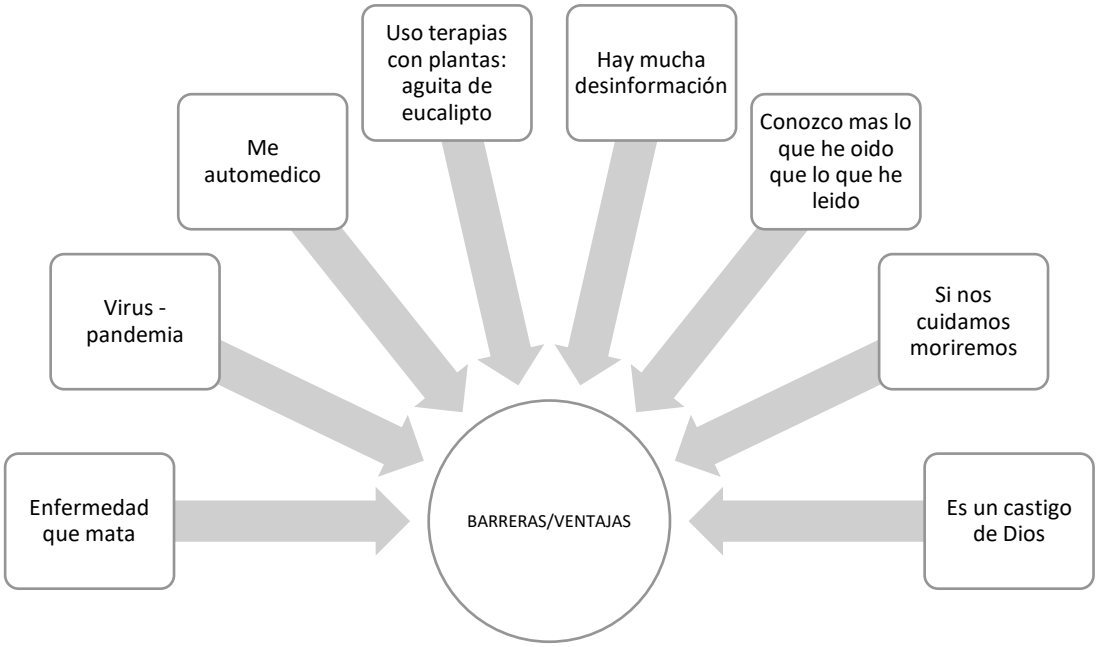


Figura 24.1 Relación médico paciente: Factores influyentes
Modelo: Giddens 2004
Elaborado por: Las autoras
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida

En la figura 24.1, plasmamos los factores más representativos para nuestros participantes que han influido de forma positiva y negativa en el desarrollo de una buena relación médico paciente. Esto se demuestra que la falta de información adecuada de fuentes y creencias puede ser contraproducentes en los pacientes que lleva tomar decisiones como la automedicación

4.5.3. EXPECTATIVAS

En el proceso de una relación médico paciente hay un sinfín de intercambios materiales y circunstancias inmateriales como los sentimientos, expectativas y emociones de los individuos, cada vez que va a existir una comunicación, hay expectativas que nos creamos previamente, es así que nuestros participantes coinciden en que lo primordial es la empatía, poniéndola en un lugar central para que exista una buena relación médico paciente.



Figura 25. Relación médico paciente: Expectativas
Programa: Word Salad
Elaborado por: Las autoras
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida.

En la figura 25, la palabra destacada es empatía, y no muy alejado el confiar, mejorar, atención, prioridad como aquellos factores que beneficiar o perjudicar la relación médico paciente. Tendríamos que conocer que la empatía se la define como la capacidad de las personas para comprender las emociones de los demás, si la establecemos en la atención brindada al paciente seria la base de una buena relación médico paciente y de tal modo una atención de calidad. (Esquerda M., 2016).

Al respecto de esta concordancia, nos indicador:

> *Sería bueno, que capaciten a los médicos en el mejor trato a los pacientes, ser empáticos.* **(Testimonio hombre 29 años, afrodescendiente, ingeniero)**
>
> *Buen trato, profesionalidad, me parece que es importantísimo, una buena forma de explicar lo que tengo (dar buena información), en cuanto a la atención directa del médico*. **(Testimonio hombre 30 años, blanco, cura, extranjero)**
>
> *Como médico podría decirles que logren ser empáticos con los pacientes y más que eso empaparse del conocimiento para que puedas sustentar las dudas del paciente.* **(Testimonio hombre 40 años, indígena, médico)**
>
> *Quisiera que les capaciten con más relaciones humanas, ya que tratan a uno como a la patada, no es justo, que mejoren la empatía, las relaciones. Quisiera que la gente aprenda a saludar, porque cuando yo llego, saludo, entonces es bueno que seamos educados y respondamos bien, que nos revisen y nos digan la verdad de lo que tenemos, no me gusta eso que a veces se guardan la verdad de lo que tenemos, no hay que decirles a los familiares, sino al paciente, al dueño de su enfermedad, si me voy a morir pues quisiera saberlo*. **(Testimonio femenina, 45 años, afrodescendiente, comerciante)**

En este contexto, nuestros participantes concuerdan que los malos tratos de forma bidireccional son una de los principales factores que hacen que esta relación sea poco favorable y que de esta forma se termine la continuidad de las atenciones, aparte que ahora con los nuevos sistemas informáticos se vuelve tedioso ver que el medico depende de una computadora para la realización de las valoraciones.

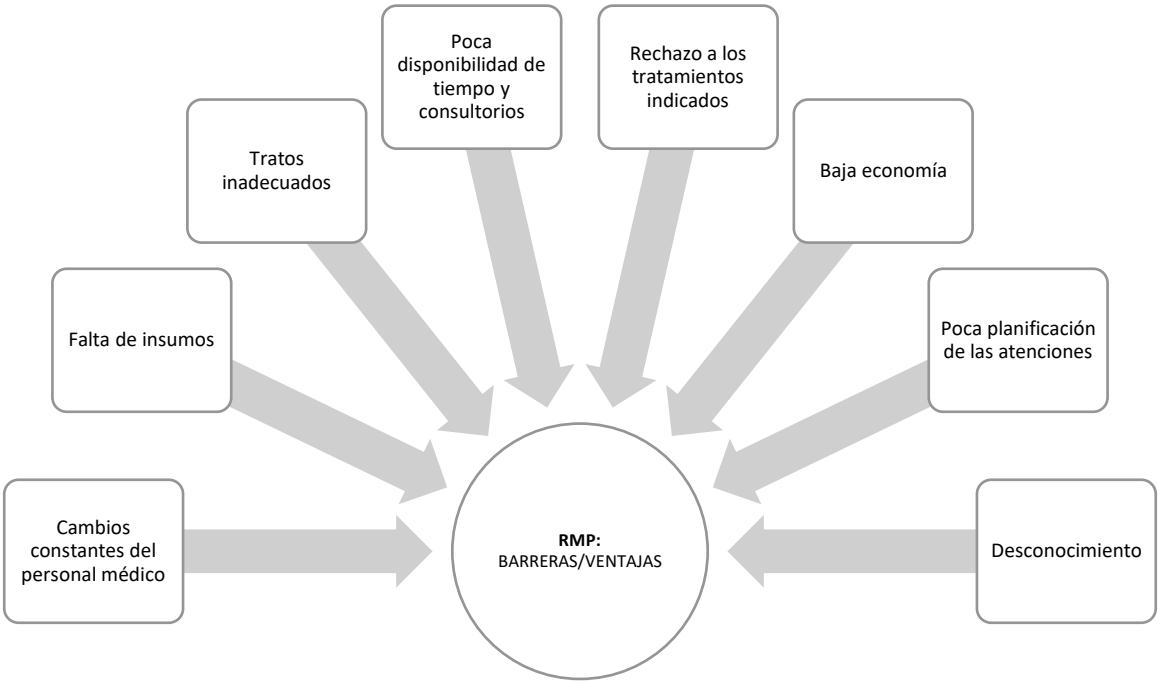


Figura 25.1. Relación médico paciente: Expectativas
Modelo: Giddens 2004
Elaborado por: Las autoras
Fuente: Testimonios de entrevistas e historias de vida

Figura 25.1. Se destacan las situaciones más relevantes en torno al tema de la relación médico paciente en todos los aspectos, que de acuerdo al modelo Giddens influyen, entre las que tenemos las estructuras inadecuadas, la falta de insumos o materiales, la pérdida o el corto período de tiempo y sobre todo las situaciones abstractas y emocionalidades que han tomado gran importancia como la empatía, la calidad de atenciones, los buenos tratos bidireccionales y la confianza que se genera que acorde a los testimonios de nuestros informantes permitiría que dicha relación sea más placentera.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES

Al realizar este trabajo de investigación entendimos la percepción de nuestros participantes en torno a esta nueva enfermedad, llamada COVID-19, en la población que acude al Centro de Salud Las Palmas; mediante el análisis de las diversas variables dentro de las que figuran la interculturalidad y diversidad cultural, la misma COVID-19, la relación que se establece entre el médico y el paciente y además la accesibilidad a los servicios de salud que influyeron de forma positiva y negativa en el proceso salud – enfermedad durante esta fatídica pandemia. Siendo así, concluimos acordes a nuestros objetivos:

- *Describir y analizar Interculturalidad, atención sanitaria y relación médico-paciente (RMP) en el contexto de la pandemia de COVID-19 en centro de salud las palmas, cantón Esmeraldas, provincia de Esmeraldas, 2021.*

En nuestra provincia verde Esmeraldas, sobre todo en el centro de salud que fue unidad de estudio de esta investigación Las Palmas, notamos que a pesar del auge de las nuevas tecnologías y formas de atención médica, se conserva muy arraigado los conocimientos ancestrales, creencias y prácticas que se transmiten de generación en generación.

En este centro de salud, se resuelve las necesidades en salud de una gran parte de la población esmeraldeña, con diversa etnia, nacionalidad, género e ideología que comentaron la gran satisfacción que sienten al contar con dicha unidad cercana a su domicilio, ya que ha disminuido los gastos económicos y demás logista familiar que se activa ante un padecimiento, además de que se garantiza la continuidad de las atenciones en los distintos tipos de prevención.

Durante la pandemia, el sistema de salud, se vio colapsado lo cual trae consigo los malestares en los usuarios y servidores, desde la falta de insumos e instrumentales hasta la poca existencia de turnos ante el aumento de la demanda, incluyendo en estas quejas la falta de empatía para lograr una relación médico paciente oportuna.

- *Describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes al respecto de la pandemia de COVID-19 por SARS Cov-2.*

La mayoría de los participantes tienen una diversidad amplia de conceptos de las palabras salud y enfermedad, siendo así que la manera en que cada uno afronta ese proceso es acorde a sus creencias y tradiciones que acompañan al crecimiento de cada generación.

Estas prácticas son inherentes a los humanos y no se modifican por la migración ya sea interna o externa, representando la primera forma de autoatención en salud ya que según comentan en sus experiencias han comprobado su efectividad.

Es entonces que en la actualidad no se desconoce de su existencia y tampoco se ve como algo extraño, somos un país pluricultural y multiétnico amantes de lo tradicional y con raíces ancestrales bien intrincadas lo cual se ha evidenciado en esta investigación.

- *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.*

En este estudio cualitativo logramos recabar las experiencias de los participantes respecto a los servicios de salud, y en su mayoría refieren que el centro de salud es la primera puerta de entrada al sistema; sin embargo un gran numero nos refieren su inconformidad por la falta de turnos, de medicamentos y en ocasiones hasta del personal médico insuficiente para solventar sus necesidades. A esto se suma la poca predisposición durante las atenciones tanto del personal médico como de los mismos pacientes, lo cual conlleva a que crezca la insatisfacción de los usuarios.

- *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.*

La concordancia de pensamiento entre los pacientes y trabajadores de salud en que tiempo es un gran limitante secundario a la magnitud de papeleo ,para establecer

una relación médico paciente que permita una atención integral donde se establezca una comunicación asertiva con evaluación e indicaciones claras pueda ser dadas de forma adecuada fortaleciendo la relación interpersonal y de confianza , todo esto se ve alterado por la barreras antes descrita impidiendo un seguimiento adherencia adecuada a los tratamientos. Por lo anterior luego del análisis de los diferentes aspectos que abarca nuestra investigación, podemos concluir respecto a cada variable:

- COVID-19: El conocimiento de esta noxa en nuestros participantes se centra en que es una enfermedad mortal, la gran mayoría se informó del tema en algún momento por los distintos canales de comunicación, pero se notó un creciente desinterés por conocer acerca del tema y mucha desinformación; simplemente se rigen a los comentarios de pasillos o aquellos brindados al inicio de la pandemia, por lo que aún existen muchos tabúes al respecto.
- Interculturalidad y diversidad cultural: Nuestros entrevistados dieron a notar la gran predilección por la medina tradicional e incluso indicaron sentir mejoría de sus síntomas con el uso de estas , pero no se logró recabar evidencia de su eficacia; dando a notar que en su ciclo de vida el llevar un vida sin prevención en salud propia , de familiares y conocidos llevar a pérdidas irreparables que no discrimino etnia , sexo o status social, siendo incapaz de negar la gran necesitada de contar con familia y la falta real que hacen , ya que secundario a esta enfermedad, pandemia , aislamientos y cuarentenas se hicieron evidentes lo valioso que es la familia y la necesidad las relaciones interpersonales.
- *Atenciones en Salud:* Existen diversas maneras de brindar optimas atenciones en salud, para nuestros participantes a pesar de contar con un servicio sanitario de 24h con personal calificado prefieren dejarla en segundo plano y continuar con el uso de medicina ancestral, uso de plantas y autoatenciones como medida preventiva y de curación en los padecimientos por la COVID-19, tanto así que incluso repiten

conductas previamente aprendidas en otras enfermedades y hasta se automedican acudiendo a las farmacias y consiguen fármacos sin receta o prescripción médica.

- Relación médico paciente: los informantes nos dieron a conocer que su más grande expectativa al llegar a un servicio de salud es la empatía, siendo así que la consideran el pilar fundamental para establecer una buena relación médico paciente. Una de las principales barreras para que se pueda establecer es confianza.

6. RECOMENDACIONES

A los gobiernos centrales y sectoriales:

- Valorar el primer nivel de atención, adecuar ambientes, intervenir en los procesos, asegurar insumos en pro del buen funcionamiento de éste, que es al final la carta de presentación de nuestro sistema de salud, con lo que disminuiría la demanda y riesgo de colapso a las unidades de mayor complejidad, asegurando el repunte de la economía nacional ya que así disminuiría la incidencia de morbilidades prevenibles.

Al personal que labora en el sector salud:

- Programar reuniones mensuales donde sea posible la capacitación de los profesionales en temas de atención al usuario y relaciones humanas, con la finalidad de mejorar las relaciones interpersonales y brindar atenciones de calidad con calidez.
- Gestionar capacitaciones en temas de orden clínico, fortaleciendo los conocimientos individuales al respecto de esta pandemia y demás temas de interés.
- Realizar reuniones de autoanálisis y autocrítica, evaluando los procesos llevados a cabo de transcendencia, donde las sugerencias de los usuarios sean tomadas en cuenta para mejorar la calidad de atención.
- Fortalecer las atenciones con el equipo multidisciplinario englobando todas las esferas de desarrollo humano: biopsicosocial, fomentando así la confianza y colaboración de los usuarios para garantizar la continuidad de atenciones.

A las universidades y docentes:

- Reflexionar sobre la importancia de incluir la antropología medica como materia en la malla curricular lo cual favorecería el entendimiento de los individuos en cuanto al proceso salud-enfermedad se refiere, ya que es un aspecto determinante para las aptitudes de los pacientes y el personal de salud en la toma de decisiones oportunas ante sus necesidades en salud.

A los estudiantes:

- Considerar que al estudiar medicina, no solo estudiamos cuerpos, estudiamos mentes, emociones, tradiciones y creencias, relaciones intrincadas de cada individuo con su medio que lo rodea y donde se desenvuelve, por tanto no es de pensar que nuestro estudio termina en un aula y menos con un título, debemos reconocer que cada paciente es un mundo y nosotros somos su pilar de ayuda por tanto debemos tratar de entenderlo en todas las esferas de la vida, de forma integral.

A los familiares y pacientes:

- La familia como primer eslabón de una sociedad cuenta siempre con creencias y tradiciones que se transmiten entre generaciones y debemos respetar cada una de ellas; sin embargo, es de recalcar que en la actualidad con el avance científico y tecnológico muchas de estas prácticas no ha logrado ser comprobadas y algunas ni siquiera estudiadas, es por ello que recomendaremos siempre el acudir a los centros de salud para vincular al grupo familiar a las atenciones en el contexto de promoción y prevención en salud.

BIBLIOGRAFÍA

Alvarado, X. B. (2017). Antropología y salud. Diálogos epistemológicos. *Universidad del Zulia.Revista Arbitrada Multidisciplinaria*.

Antropología, S. O. (2020). Horizontes Antropológicos desafíos globales. Cap. 4–7.

BarraquerB. (2004). La relación médico-paciente. *Psicopatol. salud ment. 2004, 3, 39-51*, 39-51.

China, N. H. (2020). Protocolo de diagnóstico y tratamiento para COVID-19 mediante medicina tradicional china. *Revista Internacional de Acupuntura*, 7-12.

Esquerda M, Yuguero O, Viñas J, Pifarré J. 2014. La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. Aten Primaria [Internet]. 2016 [Citado 10/01/2019];48(1):8-14. Disponible en: Disponible en **https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.12.012)**

F, M. (30 de 03 de 2020). *La Vanguardia*. Obtenido de Historia y Vida: https://www.lavanguardia.com/historiayvida/edad-media/20200326/48101133788/cuarentena-coronavirus-confinamiento-peste-negra-colera.html

Francisco Javier Díaz-Castrillón1, A. I.-M. (2020). SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *Medicina & Laboratorio*, 183-205.

G., D. N. (2017). *ENTRE VOCES Y SILENCIOS,.* Quito.

Hincapié SJ., 2020. COVID-19 y la relación médico-paciente. Rev CONAMED. 25 (supl. 1): s55-s60. Recuperado de: https://dx.doi. org/10.35366/97349

López, L. M. (2020). *El coronavirus COVID-19.* China: Mandala.

M.et, V. (2020). *Tratamiento farmacológico de la infección por COVID-19.* Antioquia: Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de Decisiones-UNED.

Maldonado Carla, e. a. (2020). La importancia de las plantas medicinales, su taxonomía y la búsqueda de la cura a la enfermedad que causa el coronavirus (COVID-19). *Ecología en Bolivia vol.55*.

MSP. (2020). *CONSENSO MULTIDISCIPLINARIO INFORMADO EN LA EVIDENCIA COVID-19.* QUITO: MTT2-NACIONAL.

OMS. (27 de Febrero de 2019). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care

OMS. (1 de 6 de 2020). *Organizacion Mundial de la Salud.* Obtenido de La COVID-19 afecta significativamente a los servicios de salud relacionados con las enfermedades no transmisibles: https://www.who.int/es/news-room/detail/01-06-2020-COVID-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases

OMS, O. (2014). *Indicadores de Salud.* Washington, D.C: Pan American Health Organization. All rights reserved. Obtenido de Organizacion Panamericana de la Salud: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&lang=es

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. Recuperado de: file://localhost/Users/rivastoledoalexis/Documents/A_APUCE_FEB_JUN_2020/GRUPO 12 NUEVO/CLASE 29JUN 2020/PROPUESTA AT MEDICA ARIVAS 9ENE 2020.docx.

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.

Tang B, Xia F, Tang S, Bragazzi NL, Li Q, Sun X, et al. (2020). The effectiveness of quarantine and isolation determine the trend of the COVID-19 epidemics in the final phase of the current outbreak in China. International Journal of Infectious Diseases. 2020;95:288-93 DOI: 10.1016/j.ijid.2020.03.018)

Torres.C, B. (2019). Evolución del concepto etnia/raza y su impacto en la formulación de políticas para la equidad. *OPS/OMS*.

UNESCO, A. 4. (s.f.). *WWW.UNESCO.ORG*. Obtenido de WWW.UNESCO.ORG: https://es.unesco.org/creativity/interculturalidad

OTROS:

- MSP – VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA. LINEAMIENTOS OPERATIVOS COVID 19, MAYO 2020

- Infografía MSP 2020.

- Fuentes de glosario: RAE, 2020.

ANEXOS

Anexo 1.

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

CONSENTIMIENTO INFORMADO INFORMANTES ADULTOS

Este documento tiene como finalidad proveer a los participantes información clara del propósito y naturaleza de la investigación a realizarse, con el tema: “Interculturalidad, Atención Sanitaria y Relación Médico-Paciente (RMP) en el contexto de la Pandemia de COVID-19 por SARS-CoV-2 en Centro de Salud Las Palmas, Cantón Esmeraldas, Provincia de Esmeraldas, 2021”. A cargo de las Doctoras:

Investigadores:

Mirian Aura Reasco Vera

Teléfono: 0991869568

Dirección: Ciudadela Costa Verde Ms. 19 villa 23

Correo: mareasco@puce.edu.ec

Rosa Imelda Francis Quinde

Teléfono: 0993606121

Dirección: Calle Modelo y Guayaquil

Correo: roxy00_00@hotmail.com

Institución:

Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, Sede Esmeraldas.

Lugar de Estudio:

Centro de Salud Las Palmas, Cantón Esmeraldas, Provincia de Esmeraldas.

Introducción

Nosotras Rosa Imelda Francis Quinde y Mirian Aura Reasco Vera, médicos posgraditos de Medicina Familiar y Comunitaria sede Esmeraldas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, estamos investigando como la pandemia del COVID-19incide en diversidad cultural en referencia a actitudes, practicas, atención sanitaria, relación médico paciente. Por tal motivo le realizamos la cordial invitación a participar de este estudio, para lo cual puede tomar su tiempo prudente y realizar cualquier pregunta ante alguna duda de interpretación del documento antes de decidir aceptar su participación.

Propósito

Dado que el COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por un virus que se ha descubierto recientemente. Tanto el nuevo virus como la enfermedad eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019.

Al convertirse en una pandemia que corresponde a ser encontrado en todos los continentes y pone en riesgo la vida, es importante conocer como fue manejado por la diversidad cultural con la que contamos, conociendo sus actitudes y prácticas, como esta modificación de estilo de vida afecto su atención médica y la relación con su medico

Tipo de Intervención de Investigación

Si usted accede a otorgar la autorización para participar en este estudio, se le realizará una entrevista individual y familiar en su hogar la cual tendrá una duración de 1 hora aproximadamente.

La participación es voluntaria y la información que sea recolectada será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de lo que está escrito en esta investigación.

Su colaboración no tendrá ningún riesgo ni repercusiones en su salud, ya que obtendremos la información mediante entrevista, la cual será grabada en un archivo de audio.

Esta investigación nos permitirá entender la importancia y el sentido de este tema de estudio.

Agradecemos desde ya su participación.

Selección de participantes

Se realiza la invitación a los usuarios que han sido diagnosticados con COVID-19 o familiares de pacientes con COVID-19, atendidos en Centro de Salud Las Palmas para participar de la investigación de Interculturalidad, Atención Sanitaria y Relación Médico-Paciente (RMP) en el contexto de la Pandemia de COVID-19 por SARS-CoV-2 en Centro de Salud Las Palmas, Cantón Esmeraldas, Provincia de Esmeraldas, 2020-2021.

Participación Voluntaria

Su participación es totalmente voluntaria, usted tiene la capacidad de decidir si participa o no participa, recalcamos cual fuera su decisión su servicio en esta institución no tendrán ningún cambio.

Yo acepto en esta investigación conducida por Rosa Imelda Francis u Mirian Reasco Vera. He sido Informado(a) de la meta de este estudio y se me ha indicado que se me realizará una

entrevista, acerca de mi Familia, mi cultura, Salud/Enfermedad, con una duración de 1 hora aproximadamente. 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.

Conozco que esta investigación es estrictamente confidencial, y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de los de estudio sin mi consentimiento.

Nombre del Participante_____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

Si es analfabeto.

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

Nombre del testigo_____ Y Huella dactilar del participante

Firma del testigo _____

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 del Investigador_____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado _____ (iniciales del investigador/asistente)

De requerir más información comunicarse con:

Rosa Imelda Francis Quinde

Teléfono: 0993606121

Dirección: Calle Modelo y Guayaquil

Correo: roxy00_00@hotmail.com

Mirian Aura Reasco Vera

Teléfono: 0991869568

Dirección: Ciudadela Costa Verde Mz. 19 villa 23

Correo: mareasco@puce.edu.ec

Anexo 2.



CONSENTIMIENTO PARA EL PADRE O TUTOR

ASENTIMIENTO INFORMADO PARA INFORMANTES MENORES DE EDAD

Este asentimiento tiene como finalidad proveer a los padres de familia y/o representantes de pacientes menores de edad información clara del propósito y naturaleza de la investigación a realizarse, con el tema: “Interculturalidad, Atención Sanitaria y Relación Médico-Paciente (RMP) en el contexto de la Pandemia de COVID-19 por SARS-CoV-2 en Centro de Salud Las Palmas, Cantón Esmeraldas, Provincia de Esmeraldas, 2021”. A cargo de las Doctoras:

Investigadores:

Mirian Aura Reasco Vera

Teléfono: 0991869568

Dirección: Ciudadela Costa Verde Mz. 19 villa 23

Correo: mareasco@puce.edu.ec

Rosa Imelda Francis Quinde

Teléfono: 0993606121

Dirección: Calle Modelo y Guayaquil

Correo: roxy00_00@hotmail.com

Institución:

Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, Sede Esmeraldas.

Lugar de Estudio:

Centro de Salud Las Palmas, Cantón Esmeraldas, Provincia de Esmeraldas.

Introducción

Nosotras Rosa Imelda Francis Quinde y Mirian Aura Reasco Vera, médicos posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria sede Esmeraldas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, estamos investigando como la pandemia del COVID-19incide en diversidad cultural en referencia a actitudes, practicas, atención sanitaria, relación médico paciente. Por tal motivo le realizamos la cordial invitación a participar de este estudio, para lo cual puede tomar su tiempo prudente y realizar cualquier pregunta ante alguna duda de interpretación del documento antes de decidir aceptar su participación.

Propósito

Dado que el COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por un virus que se ha descubierto recientemente. Tanto el nuevo virus como la enfermedad eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019.

Al convertirse en una pandemia que corresponde a ser encontrado en todos los continentes y pone en riesgo la vida, es importante conocer como fue manejado por la diversidad cultural con la que contamos, conociendo sus actitudes y prácticas, como esta modificación de estilo de vida afecto su atención médica y la relación con su medico

Tipo de Intervención de Investigación

Si usted accede a otorgar la autorización para participar en este estudio, se le realizará una entrevista individual y familiar en su hogar la cual tendrá una duración de 1 hora aproximadamente.

La participación es voluntaria y la información que sea recolectada será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de lo que está escrito en esta investigación.

Su colaboración no tendrá ningún riesgo ni repercusiones en su salud, ya que obtendremos la información mediante entrevista, la cual será grabada en un archivo de audio.

Esta investigación nos permitirá entender la importancia y el sentido de este tema de estudio.

Agradecemos desde ya su participación.

Selección de participantes

Se realiza la invitación a los usuarios que han sido diagnosticados con COVID-19 o familiares de pacientes con COVID-19, atendidos en Centro de Salud Las Palmas para participar de la investigación de Interculturalidad, Atención Sanitaria y Relación Médico-Paciente (RMP) en el contexto de la Pandemia de COVID-19 por SARS-CoV-2 en Centro de Salud Las Palmas, Cantón Esmeraldas, Provincia de Esmeraldas, 2020-2021.

Participación Voluntaria

Su participación es totalmente voluntaria, usted tiene la capacidad de decidir si participa o no, recalcamos cual fuera su decisión, que la información recolectada será confidencial y no se

utilizará para ningún otro propósito fuera de lo que está escrito en esta investigación; además el servicio que presta la institución no se verá afectada en ningún sentido.

La colaboración de su representado no tendrá ningún riesgo ni repercusiones, que obtendremos la información mediante entrevista o historia de vida, la cual será grabada en un archivo de audio.

Yo acepto en esta investigación conducida por Rosa Imelda Francis u Mirian Reasco Vera. He sido Informado(a) de la meta de este estudio y se me ha indicado que se me realizará una entrevista, acerca de mi Familia, mi cultura, Salud/Enfermedad, con una duración de 1 hora aproximadamente. 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.

Conozco que esta investigación es estrictamente confidencial, y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de los de estudio sin mi consentimiento.

Nombre del Participante_____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

Yo como representante legal 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.

Nombre del Participante_____

Nombre del Tutor legal _____

Firma del Tutor legal _____

Fecha _____

Día/mes/año

De requerir más información comunicarse con:

Rosa Imelda Francis Quinde

Teléfono: 0993606121

Dirección: Calle Modelo y Guayaquil

Correo: roxy00_00@hotmail.com

Mirian Aura Reasco Vera

Teléfono: 0991869568

Dirección: Ciudadela Costa Verde Mz. 19 villa 23

Correo: mareasco@puce.edu.ec

Anexo 3.



ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.

"Interculturalidad, Atención Sanitaria y Relación Médico - Paciente (RMP) en el contexto de la Pandemia de COVID-19 por SARS-CoV-2 en la unidad operativa Las Palmas, Cantón Esmeraldas, Provincia Esmeraldas, 2021".

Edad: Sexo:

Autoidentificación: Escolaridad:

Religión: Ocupación

COVID-19:

1. ¿Qué conocimiento tiene usted sobre el coronavirus?
2. ¿Qué medidas ha utilizado usted para prevenir el COVID-19?
3. ¿Qué remedios ha utilizado o le han recomendado para el COVID -19?
4. ¿Conoce a alguien que tenga esta enfermedad y síntomas presento o (ta)?

ATENCIÓN PRIMARIA Y COVID-19

5. ¿Qué entiende por estar enfermo?
6. ¿Qué entiende por ser saludable?
7. ¿Qué dificultades a encontrado en su atención en el centro de salud?
8. 11. ¿Utiliza usted la medicación enviada desde la unidad operativa?
9. 12. ¿Su familia a donde acude para la atención medica?

RELACIÓN MEDICO PACIENTE

10. 13 ¿Cómo debería ser una buena relación médico – paciente?
11. ¿Qué cosas pueden impedir una buena relación médico – paciente?
12. ¿Qué cosas positivas ha evidenciado?
13. ¿Confía usted en el personal del centro de salud? Por qué.
14. Proponga estrategias para mejorar el ambiente de la atención médica

Anexo 4.

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

CUESTIONARIO HISTORIA DE VIDA

Edad: Nivel educativo:

Religión: Etnia:

Sexo: Residencia:

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. ¿Falleció algún miembro de su familia? Si es así, ¿cuál fue la causa de su muerte? ¿Qué recuerda de su muerte y cuáles fueron las circunstancias?
8. ¿Qué clase de dificultades o tragedias afrontó su familia durante su infancia?
9. ¿Existen antecedentes de enfermedades en su familia?
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 las 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. ¿Fue la religión una parte importante en la vida de su familia?
24. ¿Qué religión practicaba su familia y qué significado tenía para usted?
25. ¿Es la religión todavía una parte importante de su vida?
26. ¿Qué comidas le gustan?
27. ¿Cuáles le desagradan?
28. ¿Tuvo alergias a algún alimento o medicina?
29. ¿Se acuerda de dos o tres platillos especiales que su mamá o su papá cocinaban y que son inolvidables?
30. ¿Cómo se conocieron usted y su cónyuge?
31. ¿Cómo describiría a su cónyuge?
32. ¿Cómo fue su noviazgo?
33. Cuente algunas anécdotas de su cónyuge.
34. ¿Cuántos hijos tiene?
35. ¿Cómo se llaman sus hijos?
36. ¿Qué eventos importantes de su comunidad, de su país o del mundo le ha tocado vivir?

37. ¿De qué manera impactaron su vida tales acontecimientos?
38. ¿Qué filosofías o puntos de vista en cuanto a la vida compartiría con los demás?
39. ¿Qué valores personales son importantes para usted?
40. ¿Qué ha hecho (o qué está haciendo actualmente) para enseñar esos valores a sus hijos?
41. ¿Qué cosas le causan temor?
42. ¿Qué cosas le sorprenden?
43. ¿Cuáles son algunas de las cosas que disfruta hacer en su tiempo libre?
44. ¿Cuáles fueron algunas de sus vacaciones más memorables?
45. ¿Qué consejo le daría a alguien en cuanto a la crianza de los hijos que haya aprendido al criar a los suyos?
46. ¿Cuáles son algunos de sus talentos?
47. ¿Cómo descubrió que los tenía?
48. ¿Qué ha hecho para desarrollarlos y mejorarlos?
49. ¿Qué impacto han tenido en su vida?
50. ¿A qué se dedicaba?
51. ¿Por qué escogió ese oficio o profesión?
52. ¿Qué empleos tuvo a lo largo de su vida?
53. ¿Cuáles fueron algunas de las experiencias memorables que tuvo en estos puestos de trabajo?
54. Eventos o experiencias significativas en su vida, y explique qué efectos han tenido en usted.?
55. ¿Cuáles son algunas de las lecciones de la vida que le gustaría pasar a su posteridad?
56. ¿En cuántos lugares ha vivido durante toda su vida?
57. ¿Qué cosas cambiaría?
58. ¿Por qué cosa en particular le gustaría ser recordado?
59. ¿Qué legado personal le gustaría dejar?
60. ¿Qué está haciendo actualmente para que eso suceda?

Anexo 5.

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

COLLAGE TRABAJO DE CAMPO



Fuente: Las autoras