

PONTIFICA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**“EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD, LA
INTERCULTURALIDAD, LA ATENCIÓN SANITARIA Y LA RELACIÓN MÉDICO
PACIENTE EN EL HOSPITAL BÁSICO EL CARMEN, CANTON EL CARMEN,
PROVINCIA DE MANABI. 2018-2019”**

AUTORAS:

Md. Fatima Margarita Bonilla Pomaquisa

Md. Kerlly Lissette León Mora

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Alexis Rivas Toledo, PhD. Antropología Social

Sede Santo Domingo, 2019

DEDICATORIA

A mi familia por el amor incondicional que me brindan y por el apoyo en cada una de las metas trazadas, en especial a mis dos motores más grandes: mi madre quien ha sabido confiar en mis capacidades para lograr mis objetivos académicos y a mi hermana quien supo brindarme consuelo y ánimos durante los momentos de angustia.

Fatima M. Bonilla P.

El presente trabajo de titulación está dedicado a mi pilar fundamental: mi familia y en especial a la Lcda. Martha Mora San Miguel, mi ejemplo de mujer, quien ha realizado la labor de padre y madre, a mi amado esposo Lcdo. Christian Flores Torres, quienes con su amor, cariño, paciencia, confianza y comprensión han estado conmigo a la distancia brindándome su apoyo incondicional y elevando sus oraciones a Dios nuestro Padre Celestial en tiempos difíciles.

Kerlly L. León Mora

AGRADECIMIENTO

En primer lugar al creador del universo, pues “el hombre terrestre no es dueño de su camino”.

A nuestras familias por el apoyo incondicional para lograr cumplir esta meta.

A nuestro director de tesis, el Doctor Alexis Rivas por la confianza, colaboración y sobre todo por impartirnos los conocimientos necesarios para llevar a cabo este trabajo.

A todo el personal que labora en El Hospital Básico El Carmen que durante tres años nos acogió para esta formación en Medicina Familiar de la mejor manera, en especial a quienes estuvieron al frente y nos brindaron las condiciones adecuadas para desarrollar este proyecto: Dr. José Vera y Dr. Diego Zambrano.

Un agradecimiento especial al personal que labora en la unidad y colaboro de manera desinteresada en esta investigación al formar parte de uno de los grupos focales.

Finalmente el agradecimiento también para los usuarios que de la misma manera no se negaron a participar en este estudio.

INDICE

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN.....	XV
ABSTRACT.....	XVII
CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN.....	i
CAPÍTULO 2 MARCO TEORICO.....	3
2.1. EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS	5
2.2. CICLO Y CURSO DE VIDA	6
2.3. INTERCULTURALIDAD.....	8
2.4. ATENCION SANITARIA.....	13
2.5 SALUD	136
2.6 RELACIÓN MÉDICO PACIENTE	20
2.7 SALUD MENTAL	22
2.8 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	25
2.9 CONSUMO Y ABUSO DE SUSTANCIAS.....	27
2.10 VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.....	30
2.11 ENFERMEDADES CRONICAS.....	33
2.11.1 ADULTO MAYOR.....	33
2.11.2 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	36
2.12 MUERTE.....	38
CAPÍTULO 3 ESTRATEGIA METODOLOGICA	42
3.1 METODOLOGIA.....	42
3.2 ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.....	42
3.3 PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	44
3.4 OBJETIVOS.....	44
3.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	44
3.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	45

3.5 HIPOTESIS OPERATIVA.....	45
3.6 UNIDAD DE INVESTIGACION.....	45
3.6.1 PERFIL DE EL HOSPITAL BASICO EL CARMEN.....	47
3.6.2 MISION.....	48
3.6.3 VISION.....	48
3.7 ESTRATEGIA METODOLOGICA.....	50
3.7.1 TIPO DE ESTUDIO	51
3.7.2 CRITERIOS DE INCLUSION.....	51
3.7.3 CRITERIOS DE EXCLUSION.....	51
3.7.4 UNIVERSO Y SELECCIÓN DE INFORMANTES.....	51
3.7.4.1 UNIVERSO.....	51
3.7.5 SELECCION DE INFORMANTES.....	52
3.7.6 INFORMANTES.....	55
3.7.6.1 PERFIL SOCIODEMOGRAFICO.....	55
3.7.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	57
3.7.8 ASPECTOS BIOETICOS.....	60
3.7.9 RECOLECCION DE INFORMACION ETNOGRAFICA.....	61
3.7.10 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	62
3.7.11 INDICADORES DE LOS SUJETOS INFORMANTES.....	63
3.7.12 INDICADORES CUALITATIVOS.....	66
3.7.13 WORDSALAD.....	69
3.7.14 MODELO GRAFICO SISTEMICO DE SALUD/ENFERMEDAD DE GUIDDENS.....	69
3.8LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	70
CAPÍTULO 4 RESULTADOS.....	72
4.1 SALUD	72
4.1.1 DEFINICION DE SALUD.....	72
4.1.2 ACTITUD AL PERDER LA SALUD.....	77
4.1.3 PRACTICAS ANCESTRALES DE SALUD.....	81
4.1.4 ACCESO A LA SALUD.....	92
4.2 RELACION MEDICO-PACIENTE	96

4.2.1 RELACION MEDICO-PACIENTE BARRERAS.....	97
4.2.2 RELACION MEDICO-PACIENTE VENTAJAS.....	105
4.3 TRASTORNOS MENTALES.....	111
4.3.1 IDENTIFICACION DE TRASTORNOS MENTALES.....	112
4.3.2 ABORDAJE TRASTORNOS MENTALES.....	117
4.4 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	122
4.4.1 SEXUALIDAD PLENA.....	123
4.4.2 USO DE ANTICONCEPCION.....	130
4.4.3 PLANIFICACION DE EMBARAZO.....	136
4.4.4 CONOCIMIENTOS DEL EMBARAZO.....	142
4.4.5 PREFERENCIAS DEL PARTO.....	146
4.4.6 ACTITUD DURANTE EL PUERPERIO.....	153
4.5 MUERTE.....	157
4.5.1 IMPACTO BIOPSIICOSOCIAL AL ENFRENTAR LA MUERTE DE FAMILIAR.....	158
4.5.2 SUPERACION DEL DUELO	165
4.6 CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	170
4.6.1 FACTORES DE RIESGO PARA CONSUMO.....	171
4.6.2 CONSECUENCIAS EN LA FAMILIA POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	177
4.6.3 PROCEDER ANTE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	183
4.7 VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.....	190
4.7.1 CONOCIMIENTO SOBRE MALTRATO INTRAFAMILIAR.....	191
4.7.2 BARRERAS PARA PONER ALTO AL MALTRATO INTRAFAMILIAR.....	201
4.8 ENFERMEDADES CRONICAS.....	207
4.8.1 CAUSAS DE ENFERMEDADES CRONICAS.....	207
4.8.2 ADAPTACION FAMILIAR ANTE UNA ENFERMEDAD CRÓNICA.....	213
4.8.3 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS.....	218
CAPÍTULO 5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	225

5.1 CONCLUSIONES.....	225
5.2 RECOMENDACIONES.....	231
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	235
ANEXOS	245
ANEXO 1. FIGURAS.....	246
ANEXO 2. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS.....	254
ANEXO 2.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.....	254
ANEXO 2.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS PARA PADRES DE MENORES DE EDAD.....	255
ANEXO 2.3. ASENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD QUE PARTICIPAN EN ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS.....	257
ANEXO 2.4. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE GRUPO FOCAL.....	258
ANEXO 2.5. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL REPRESENTANTE DE LOS MENORES DE EDAD PARA PARTICIPACION DE GRUPO FOCAL.....	260
ANEXO 2.6. ASENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD QUE PARTICIPAN EN GRUPOS FOCALES.....	262
ANEXO 3. CUESTIONARIOS GUIAS PARA ENTREVISTAS Y GRUPOS FOCALES.....	263
ANEXO 3.1. Cuestionario para entrevista semiestructurada...	263
ANEXO 3.2. Cuestionario para grupo focal1.....	265
ANEXO 3.3. Cuestionario para grupo focal 2 y 3.....	266
ANEXO 3.4. Cuestionario para grupo focal 4.....	267

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tabla de selección de informantes para entrevista.....	52
Tabla 2. Tabla del primer grupo focal constituido por pacientes	53
Tabla 3. Tabla del segundo grupo focal constituido por pacientes.....	53
Tabla 4. Tabla del tercer grupo focal constituido por pacientes.....	54
Tabla 5. Tabla del cuarto grupo focal constituido por personal institucional de la Unidad.....	54
Tabla 6. Tabla de operacionalización de variables cualitativas.....	58
Tabla 7. Tabla de identificadores de sujetos informantes.....	63
Tabla 8. Tabla de indicadores cualitativos.....	66
Tabla 9. Tabla de definición de salud en El Hospital Básico El Carmen.....	76
Tabla 10. Tabla actitud de los carmenses al perder la salud	80
Tabla 11. Practicas ancestrales de salud en la comunidad de El Carmen.....	91
Tabla 12. Tabla de acceso a la salud en El Hospital Básico El Carmen.....	95
Tabla 13. Tabla de Relación médico paciente y las barreras que se presenta en la comunidad de El Carmen al momento de requerir atención médica.....	104
Tabla 14. Tabla de Relación médico paciente y las ventajas que se presenta en la comunidad de El Carmen al momento de requerir atención médica.....	110
Tabla 15. Tabla de Identificación de los trastornos mentales por parte de los habitantes de El Carmen.....	116
Tabla 16. Tabla de Abordaje de los habitantes de la comunidad de El Carmen ante los trastornos mentales.....	121
Tabla 17. Tabla de Experiencia de sexualidad plena en los habitantes del cantón El Carmen.....	129
Tabla 18. Tabla de Uso de métodos anticonceptivos en los habitantes del cantón El Carmen.....	135
Tabla 19. Tabla de Planificación de embarazos en los habitantes del	

cantón El Carmen.....	141
Tabla 20. Tabla de Conocimiento sobre embarazos en la comunidad del cantón El Carmen.....	145
Tabla 21. Tabla de Opiniones acerca de las preferencias al momento del parto en habitantes del cantón El Carmen.....	152
Tabla 22. Tabla de Relatos acerca de las actitudes de los moradores del cantón El Carmen durante el puerperio.....	156
Tabla 23. Tabla de Impacto biopsicosocial en pobladores del cantón El Carmen ante la muerte de un ser querido.....	164
Tabla 24. Tabla de Superación del duelo ante el fallecimiento de una persona en los moradores del cantón El Carmen.....	169
Tabla 25. Tabla de Factores de riesgo para consume de sustancias en moradores del cantón El Carmen.....	176
Tabla 26. Tabla de Consecuencias en la familia por el consumo de sustancias en los habitantes de El Carmen.....	182
Tabla 27. Tabla de Proceder ante el uso de sustancias desde sus propias experiencias y las observadas en los moradores de El Carmen.....	189
Tabla 28. Tabla de Conocimiento que tienen los usuarios de El Hospital Básico El Carmen sobre violencia intrafamiliar y como esto influye en su entorno.....	200
Tabla 29. Tabla de Barreras existentes para poner un alto al maltrato intrafamiliar referido por los habitantes de El Carmen.....	205
Tabla 30. Tabla de Causas sobre los orígenes de las enfermedades crónicas según las creencias o ideas de los habitantes del cantón El Carmen.....	212
Tabla 31. Tabla de Adaptación ante una enfermedad crónica a través de los testimonios vertidos por los moradores de El Carmen.....	217
Tabla 32. Tabla de Adaptación ante una enfermedad crónica a través de los testimonios vertidos por los moradores de El Carmen.....	223

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de informantes para entrevistas y grupos focales.....	56
Figura 2. Distribución de informantes por género.....	56
Figura 3. Distribución de informantes por rango de edad.....	57
Figura 4. Distribución de informantes por la zona donde residen	57
Figura 5. Influencias culturales y materiales que inciden sobre la salud.....	70
Figura 6. Wordsalad de definición de salud en El Hospital Básico El Carmen.....	73
Figura 7. Esquema Giddens de conocimiento general de lo que es salud.....	76
Figura 8. Wordsalad de actitud al perder la Salud en El Hospital Básico El Carmen.....	77
Figura 9. Esquema Giddens que representa la salud que tienen los entrevistados al perder la salud.....	81
Figura 10. Wordsalad de Prácticas Ancestrales de Salud en El Hospital Básico El Carmen.....	82
Figura 11. Esquema Giddens que representa las siguientes formas de ejercer medicina tradicional.....	92
Figura 12. Wordsalad de Acceso a la Salud en El Hospital Básico El Carmen.....	93
Figura 13. Esquema Giddens que representa lo dificultoso que es acceder a salud en El Hospital Básico El Carmen.....	96
Figura 14. Wordsalad de Relación Médico-Paciente Barreras en El Hospital Básico El Carmen.....	97
Figura 15. Esquema Giddens que representa las barreras que dificulta tener una buena relación Médico-Paciente en el Hospital Básico El Carmen.....	105

Figura 16. Wordsalad de Relación Médico-Paciente ventajas en El Hospital Básico El Carmen.....	106
Figura 17. Esquema Giddens que representa ventajas para una buena relación Médico-Paciente en El Hospital Básico El Carmen.....	111
Figura 18. Wordsalad de identificación de trastornos mentales en El Hospital Básico El Carmen.....	113
Figura 19. Esquema Giddens que representa como los carmenses identifican a las personas con trastornos mentales.....	117
Figura 20. Wordsalad Abordaje de trastornos mentales en El Hospital Básico El Carmen.....	118
Figura 21. Esquema Giddens que ilustra como los habitantes de El Carmen consideran que debería ser el mejor abordaje para una persona con trastornos mentales.....	122
Figura 22. Wordsalad de Sexualidad plena en El Hospital Básico El Carmen.....	124
Figura 23. Esquema Giddens que enfatiza los relatos y punto de vista de los entrevistados sobre sexualidad plena.....	130
Figura 24. Wordsalad de uso de anticoncepción en El Hospital básico El Carmen.....	131
Figura 25. Esquema Giddens que resume conocimientos e ideas del uso de métodos anticonceptivos según los expresado por los entrevistados.....	136
Figura 26. Wordsalad de planificación de embarazo en El Hospital Básico el Carmen.....	137
Figura 27. Esquema Giddens que resume los puntos de vista de los entrevistados del cantón el Carmen sobre planificación de embarazo.....	142
Figura 28. Wordsalad de Conocimientos del embarazo en El Hospital	

Básico El Carmen.....	143
Figura 29. Esquema Giddens que resumen los conocimientos que tienen los habitantes del Carmen sobre embarazo a través de experiencias.....	146
Figura 30. Wordsalad de Preferencias del parto en El Hospital Básico El Carmen.....	147
Figura 31. Esquema Giddens que resumen las preferencias al momento del parto, sus experiencias y puntos de vista de los pacientes y médicos de El Hospital básico el Carmen.....	153
Figura 32. Wordsalad de actitud durante el puerperio en El Hospital Básico El Carmen.....	154
Figura 33. Esquema Giddens que resume las diversas actitudes de los carmenses ante el puerperio.....	157
Figura 34. Wordsalad de impacto biopsicosocial de la muerte en usuarios de El Hospital Básico El Carmen.....	158
Figura 35. Esquema Giddens que resume como los moradores del cantón padecen un impacto biopsicosocial posterior al fallecimiento del ser querido.....	165
Figura 36. Wordsalad de Superación del duelo luego de enfrentar la muerte de familiar en usuarios de Hospital Básico El Carmen.....	166
Figura 37. Esquema Giddens que resume la superación del duelo por parte de los entrevistados pertenecientes al cantón El Carmen.....	170
Figura 38. Wordsalad. De factores de riesgo para consumo de sustancias en El Hospital Básico El Carmen.....	171
Figura 39. Esquema Giddens que resume las vivencias e ideas sobre el consumo de sustancias en habitantes del cantón El Carmen.....	177
Figura 40. Wordsalad de Consecuencias en la familia por el consumo de Sustancias en El Hospital Básico El Carmen.....	178

Figura 41. Esquema Giddens que resume las consecuencias que se originan a raíz del uso de sustancias en el cantón El Carmen.....	183
Figura 42. Wordsalad de Proceder ante el consumo de sustancias en El Hospital Básico El Carmen.....	184
Figura 43. Esquema Giddens que resume el proceder de los entrevistados del cantón El Carmen ante el consumo de sustancias.....	190
Figura 44. Wordsalad de Conocimiento de los habitantes de El Carmen sobre el maltrato intrafamiliar y cómo influye en la dinámica familiar.....	192
Figura 45. Esquema Giddens que resume los conocimientos de los habitantes de El Carmen sobre maltrato intrafamiliar.....	201
Figura 46. Wordsalad Barreras que presentan los moradores del cantón El Carmen para poner un alto al maltrato intrafamiliar	202
Figura 47. Esquema Giddens que resume las barreras que existen en la comunidad de El Carmen para frenar el maltrato intrafamiliar.....	206
Figura 48. Wordsalad de Causas de las enfermedades crónicas en El Hospital Básico El Carmen.....	208
Figura 49. Esquema Giddens que resume como la comunidad de El Carmen considera que se originan las enfermedades crónicas.....	213
Figura 50. Wordsalad de Adaptación ante una enfermedad crónica en los habitantes del Cantón El Carmen.....	214
Figura 51. Esquema Giddens que resume como los familiares y pacientes se han adaptados a las enfermedades crónicas.....	218
Figura 52. Wordsalad de adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en los usuarios de El Carmen.....	219
Figura 53. Esquema Giddens que resume la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en los usuarios de El Carmen.....	224
Figura 54. Mapa del cantón El Carmen.....	246

Figura 55. Ubicación de El Hospital Básico El Carmen.....	246
Figura 56. Hospital Básico El Carmen.....	247
Figura 57. Área de Emergencia de El Hospital Básico El Carmen.....	247
Figura 58. Área de Valoración Obstétrica.....	248
Figura 59. Área de Sala de Parto.....	248
Figura 60. Área de Quirófano.....	249
Figura 61. Área de Hospitalización de El Hospital Básico El Carmen.....	249
Figura 62. Consulta Externa de El Hospital Básico El Carmen.....	250
Figura 63. Departamento de Estadística de El Hospital Básico El Carmen.....	250
Figura 64. Unidad Anidada de Consulta Externa.....	251
Figura 65. Área de Baciloscopia.....	251
Figura 66. Otros Departamentos de El Hospital Básico El Carmen.....	252
Figura 67. Servicios Extras.....	252
Figura 68. Grupos Focales.....	253

RESUMEN

La antropología médica estudia tanto la enfermedad como la salud del individuo desde su nacimiento hasta su muerte, esto implica conceptos de estar enfermo, malestar y bienestar, lo cual está influenciado por la sociedad, la cultura y otros factores que a lo largo de los años han intervenido sea de manera positiva o negativa, mientras que la interculturalidad involucra las interacciones equitativas, respetuosas de las diferentes políticas, sociales y culturales, etarias, lingüísticas, de género y generacionales que se producen y reproducen en diferentes contextos y diferentes culturas, pueblos y etnias para construir una sociedad más justa (Piñón, 2004, p.8).

Objetivo: Describir y analizar la construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente en El Hospital Básico El Carmen.

Metodología: El método empleado en este estudio fue de tipo cualitativo, con enfoque etnográfico, para lo cual se realizó 34 entrevistas y 3 grupos focales con usuarios en edades comprendidas entre los 14 y 76 años de edad, de El Hospital Básico El Carmen y 1 grupo focal con personal que labora en la unidad. Las entrevistas fueron de tipo semiestructuradas en las cuales nos vertieron sus testimonios de acuerdo a su cultura sobre temas de salud, relación médico-paciente, salud mental, salud sexual y reproductiva, muerte, violencia intrafamiliar, consumo y abuso de sustancias y enfermedades crónicas.

Resultados: El presente estudio representa la perspectiva de los usuarios de El Hospital Básico El Carmen Manabí, sobre como construyen su interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente; obteniendo como resultados una diversidad de opiniones sobre cada uno de los temas de salud abordados, temas que no son aún manejados por los médicos que laboran en dicha unidad y que constituyen una barrera a la hora de entablar una comunicación empática con el paciente o principalmente no logra fomentar una adecuada interculturalidad, pues cada cultura tiene su verdad y su realidad, lo cual no permite una relación equitativa y mucho menos respetuosa.

Conclusiones: Esta investigación nos permitió tener un contacto más directo con los habitantes de el Carmen, conocer más de cerca su cultura y darnos cuenta que muchos de los problemas de salud que se presenta en esta comunidad responden como causa a las barreras existentes para lograr una adecuada relación médico-paciente, no existe una escucha activa y falta mucho por educar en salud a la

población, pero principalmente notamos que la mentalidad es cambiar la cultura, mas no comprenderla, respetarla y buscar vivir en equidad.

Palabras claves: Antropología médica, Antropología cultural, Relación médico-paciente, Atención Sanitaria, Interculturalidad.

ABSTRACT

Medical anthropology studies both the disease and the health of the individual from birth to death, this implies concepts of being sick, discomfort and well-being, which is influenced by society, culture and other factors that over the years they have intervened either positively or negatively, while interculturality involves equitable interactions, respectful of the different political, social and cultural, age, linguistic, gender and generational interactions that occur and reproduce in different contexts and different cultures, peoples and ethnic groups to build a more just society (Piñón, 2004, p.8).

Objective: Describe and analyze the construction of interculturality, health care and the patient-doctor relationship at El Carmen Basic Hospital.

Methodology: The method used in this study was of a qualitative type, with an ethnographic approach, for which 34 interviews and 3 focus groups were conducted with users between the ages of 14 and 76, of El Carmen Basic Hospital and 1 focus group with staff working in the unit. The interviews were semi-structured in which they gave us their testimonies according to their culture on issues of health, doctor-patient relationship, mental health, sexual and reproductive health, death, domestic violence, substance use and abuse and chronic diseases.

Results: The present study represents the perspective of the users of El Carmen Manabí Basic Hospital, on how they build their interculturality, health care and the patient medical relationship; obtaining as a result a diversity of opinions on each of the health issues addressed, issues that are not yet handled by doctors working in that unit and that constitute a barrier when establishing empathic communication with the patient or mainly not It manages to foster an adequate interculturality, since each culture has its truth and reality, which does not allow for an equitable and much less respectful relationship.

Conclusions: This research allowed us to have a more direct contact with the inhabitants of El Carmen, learn more about their culture and realize that many of the health problems that arise in this community respond as a cause to the existing barriers to achieve Adequate doctor-patient relationship, there is no active listening and there is much to educate the population in health, but mainly we note that the mentality is to change the culture, but not to understand it, respect it and seek to live in equity.

Keywords: Medical anthropology, Cultural anthropology, Doctor-patient relationship, Healthcare, Interculturality.

CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN

“La asistencia médica se cimienta en la relación que se establece entre el médico y su paciente, y la buena práctica depende, en gran medida, de la calidad de la relación de ayuda que se pueda lograr” (Sánchez, 2014, p. 3). La relación médico-paciente se fundamenta en base al respeto, la valoración a la diversidad y el enriquecimiento mutuo. Estas relaciones pueden ser muy superficiales o llegar a tener mayor complejidad, donde el profesional médico debe prestar ayuda humanitaria logrando una atención medica confortable.

El Código de Deontología Médica de Francia dice:

El médico debe formular sus prescripciones con toda la claridad indispensable, velar porque el paciente y su entorno familiar las hayan comprendido y esforzarse en obtener su buena ejecución, informar al paciente con toda claridad necesaria e indispensable de las decisiones diagnósticas y terapéuticas (Código de Deontología Médica, 2011, p. 22).

Nuestro problema radica en la falta de conocimiento por parte del personal médico en el tema referente a interculturalidad de la población asignada, lo que provoca desinterés e incumplimiento en los tratamientos designados según sus dolencias, permitiendo con ello romper de manera invisible la relación médico-paciente.

El presente trabajo de investigación se realizó en el Hospital Básico El Carmen, perteneciente a la provincia de Manabí, cantón El Carmen, en base a las experiencias adquiridas a través de la atención brindada, a través de este estudio buscamos conocer mejor a nuestros pacientes, lo que no se puede lograr durante una consulta médica, sea por factor tiempo, por agendas al tope o simplemente porque no estamos capacitados debidamente como médicos para un abordaje intercultural de a quienes nos debemos, nuestros pacientes.

Nuestro objetivo fue conseguir un análisis claro, preciso y eficaz sobre la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico-paciente en esta comunidad, para de esta manera poder erradicar esas barreras que no permiten al médico actuar con mayor empatía, pues al pertenecer generalmente de dos culturas diferentes es muy difícil entender el punto de vista de los moradores en cuanto a temas como la salud en general, la salud mental, la salud sexual y reproductiva, la muerte, la violencia intrafamiliar, consumo y abuso de sustancias y las enfermedades crónicas.

Para lograr el objetivo planteado, elaboramos este trabajo de investigación el cual lo hemos estructurado de la siguiente manera:

El Capítulo I nos resume la Introducción de la investigación realizada

El Capítulo II expone el Marco Teórico, con una búsqueda detallada de lo que la bibliografía considera ciertos temas que serán abordados con nuestros entrevistados, como son salud, interculturalidad, atención sanitaria, relación médico-paciente, salud mental, salud sexual y reproductiva, que incluye anticoncepción, embarazo, parto y puerperio, también se detalla aspectos importantes de violencia intrafamiliar, enfermedades crónicas y consumo y abuso de sustancias.

En el Capítulo III presentamos la Estrategia Metodológica utilizada para cumplir los objetivos de esta investigación, es decir la

El Capítulo IV detalla y muestra un Análisis de los resultados obtenidos durante la investigación, se plasman los testimonios dados por los pacientes, además de la visión que tiene el personal médico que labora en la institución.

Finalmente en el Capítulo V escribimos las Conclusiones obtenidas con este trabajo de investigación y además las Recomendaciones que esperamos sean de utilidad para mejorar como personal de salud principalmente, a la hora de abordar a un paciente carmense.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

“**Antropología cultural** (o antropología social). El estudio de los pueblos actuales y sus culturas, incluidos los cambios y variaciones. **Cultura** hacer referencia a las creencias y comportamientos de las personas, aprendidos y compartidos” (Miller, 2011, p. 7).

La antropología cultural proporciona conocimientos sobre los pueblos del mundo y su diversidad, permitiendo complementar cualquier otra área de estudio, proporcionándole así una perspectiva transcultural (Miller, 2011, p. 34).

La antropología cultural aplicada en el área de la salud será de mucha utilidad al permitirnos ser más comprensivos, flexibles y tolerantes con nuestros pacientes (Miller, 2011, p. 34).

El objeto general de la antropología es el estudio de la cultura, cualquier definición que seleccionemos estará perfilada en torno a la actividad humana socialmente determinada y significada.

Se ha definido que la Antropología se dedica al estudio del hombre, mientras que la medicina estudia las enfermedades del hombre, por tanto la antropología médica estudia tanto la enfermedad como la salud del individuo desde su nacimiento hasta su muerte, esto implica conceptos de estar enfermo, malestar y bienestar, lo cual está influenciado por la sociedad, la cultura y otros factores que a lo largo de los años han intervenido sea de manera positiva o negativa.

Pedro Laín Entralgo menciona:

Llamo antropología medica al estudio y conocimiento científico del hombre en cuanto sujeto que puede padecer enfermedad, en cuanto que de hecho la está padeciendo, en cuanto que puede ser técnicamente ayudado a librarse de ella, si la padece, y de llegar a padecerla, si está sano, y en cuanto que puede morir, y a veces muere, como consecuencia de haberla padecido (Laín, 1984, p. XXXI).

La antropología médica, aplicada o clínica contribuye en la mejora de los sistemas de salud, pues informa los responsables de la asistencia sanitaria sobre las formas más adecuadas de tratamiento, guía a la población para una buena elección médica, ayuda a prevenir problemas de salud al modificar prácticas perjudiciales o incluso perfecciona

la comunicación en salud pública al hacerla mejor informada culturalmente y más eficaz. (Miller, 2011, p. 225).

Por las características englobadas en la antropología médica, Laín lo estructura en dos categorías; la estructura temática y la respectiva.

La estructura temática de la Antropología médica la divide en cinco aspectos de estudio:

- a.) La realidad del hombre, o su conocimiento científico para hacer posible tanto salud, enfermedad, curación y muerte, y que cada uno de estos eventos formen los caracteres del mismo.
- b.) La salud humana, o su conocimiento científico del hábito de estar sano y el entendimiento de esa delgada línea que divide entre perder la salud, conservarla o mejorarla.
- c.) La enfermedad humana, o su conocimiento científico de las enfermedades que van a surgir a lo largo de la vida, y el proceso que involucra su curación, alivio y en últimas estancias producir la muerte.
- d.) El acto médico, o el estudio del enfermo que en gran parte se logra con tratamiento tanto con actividad cognoscitiva como operativa, pero involucra también la curación espontánea.
- e.) Los horizontes de la actividad del médico, o las actividades que vayan más allá del diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades, involucra esto la reintegración del enfermo a la colectividad sana, el fallecimiento del enfermo y mejoría de la condición humana (Laín, 1984, p. XXXII).

La estructura respectiva de la antropología médica presenta 4 puntos de vista para estudiar al hombre:

- a.) El hombre como persona individual; la realidad humana es considerada de forma individual a través de dos perspectivas, Laín lo llama inmediato que nosotros consideraríamos la forma subjetiva como nos vemos, es decir la manera más directa de percibirme, y si estoy frente a otra persona apreciar de manera general su realidad; la segunda perspectiva que Laín menciona es su realidad radical que de igual manera al tratarse de mi yo, ya me adentro en mi existencia objetiva, y de la misma manera si tengo a alguien enfrente es decir lo físico, su vocabulario, sus enfermedades, y todo lo que envuelve su intimidad.
- b.) El hombre como persona social; se fundamenta en la sociología, pues el hombre siempre convive con alguien, jamás puede aislarse totalmente, se

desenvuelve en muchos entornos, sea religiosos, laboral, familiar, etc., por tanto la coexistencia es parte de la humanidad.

- c.) El hombre como persona histórica; todos los seres humanos de alguna manera somos historia, pues la historia es parte de la evolución del ser humano.
- d.) Otros; el hombre como sujeto ético, y productor de actos estéticos.

La antropología médica tiene la finalidad de descubrir aquellas prácticas y conocimientos que ayudan a recuperar la salud en un grupo cultural determinado, es decir conocer la manera en que contemplan la salud, su modo de hacerle frente a las enfermedades y como esto influye al momento de elegir un tratamiento, además comprender el proceso de sanación, la existencia de medicamentos especiales y su forma de empleo específico en su cultura.

Para esto nos vamos a referir a términos importantes en la que se basará nuestra investigación, etnografía, ciclo y curso de vida, salud, interculturalidad, atención sanitaria, relación médico-paciente, y se mencionará además adultos mayores, que aunque representa tan solo 6.9%, según el censo del 2010 realizado en Ecuador, en la consulta externa es el grupo que con mayor frecuencia es atendido por la característica de cronicidad de sus enfermedades, mientras que otros grupos predominan en la parte de emergencia.

2.1. EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS

Comprender una cultura se convierte en el primer requisito para una buena atención médica, una relación médico-paciente empática, y llegar así a la verdadera demanda de mi paciente en la consulta externa.

Al hablar de cultura tenemos que referirnos también a la etnografía, Miller la define como: “descripción detallada y de primera mano de una cultura viva, basada en la observación personal” (Miller, 2011, p. 94).

Etnografía viene del griego “*ethnos*” (tribu, pueblo) y de “*grapho*”, (yo escribo), que significa: descripción de los pueblos. Hammersley y Atkinson se refiere a ella como un “método de investigación social”, y tiene por tanto características especiales “permite el registro del conocimiento cultural (Spradly, 1980), detalla patrones de interacción social (Gumperz, 1981), permite el análisis holístico de sociedades (Lutz, 1931), es descriptiva (Walker, 1981), y permite desarrollar y verificar teorías (Glaser y Strauss, 1967)” (Murillo & Martínez, 2010, p. 2).

Al hablar de un método de investigación social, la etnografía es de tipo cualitativo es decir que estudia el comportamiento y estilos de vida, y el entorno natural en un periodo de tiempo determinado, considerado así como un “retrato de un pueblo”. Es importante señalar que para recolectar los datos necesarios en este método cualitativo la técnica mayormente usada es la entrevista. Esta investigación nos da como resultado una narración de historias, pensamientos internos y sentimientos presentes en las personas que habitan el cantón El Carmen, además las contradicciones o el punto de vista del personal que labora en esta unidad.

Durante estos tres años en contacto con la población de El Carmen, nos ha permitido ser testigos de diversos problemas que presenta la comunidad como: los fallecimientos dramáticos de personas que en vida sufrieron enfermedades dolorosas como cáncer, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y sus complicaciones como enfermedades cerebrovasculares e infarto agudo de miocardio producto de la mala adherencia a los tratamientos de todas estas enfermedades crónicas. En la población infantil mencionamos casos de niños que no sobreviven a los partos en casa o aquellos que terminan con graves secuelas por asfixia como parálisis cerebral infantil., además la desnutrición crónica en niños evidenciándose en la consulta como talla baja, al mismo tiempo la deficiencia de micronutrientes y la anemia producto de la alimentación propia de estos habitantes. Es importante recalcar que una gran parte de la población generaliza estos hechos como algo cotidiano y en otros casos los asocian con brujerías, magia negra y energías malas, por lo que acuden a procedimientos ancestrales, que incluyen bebidas específicas y curaciones especiales.

Ante estos hechos es fácil juzgar a estos grupos vulnerables, más en su lugar se necesita personal con conocimientos en antropología médica que logre una buena comunicación médico-paciente, que a la vez permita crear confianza en lugar de estigmatizar sus costumbres, es decir se requiere de una medicina orientada hacia la práctica, aplicada críticamente y comprometida con la cultura sanitaria.

2.2. CICLO Y CURSO DE VIDA

La OMS incluye como ciclo de vida a las etapas que atraviesa el ser humano, es decir desde la concepción, la primera infancia, la niñez, la primera adolescencia, hasta llegar a la adultez y la vejez. El Ministerio de Salud Pública de Colombia, manifiesta la importancia de estudiar e intervenir de manera temprana y oportuna en cada una de las fases del ciclo de vida, con la finalidad de lograr cambios en los hábitos que

puedan repercutir en las etapas futuras, esto nos garantizará identificar y disminuir factores de riesgo que contribuyen a enfermedades en edades más avanzadas.

Para poder cubrir las necesidades de la población de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desarrolla un modelo de salud duradero y renovado, denominado "Unidad del Curso de Vida Saludable". Este modelo "proporciona una comprensión más amplia de la salud de la población y la prestación de servicios de salud, lo que es clave para lograr salud universal para las poblaciones actuales y futuras de la región" (OPS).

Mencionamos que este concepto no es moderno pues ya desde 1964 Leonard Cain hace referencia a este término al publicar el artículo "Curso de vida y estructura social" donde lo señala como "el sistema desarrollado por una cultura para dar orden y hacer previsible el curso que seguirán los individuos" (Cain, 1964, p. 278). En los años posteriores se realizaron varias investigaciones, encuestas, censos y seguimientos a diferentes poblaciones desde la niñez hasta llegar a su adultez para evidenciar la influencia negativa o positiva de los primeros periodos de vida, un ejemplo de esto es el estudio de Oakland que aportó sus datos hasta los años sesenta y sirvió como referente de investigaciones posteriores hasta 1999 donde ya se explica de manera clara y amplia el enfoque que hoy conocemos como curso de vida.

Por tanto, este enfoque del curso de vida va dirigido a los efectos almacenados que se presentan en las diferentes fases del ciclo de vida, permitiendo comprender los problemas de salud-enfermedad. Por consiguiente según Hareven señala que el estudio de la familia debe tener un enfoque interdisciplinario, y se debe usar herramientas o basarse en modelos de historia, sociología, psicología, antropología y demografía; fundamenta esta idea al considerar a la familia como un nexo entre las vidas individuales y el desarrollo social a través del tiempo y no como se veía la familia en un inicio como una entidad estática y aislada, lo cual está muy lejos de la realidad que conocemos hoy (Hareven, 1971).

Cumpliendo este enfoque la Unidad del Curso de Vida Saludable se sostiene en los principios de universalidad, equidad y salud comunitaria, por ello se trabaja con los países para ampliar este modelo y cubrir diferentes áreas de trabajo como: Salud Integral del Niño, Salud del Adolescente, Envejecimiento Saludable, Prevención de la Ceguera, Salud Ocular y Salud Oral. Como ejemplo se puede mencionar que la estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y del adolescente 2016 – 2030 plantea que se obtendrá beneficios como eliminar la mortalidad prevenible de la madre, recién nacidos, niños y adolescentes. Esta hipótesis, se sostiene debido a que

este tipo de mortalidad prevenible se produce en entornos humanitarios, de conflictos, desastres naturales graves, situaciones de inestabilidad socioeconómica y políticas inadecuadas prolongadas; por tanto la estrategia global intenta intervenir en estos entornos citados.

La propuesta en este trabajo de investigación guarda una estrecha relación con el enfoque que brinda la Unidad del Curso de Vida Saludable pues este recomienda al personal sanitario “prestar una atención que tenga un máximo nivel de calidad posible y brindar a la mujeres, los niños y los adolescentes un trato confidencial y respetuoso, sin excepciones; (...) promover mejoras en materia de capacitación, distribución y retención del personal sanitario” (La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2016-2030, 2015, p. 81-82). Lograr una comprensión adecuada del ciclo de vida en todas sus etapas, haciendo énfasis en los problemas, los desafíos y experiencias positivas y/o negativas a lo largo de la historia individual, familiar y de la comunidad es lo que hace que el acto médico sea eficiente, mejore la calidad de vida y se supla las necesidades del paciente, por supuesto teniendo en cuenta sus limitantes.

2.3. INTERCULTURALIDAD

Al hablar de interculturalidad debemos tener presente que no es un concepto nuevo ni ha tenido un mismo significado a lo largo de la historia y trayectoria de la Antropología, es así que en un primer momento su definición dependía de escuelas evolucionistas y difusionistas:

De tal manera que la interculturalidad es entendida en este primer momento como el encuentro del antropólogo con una cultura que por definición no solo es diferente, no solo es distante sino que constituye un estadio o un ciclo social ‘inferiores’ respecto de la cultura desde la cual trabaja el antropólogo inglés, alemán, francés o norteamericano, por enumerar solo los cuatro países donde inicialmente se desarrollaron el trabajo, metodología y teorías antropológicas (Fernández, 2006, p. 53).

En la década de los 20 fue significativa la presencia de movimientos fascistas, sobresaliendo el nacionalismo alemán que fomentó el racismo y la diferencias de etnias, mostrando un concepto de interculturalidad asimétrico, es decir se basó en dos términos contrarios: superioridad versus inferioridad, dado por una de las sociedades que por tener mayor desarrollo político y económico en un mundo capitalista, se convierte en una referencia metodológica y conceptual para el resto de pueblos. (Fernández, 2006)

Para la década de los años 30, los antropólogos estadounidenses desarrollan otros conceptos teóricos,

Que colocan el eje de sus propuestas en el sujeto entendido exclusivamente en términos de diferencia cultural y social. De tal manera que para estos antropólogos lo biológico se convierte en una constante que no implica diferenciaciones, mientras que la cultura es lo que determina (...) la diferencia. Por supuesto que en esta fundamentación intervienen otras antropologías nacionales, especialmente la británica, pero la fundamentación tanto en términos académicos como políticos surge básicamente de las corrientes desarrolladas en los EEUU (Fernández, 2006, p. 54).

Entre 1930 y 1950 toma un nuevo rumbo, aparece lo que se denomina el relativismo cultural que es la base para que los antropólogos actuales definan la interculturalidad, pero esta teoría ha sido fuertemente criticada durante muchos años tanto por filósofos como por antropólogos con puntos de vista significativos desde sus perspectivas hay quienes mencionaban que todas las culturas son iguales, y comparables es decir, se elimina el término superioridad/inferioridad; pero también se defendía por otro lado el hecho de que no existía algo totalmente absoluto sino que la civilización es algo relativo, por tanto no podemos juzgar desde nuestra cultura a otra. Gertz Clifford mencionaba que:

Los antropólogos hemos sido los primeros en insistir en una serie de puntos: en que el mundo no se divide en personas religiosas y personas supersticiosas; en que puede haber orden político sin poder centralizado, y justicia sin códigos; en que las leyes a que ha de someterse la razón no fueron privativas de la Grecia y en que no fue en Inglaterra donde la moral alcanzo el punto más alto de su evolución. Y lo que es más importante, fuimos también los primeros en insistir en que unos y otros vemos las vidas de los demás a través de los cristales de nuestras propias lentes (Geertz, 1996, p. 124)

El filósofo Altarejos en 2003 hace un contraste entre lo que considera relativismo cultural con el etnocentrismo, al enfatizar que son totalmente contrapuestas, define entonces etnocentrismo: “como un ensimismamiento a nivel cultural que dificultaría gravemente la apertura de una comunidad hacia otras personas por el mero hecho de pertenecer a una cultura diferente” (Altarejos, 2003, p. 4). Y posteriormente argumenta lo siguiente:

Se deduce que es posible hablar de relativismo cultural como una actitud de ciertos profesionales que se enfrentan con los contrastes culturales, que puede ayudarles a captar el sentido de los elementos de otras culturas en su originariedad, sin imponer de antemano esquemas de tipo descriptivo y simbólico procedentes de otras culturas (Altarejos, 2003, p. 10).

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la salud (OMS-OPS, 1998) al conceptualizar la interculturalidad “involucra las interacciones equitativas, respetuosas de las diferentes políticas, sociales y culturales, etarias, lingüísticas, de género y generacionales que se producen y reproducen en diferentes contextos y diferentes culturas, pueblos y etnias para construir una sociedad más justa” (Piñón, 2004, p. 8).

Referirse a interculturalidad es hablar de una interacción entre dos o más culturas, pero esto es de manera horizontal, no hay jerarquía, ni existe una cultura superior a otra. La convivencia entre personas con diferentes culturas debería ser armónica, por supuesto es difícil que exista dicha armonía constantemente, aquí entra la comunicación que ayudaría a eliminar o superar estas diferencias.

En este sentido, la propuesta de aplicar el enfoque intercultural en salud para mejorar los perfiles negativos que presenta la población (...) implica la modificación de creencias, conductas y trato del personal institucional. Este debe estar informado y formado sobre la importancia de conocer las representaciones y prácticas locales que del proceso salud-enfermedad tiene la población (...) representando ante todo su cultura y su derecho a la diferencia. También es imprescindible entrenar al personal en acciones interculturales específicas para mejorar la relación médico-paciente (Piñón, 2004, p. 118).

Una vez definido y considerado aspectos básicos de interculturalidad interesa saber lo que es la interculturalidad en salud; en el Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud, organizado en Chile en el año 1996, la antropóloga Oyarce Ana María, aporta con el concepto de Interculturalidad en salud al definirla “como la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y a la enfermedad, la vida y la muerte el cuerpo biológico, social y relacional” (Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud, 1996, p. 56).

Por lo referido se considera la necesidad de instruir al personal de salud con la finalidad de mejorar la relación médico-paciente y brindar una atención con calidad, dejando a un lado el rechazo, la discriminación y más bien fomentar el respeto a su cultura y sus derechos.

En cada sistema de salud y modelo de atención lo importante es que la transversalización del enfoque intercultural tenga marcada la inclusión social, que no existan diferencias de razas, ni de etnias, ni colores, que no existan diferencias culturales, que se puedan romper realmente las barreras de acceso y la única forma de

hacerlo es con el reconocimiento de que existen también otros saberes, de que existe una medicina tradicional que por siglos ha sido la medicina que nos ha cuidado y protegido (Política Andina de Salud Intercultural, 2014).

Para lograr de manera circunstancial este hecho, Lerin Piñón en su estudio con comunidades indígenas de México propone un entrenamiento intercultural, primero al personal institucional formando un capacitador intercultural que replique lo aprendido al resto del personal sanitario, concomitantemente propone un enlace intercultural que consiste en escoger un representante de la comunidad con creencias propias de esta pero que a la vez se pueda entrenar en salud para trabajar en conjunto con el personal de la institución sanitaria, y que al mismo tiempo esté predispuesto a acompañar al paciente en su enfermedad con la finalidad de crear nexos de confianza entre la población y las unidades operativas (Piñón, 2004, p. 118).

La comisión Andina de Salud Integral, en el 2014 desarrolló un documento que contribuiría con la revaloración y fortalecimiento de la medicina tradicional como complemento de la occidental, permitiendo desarrollar políticas nacionales integrales y lineamientos que beneficien a todos los pueblos independientemente de su cultura (Política Andina de Salud Cultural, 2014). Para lograr este objetivo se desarrollan seis líneas estratégicas:

- 1.- Fortalecimiento del Recurso Humano en enfoque intercultural de salud: es decir contar con personal médico originario de dicha población para recibir capacitación en salud intercultural, conocer sus derechos. Sumar a su malla curricular tanto de pregrado como de posgrado conocimientos de salud intercultural.
- 2.- Reconocimiento, protección y fortalecimiento de la Medicina Tradicional o ancestral: implementación de programas con la finalidad de mantener vigente los conocimientos ancestrales con la participación de los mismos pobladores.
- 3.- Desarrollo de servicios de salud con pertinencia cultural y articulación entre sistemas médicos: brindar servicios de salud de calidad, basados en la cultura de la población, al mismo tiempo incorporar normas, reglamentos, e instructores interculturales con el propósito de que el personal médico comprendan sus creencias ancestrales y poder de esta manera cubrir las necesidades de los habitantes.

4.- Sistema de información: reforzar información a través de estadísticas, censos, determinantes de la salud, concomitantemente se conciliarán criterios para analizar problemática de la población.

5.- Investigación en Salud Intercultural: incentivar a los habitantes a la realización de investigaciones que aborden temas de medicina ancestral, definiciones de enfermedad, salud y uso de plantas medicinales.

6.- Transversalización del enfoque intercultural en el marco de los determinantes sociales de la salud y de los programas de salud: implica que los programas de prevención, rehabilitación, promoción de salud se efectúen con la intervención de la comunidad para examinar los factores de riesgo y los factores preventivos (Política Andina de Salud Cultural, 2014).

Tomando en consideración todo lo mencionado analizaremos hasta qué punto se cumple el criterio de interculturalidad en el Hospital Básico El Carmen, para esto es importante mencionar datos sobre su etnografía. Según el censo del 2010 su población de 101.779 habitantes, cantidad que representa el 6,50 % del total de la provincia de Manabí y el 0.61% de la población ecuatoriana.

El promedio de personas por familia se ubica en 4,18 miembros, variando desde familias con un solo hijo, que en su mayoría es la población urbana (52,08%) y por otra parte en la población rural (47,92%) que llegan a procrear hasta 10 o 12 hijos. Mencionamos aquí que las familias con mayor número de hijos se asocian con mayor nivel de pobreza, con problemas de desnutrición, con baja escolaridad y analfabetismo; sin embargo, el hombre manabita, carmense oriundo entiende que más hijos significa más manos laboriosas para trabajar el campo, por lo tanto mayor economía. En contraste con esta realidad tenemos principalmente con la población urbana el problema de la disminución de niños de 1 a 4 años repercutiendo en la economía del cantón en un futuro. Aumentando la población adulta mayor y menor porcentaje de adulto joven y adulto medio que trabajan y generan recursos para el desarrollo y engrandecimiento del cantón, causa de esto además es la migración de los carmenses a provincias más grandes en busca de mejores oportunidades sea por causas de estudio o laborales.

Es importante notar que los moradores se autoidentifican como montubios y también mestizos. La población está compuesta además por un 51,13% de hombres y 48,87% de mujeres; la diferencia social radica en que la mujer se ha destinado principalmente a labores de casa, crianza de hijos, trabajos agrícolas, mientras que el hombre se

dedica a la agricultura, ganadería, construcción y al comercio, esto se debe a la alta deserción escolar en ambos géneros. Mencionaremos aquí un problema social que está cada vez en auge, o más bien que ahora es conocido por el aumento de medios de comunicación o redes sociales, nos referimos a la violencia intrafamiliar y específicamente a la violencia de género, y por consiguiente no es raro escuchar femicidios en este cantón.

Refiriéndonos a la cultura alimentaria esta población en su gran mayoría sin diferencias entre mujeres y hombres o entre mestizos y montubios, o rural y urbana, consumen principalmente carbohidratos como: el plátano, la yuca y el infaltable arroz. Consumir vegetales o legumbres para un manaba carmense es similitud de “serrano”. Altas tasas de diabetes mellitus e hipertensión arterial resistente encontramos en esta población (Manual de Estadísticas y Censo 2010 y Gobierno Autónomo Descentralizado El Carmen-Manabí 2010).

2.4 ATENCIÓN SANITARIA

La Constitución Ecuatoriana, desde una visión integral de la salud en su capítulo 2, Art. 32 reconoce la salud como un “derecho fundamental que tiene que ser garantizado por el Estado y cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos que sustentan el Buen Vivir” (Manual del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS, 2013, p. 39).

La atención sanitaria es entonces un derecho de los seres humanos que tiene por objeto la prestación de los servicios médicos y farmacéuticos necesarios para conservar o restablecer la salud de las personas atendiendo además a la rehabilitación física, mental y social precisa para lograr una completa recuperación.

Las condiciones sanitarias en nuestro país tienen dos polos diferentes, uno en las grandes ciudades en donde la atención sanitaria es relativamente aceptable, mientras que del otro lado en las áreas rurales el acceso a salud es limitado por la escasez del personal médico y las distancias muy lejanas que existen.

Nuestro sistema de salud está integrado por el sector público y el sector privado; el sistema público cuenta con el Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Inclusión Económica y Social, e Instituciones municipales que brindan atención a la población no asegurada; tenemos además las instituciones de seguridad social (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional y

de las Fuerzas Armadas) que prestan servicios a pacientes afiliados a estas instituciones. Mientras que el sector privado cubren un 3% de la población media y alta, y está constituida por clínicas, dispensarios, empresas de medicina prepagada, consultorios y farmacias, todos estos últimos con fines de lucro principalmente.

“La lucha y demandas de las nacionalidades, pueblos indígenas, montubio y afro ecuatorianos del país, han permitido el reconocimiento constitucional del Ecuador como un país intercultural y plurinacional” (Manual del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS, 2013, p. 45). De esta manera se organiza la salud para garantizar los derechos de todos sus ciudadanos. Nuestro país en el ámbito de la salud se estructura en cuatro niveles: primario, secundario, terciario y cuarto nivel de atención médica.

El nivel primario de salud es el que posee mayor cobertura pero a la vez es el de menor complejidad, su equipo de salud está formado generalmente por médicos rurales, médicos generales, enfermeras, matronas, psicólogos, odontólogos, nutricionistas, asistentes sociales, los técnicos en atención primaria en salud (TAPS), y los paramédicos. Las actividades esenciales son la promoción y control de salud, la pesquisa de morbilidades, el tratamiento de enfermedades no complejas y las transferencias oportunas a niveles de mayor complejidad si la circunstancia lo amerita. El nivel secundario posee menor cobertura que el primario, atiende las morbilidades que no pueden ser resueltas en primer nivel por su complejidad mayor, por lo general son hospitales clínicos y quirúrgicos, su equipo médico está integrado por especialistas, no hay un contacto estrecho con la comunidad, su capacidad resolutive también es limitada y al igual que el nivel primario entre sus actividades esenciales está la transferencia al tercer nivel. El tercer nivel de atención representado estrictamente por hospitalización, tiene una cobertura limitada y mayor resolución en cuanto a complejidad. Por último el cuarto nivel de atención es un centro de subespecialidad médica, en nuestro país contamos con la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador (SOLCA) que es un centro especializado en oncología, y se menciona otros centros especializados en fertilidad.

La Atención Primaria en Salud (APS) es una fortaleza del sistema de salud que generalmente tiende a confundirse con primer nivel de atención; en la Declaración de Alma Ata en 1978 se definió la Atención Primaria de Salud:

La atención primaria de la salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y

cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como el desarrollo social y económico global de la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (Declaración de Alma Ata, 1978, p. 1).

Esta definición recalca que los servicios de salud estén acordes a las necesidades de toda la población sin excepciones, es decir que sea accesible independientemente de la cultura, la posición social o la distancia en la que se encuentre toda la población, para lograrlo se debe potenciar esta estrategia y se logra con una redistribución equitativa de los recursos tanto financieros, talento humano e infraestructura destinados para el sistema sanitario. Es importante también zanjar una dificultad cotidiana que existe entre el nivel hospitalario y la Atención Primaria de Salud, a menudo se considera más importante y superior al nivel hospitalario, sin embargo para que exista esta equidad de la que hablamos, es necesario una relación bidireccional y en condiciones de imparcialidad, con apoyo mutuo para solucionar los problemas de salud de la población (Martin & Cano, 2008, p. 8).

Martin Zurro en su sexta edición de su libro Atención Primaria describe 10 elementos fundamentales que caracterizan a la APS: *integral*, es decir abordaje biopsicosocial ; *integrada* con las diferentes estructuras y niveles de atención sanitaria; *continuada* y *permanente*, en cualquier etapa y circunstancia en la que se encuentre el paciente; *activa*, no solo como receptor sino también como ejecutor resolviendo todas las necesidades, haciendo énfasis en la promoción y prevención de salud; *accesible* a toda la población, *basada en el trabajo en equipo* de profesionales sanitarios y no sanitarios; *comunitaria* y *participativa*, con un abordaje individual y comunitario; *programada* y *evaluable*, con objetivos, metas y actividades claras con una evaluación transparente y por ultimo *docente e investigadora* es decir contar con actualizaciones continuas con el fin de mejorar la atención del paciente (Martin & Cano, 2008, p. 8,9).

Los servicios en salud que brinda el Hospital Básico El Carmen está organizado de la siguiente manera: sus instalaciones cuentan con dos áreas: la primera correspondiente a la emergencia y observación, área de hospitalización con 15 camas divididas en secciones para pediatría, medicina interna, cirugía y gineco-obstetricia, además un quirófano pequeño que funciona ocho horas en el día y se realiza procedimientos básicos, posee áreas de consulta externa de las especialidades de

medicina interna, ginecología, obstetricia, cirugía, pediatría, psicología y nutrición. La segunda área denominada Unidad Anidada El Carmen es más bien un centro de salud que brinda servicios de consulta externa en medicina general, medicina familiar y odontología. Las dos áreas cuentan con un laboratorio central y farmacia que funcionan 24 horas, y rayos X en horario de 8 horas. Por todo lo descrito nuestra unidad se ha clasificado como segundo nivel de atención; sin embargo, por el poco espacio físico con el que cuenta, el escaso número de especialistas para cubrir las 24 horas y al poseer solo cinco especialidades tiene limitada capacidad resolutive, por lo que los médicos generales se ven en la obligación de referir a otro centro de segundo nivel más complejo, en este caso el más cercano está el Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano y Hospital General Santo Domingo pertenecientes al Ministerio de Salud Pública y a Hospital General IESS Santo Domingo para pacientes con cobertura.

2.5. SALUD

La salud conceptualmente es un proceso complejo que se basa en la construcción social y biológica. Es difícil definirla por su carácter multidimensional e histórico (Villegas, et al., 2003, p. 21).

Uno de los primeros conceptos de salud se remonta al surgimiento de la microbiología, donde la pérdida de salud era únicamente uncausal, fundamentada por tanto en la ciencia biológica (Villegas et al., 2003, p. 13).

La concepción biologista de la salud excluye las causas sociales, económicas y psicológicas de la enfermedad, este modelo convierte a la ciencia y a la objetividad en conceptos similares, expresando así una separación del cuerpo-mente tal como lo objeto de lo sujeto; es decir la enfermedad es una relación causa efecto, y aunque el origen de la enfermedad sea distinto, siempre la causa será biológica, cuya resolución será simplemente clínica (Villegas et, al, 2003, p. 14).

Años después se introduce “lo social” en el concepto de salud y enfermedad, definido por las condiciones materiales de vida y grupos sociales:

Esto provocó en el campo de la medicina, una ruptura con los modelos reduccionistas biológicos, higienistas y con la epidemiología tradicional. Relacionados con esta superación de concepto aparecen nuevos términos y en diferentes contextos históricos y sociales; con límites conceptuales poco definidos y confusos entre sí, como el de la Medicina Preventiva, Medicina Social, Salud Colectiva, pero que instituyen sus saberes

y prácticas en la incesante búsqueda de la articulación del proceso salud enfermedad con las relaciones sociales, definido por Arouca, 1975 (Villegas et, al, 2003, p. 16).

En la VIII conferencia Nacional de Salud, dada en Brasil menciona que salud:

Es la resultante de las condiciones de alimentación, vivienda, educación, renta, ambiente, trabajo y transporte, empleo, placer, libertad, acceso a la tierra, a la cultura y a los servicios de salud. Además, el resultado de las formas de organización social de producción, las cuales pueden generar grandes desigualdades en el nivel de vida y de salud (Gómez, 2003, p. 7).

La salud, además se “define como un estado positivo de bienestar y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad. La definición connota una búsqueda activa del mejor estado físico y mental posible, y comprende elementos de prevención primaria y promoción de la salud” (Taylor, 2005-Artículo Medicina Familiar).

La salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocurran exclusivamente en el espacio privado de nuestra vida personal. La calidad de la vida, el cuidado en la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación, los problemas de salud, y la muerte misma, acontecen en el denso tejido social y ecológico en el que transcurre la historia personal (Gavidia & Talavera, 2012, p. 162).

Un concepto similar nos ofrece la OMS en 1948 definió la salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Manual del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS, 2013, p. 39). Este concepto está vigente hasta nuestros días y es el que mejor define lo que es salud, aunque existen autores que no están de acuerdo con este concepto, un ejemplo es Gavidia y Talavera en su libro *La construcción del concepto de salud*; defiende su postura haciendo alusión a que la definición de salud se ha ido elaborando de acuerdo a las necesidades de la sociedad. Por lo tanto el autor también menciona que “buscar salud no significa buscar inmortalidad, como tampoco luchar por la salud es evitar la muerte, pero si significa luchar contra cierto tipo de muertes” (Gavidia & Talavera, 2012, p. 174).

El bienestar significa la satisfacción de necesidades materiales y espirituales, la potenciación de las capacidades humanas, la libertad, el ejercicio de derechos, la participación, el cuidado de los recursos naturales y los ecosistemas, el reconocimiento y respeto a la diversidad, es decir, el mejoramiento de la calidad de vida (Manual del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS, 2013, p. 39).

Es importante recalcar que ya en el año 1984 Laín describe criterios para entender la salud: objetivos, subjetivos y el sociocultural.

El criterio **objetivo** para entender la salud lo desglosa en cinco criterios más:

- El criterio morfológico define a una persona sana cuando el médico “no puede descubrir una deformación directa o indirectamente perceptible; es decir, una alteración de su estructura anatómica a la que pueda considerarse morbosa. La salud, según esto, queda técnicamente entendida como ausencia de malformaciones (...) o de lesiones” (Laín, 1984, p. 188).
- El criterio etiológico es el que descarta la presencia de defectos genéticos, presencia de microorganismos, exposiciones químicas, o cuerpos extraños en un individuo que se analizó tanto por examen físico y por estudios tanto de laboratorio como imagenológicos; “<<Sano>>, entonces, equivale a <<limpio>>, exento de todas las causas – externas o internas- que impiden la vida normal o provocan enfermedad” (Laín, 1984, p. 188).
- El criterio funcional considera sano a quien tiene todos sus aparatos y sistemas funcionando normalmente esto incluye signos vitales dentro de parámetros normales. “<<Sano>> vale, pues, tanto como <<normorreactivo>>” (Laín, 1984, p. 188).
- El criterio utilitario hace alusión a la persona que pueda cumplir a cabalidad sus roles en la sociedad sin repercusiones. “<<Sano>> es sinónimo de <<útil>>; útil para el buen cumplimiento de alguna actividad social” (Laín, 1984, p. 189).
- El criterio comportamental o conductual para Laín es el más relevante, pues indica que su conducta debe ser normal en la sociedad que se desenvuelve independientemente de que los criterios anterior mencionados estén completamente normales. “<<Sano >> significa así <<integrado>>; está sano quien se halla socialmente bien integrado” (Laín, 1984, p. 189).

Estar sano **subjetivamente** se refiere al sentir del paciente, su sensación de percibirse sano, lo cual puede estar influenciado por su edad, biotipo, raza, personalidad, y sexo; este sentimiento según Laín se basa en:

- El estar consciente de mi propio estado de salud, con fundamento real, percibir que estoy sano considerando mis límites, lo que me impulsa al <<yo puedo>> teniendo en cuenta que al transcurrir los años tendré más limitantes.

- Sentimiento de bienestar psicorgánico que no es para nada total ni absoluto más bien Laín afirma “que un <<relativo bienestar>> psíquico y somático es signo casi constante de la buena salud” (Laín, 1984, p. 193).
- Cierta seguridad básica de poder seguir viviendo, es decir que desde que tenemos conciencia sabemos que somos frágiles y en cualquier momento llegara una enfermedad que puede llevarte a la muerte.
- Evidente libertad de nuestro propio cuerpo es decir no emplearlo conscientemente para muchas funciones para las que estamos diseñados como: pensar, soñar, imaginar, recordar, etc. Pero en caso de perder la salud el cuerpo entonces nos obliga a actuar y mostrará atención en su existencia.
- El hombre sano es capaz de buscar su semejanza con otro que tenga sus mismas condiciones, en el ámbito biológico y social.
- La persona sana puede manejar sus momentos de soledad o de compañía, es dueño de decidir su mejor forma de vida, lo que no sucede al momento de perder su salud.

Desde el punto de vista **sociocultural** perder la salud en un individuo no tiene la misma connotación, ni el mismo impacto que en otro con igual patología, su forma de reaccionar, de buscar ayuda y de asimilar la enfermedad está condicionado al factor económico, social y cultural. Laín menciona como ejemplo:

Los Tongas de África consideran que los vermes intestinales son necesarios para la digestión humana, y en ciertas tribus de América del Sur no se atribuye carácter morboso, sin duda por su frecuencia y su levedad, al *pinto*, una espiroquetosis discrómica (Ackerknecht). Hasta hace pocos años, entre los aldeanos griegos no eran tenidas por morbosas, sino consideradas como accidentes de la vida normal, ciertas afecciones indudablemente patológicas (el tracoma, por ejemplo), y se tenía por favorable para el buen curso de la vida individual la aparición de algunas enfermedades leves, como el acné puberal (Laín, 1984, p. 193).

Después del análisis de los diferentes enfoques conceptuales de salud dados a través de la historia surge las siguientes interrogantes: en nuestro primer contacto con un paciente ¿estaremos en condiciones de asegurar que tiene salud?, ¿en la actualidad bajo qué parámetros debe fundamentarse la salud humana? y ¿qué conocimiento al respecto tiene tanto la población que es atendida en el Hospital Básico El Carmen como el personal sanitario que desempeña sus funciones en este establecimiento?

2.6 RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Dörr Anneliese menciona que “A través de la mirada, la expresión verbal, contacto manual, y la relación instrumental, médico y enfermo se comunican en cuanto tales entre sí, uno como <<persona enferma>>, el otro como <<persona capaz de prestar ayuda técnica>>” (Lipovetsky & Lain, 2004, p. 1431-Revista Médica de Chile).

Estas son destrezas y habilidades que un médico debe desarrollar para obtener beneficios como el llegar a un buen diagnóstico y lograr una mejor calidad en la relación médico-paciente (Lipovetsky & Lain, 2004, p. 1434-Revista Médica de Chile).

Actualmente el número de demandas para los profesionales de salud ha ido en auge, y la razón principal es la falta de comunicación adecuada entre médico y su paciente. Debrouwere afirma que los pacientes manifiestan que un buen profesional es aquel que tiene cualidades como ser sensible, bondadoso y honesto (Debrouwere, 2008, p. 10).

Por tanto una consulta eficaz debe ser llevada a cabo con tres características principales:

1. Es un acto libre
2. La intimidad y la confidencialidad del paciente
3. Confianza mutua

En nuestra unidad de El Carmen, las demandas legales a profesionales de salud son frecuentes por parte de los pobladores tanto en emergencia talvez por el alto número de pacientes, el tiempo limitado y escasos del personal e insumos; todos estos son factores que contribuyen a una nula empatía y por tanto a una pésima relación médico-paciente; en contraste en la consulta externa encontramos menos número de demandas legales, sin embargo no es raro que los usuarios murmuren en los pasillos la inconformidad con la que salen de la unidad debido a que no fueron escuchados como esperaban.

Como médicos es importante ser receptivos con lo que emite nuestro paciente, no solo con lo que expresa de manera verbal, sino también de forma no verbal, es decir con su expresión corporal y facial, su vestimenta, su mirada, sus silencios. Mostrar interés en la otra persona, en lo que siente y en lo que le preocupa; y una forma de lograrlo es por medio del escucha activa, que es lo que debemos trabajar en cada consulta.

Lograr una escucha activa tiene como ventaja ganar la confianza del paciente por parte del médico, de esta manera aportar con todos sus conocimientos en beneficio

logrando que no consulte a varios médicos por la misma patología, más bien que exista un acompañamiento en su ciclo de vida; contribuyendo así a una mejor estructuración de los servicios de salud y además fortalecer de esta manera el primer nivel de atención (Debrouwere, 2008, p. 6).

Lamentablemente desde hace aproximadamente un siglo atrás la medicina lejos de ser más amigable se ha deshumanizado, son tres los factores que han contribuido a esta problemática; uno de ellos ha sido la fragmentación de la atención medica que aumenta cada día con la creación de nuevas súper especialidades, que se centran más en explicar fisiopatológicamente una enfermedad mas no en la manera como esta repercute en el paciente y el daño biopsicosocial que está generando; la tecnificación de la medicina también ha contribuido a esta deshumanización, pues el medico ya casi no ve paciente, simplemente ve exámenes de laboratorio o estudios imagenológicos con lo que llega a un buen diagnóstico pero de la misma forma no se preocupa por el impacto que esto pueda causarle a su paciente; un factor aún más penoso que por desgracia no son pocos los profesionales que caen en este grupo es la corrupción profesional, donde se explota a un individuo que preocupado por su salud cree y gasta todo lo que en si para él es una verdad absoluta, lo que pida y mencione su médico, incluye aquí el realizar complementarios y procedimientos innecesarios que estarían demás para resolver una verdadera demanda del paciente (Ocampo, 2013, p. 44).

Actualmente la tecnología es útil y fundamental en todas las profesiones, y en el área de la salud es igualmente indispensable, sin embargo esto también ha contribuido enormemente a la perdida de una comunicación efectiva entre el médico y su paciente; la comunicación se vuelve unidireccional, el medico recepta la información dada por su paciente y la plasma en su computador sin establecer al menos contacto visual, que es una de las herramientas más potentes de la comunicación no verbal, mucho menos instaurar un verdadero dialogo en el que el medico pueda mostrar interés sincero, resolver dudas y calmar la ansiedad o apaciguar las preocupaciones que en ese momento surgen durante el acto de la consulta médica, en otras palabras lograr empatía; por esto “la relación médico-paciente es, por lo general, un encuentro fraternal entre dos individuos sin parentesco, amistoso, entre dos no necesariamente amigos y humano y por encima de cualquier consideración” (Ocampo, 2013, p. 47).

Los beneficios de lograr una buena comunicación en la consulta médica, son imprescindibles para el paciente pues se convierte en una herramienta clave de gran importancia que le permite al médico por un lado llegar hasta el 75% de efectividad en

los diagnósticos, y para el paciente lograr adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Así, el paciente juzgará más a su médico por su trato amable, su seguridad, su sinceridad, ya que saldrá tranquilo y reconfortado de su consulta, por lo tanto aliviado y tendrá confianza en él, aunque talvez existan otros más experimentados. Sentirán que sus objetivos fueron logrados.

Los objetivos del médico siempre son ante todo, resolver los problemas de su paciente, curarlo, aliviarlo, salvarlo, mas no puede olvidar que trata a una persona y a ellos se agrega obtener su confianza, respeto y tranquilidad, logrando su consentimiento en cada acción que considere realizar (Rodríguez, 2008, p. 34)

2.7 SALUD MENTAL

Hasta 1946 en la literatura no se encuentra referencias sobre salud mental como campo o disciplina, fue en este año cuando se creó la Health Association en Londres, para el año 1950 se creó la OMS y en ese mismo año se celebra el primer Congreso Internacional de Salud Mental en Londres en donde se hace una diferencia entre lo que si se había hecho referencia años antes la higiene mental y lo que ahora se definía Salud mental (Bertolote, 2008).

La higiene mental se refiere a todas las actividades y técnicas que fomentan y mantienen la salud mental. La salud mental es una condición, sometida a fluctuaciones debido a factores biológicos y sociales, que permite al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos, potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armónicas con terceros, y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico (Bertolote, 2008, P, 113).

A pesar de estos conceptos en este año, en realidad hasta nuestros días no existe una definición clara y ampliamente aceptada de Salud Mental como disciplina, sin embargo en diciembre del 2013 la OMS menciona el siguiente concepto:

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2013).

Al hablar de Salud Mental, debemos tener presente que está muy estrechamente ligado al abuso de sustancias psicoactivas, pues frecuentemente tanto la ansiedad

como la depresión y otros trastornos mentales van acompañados de la dependencia al alcohol u otras drogas. La dependencia es en sí un problema de Salud Mental y un factor de riesgo importante para padecer otros trastornos mentales y a la vez estos desajustes mentales van a favorecer al desarrollo del alcoholismo y la drogadicción (Roses, 2005).

La salud mental está determinada también por otros factores que incluye tanto biológicos, como socioeconómicos y medioambientales; actualmente el DSM-V los agrupa como trastornos mentales, pero no es objetivo de nuestra tesis ahondar en ellos, sino más bien de manera general analizar cómo influye estos en las familias de El Carmen y como su cultura la define, y su comportamiento al enfrentarse a uno de estos trastornos.

Las estrategias de intervenciones eficaces tanto de promoción, protección y restablecimiento de la salud mental son varias, pero depende de que el paciente las conozca que existen y que el mejor lugar para abordarlas es justamente el primer nivel de atención y se describen tres razones fundamentales:

La primera, porque probablemente sea, junto con la escuela, el dispositivo social con el que contactan mayor número de ciudadanos a lo largo del año y de la vida de cada uno de ellos. En segundo lugar, porque múltiples investigaciones apuntan que los pacientes con trastornos mentales o conflictos psicosociales crónicos suelen consultar de forma repetida con los diversos dispositivos de APS. Y en tercer lugar, porque, a niveles pragmático y sanitario, los trastornos emocionales que no se detectan precozmente por los profesionales de APS tienen una peor evolución (Buitrago Ramírez et al, 2018).

Es importante entonces abordar estos trastornos de una perspectiva biopsicosocial real, es decir que no es simplemente ver al paciente como tal, sino atenderlo como miembro de una familia y una comunidad en donde lo psicológico y lo emocional cuentan de manera práctica, y que este es un humano que necesita calidad de vida para volver a integrarse a la sociedad (Buitrago Ramírez et al, 2018).

La OMS menciona que para hacer una promoción de salud eficaz esta va a depender de las estrategias intersectoriales concretas para fomentar la salud mental, mencionamos algunas de ellas:

- las intervenciones en la infancia precoz (por ejemplo, la creación de un entorno estable que atienda las necesidades de salud y nutrición del niño, lo proteja de las amenazas y le proporcione oportunidades de aprendizaje precoz e interacciones que sean sensibles, le den apoyo emocional y estimulen su desarrollo);

- el apoyo a los niños (por ejemplo, programas de creación de capacidades y programas de desarrollo infantil y juvenil);
- la emancipación socioeconómica de la mujer (por ejemplo, mejora del acceso a la educación y concesión de microcréditos);
- el apoyo social a las poblaciones geriátricas (por ejemplo, iniciativas para hacer amistades y centros comunitarios y de día);
- los programas dirigidos a grupos vulnerables, y en particular a las minorías, los pueblos indígenas, los migrantes y las personas afectadas por conflictos y desastres (por ejemplo, intervenciones psicosociales tras los desastres);
- las actividades de promoción de la salud mental en la escuela (por ejemplo, programas de apoyo a los cambios ecológicos en la escuela y escuelas amigas de los niños);
- las intervenciones de salud mental en el trabajo (por ejemplo, programas de prevención del estrés);
- las políticas de vivienda (por ejemplo, mejora de las viviendas);
- los programas de prevención de la violencia (por ejemplo, la reducción de la disponibilidad del alcohol y del acceso a las armas);
- los programas de desarrollo comunitario (por ejemplo, iniciativas de colaboración ciudadana y de desarrollo rural integrado);
- la reducción de la pobreza y la protección social para los pobres;
- legislación y campañas contra la discriminación;
- promoción de los derechos, las oportunidades y la atención de las personas con trastornos mentales (OMS, 2018).

Otra de las recomendaciones que realiza la misma OMS en este mismo año es el que los gobiernos y Ministerio de Salud deberán asumir un papel de liderazgo y que junto a la colaboración de esta organización y otros asociados nacionales e internacionales deberán ejecutar un plan de acción integral sobre salud mental para el periodo 2013-2020, en cada país según sus circunstancias específicas con la finalidad de que haya mayor acceso a servicios de salud mental y bienestar social, el recibir tratamiento oportuno y el de obtener mayor acceso a las prestaciones públicas de invalidez en casos necesarios (OMS, 2018).

En respuesta a esto el Ministerio de Salud Pública de nuestro país elabora la Guía de Salud Mental Comunitaria en el año 2016 que describe como objetivo:

Proporcionar una herramienta metodológica a los EAIS, TAPS, Comités locales de salud, Promotores de salud y responsables de salud mental, con el fin de acercar a la comunidad en general/usuarios de los servicios de salud en la comprensión de la prevención y promoción de la salud mental (Guía de Salud Mental Comunitaria, 2016).

2.8 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En nuestro país la salud sexual y salud reproductiva se considera un derecho humano desde 1994, este se fundamenta en la dignidad, igualdad y libertad de las personas sin discriminaciones. Además en el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del 2017 se reconoce no solo con un enfoque de derecho sino también con un enfoque de interculturalidad, de igualdad, de género, sexualidad integral, inclusión social, enfoque intergeneracional y de participación y ciudadanía en salud (Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2017).

Pero es imprescindible tener claro los conceptos de salud sexual y de sexualidad que aunque están relacionados, de ninguna manera tienen el mismo significado; la OMS define salud sexual como:

Un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no es la mera ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción discriminación y violencia (OMS, 2015).

Para mantener una salud sexual es imprescindible respetar los derechos sexuales de todas las personas y que nuestros pacientes vean que se cumple este principio; por tanto *sexualidad* es un término que implica un significado más amplio, la OMS la define como:

Un aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de la vida [que] abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa por medio de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, funciones y relaciones (OMS, 2015).

Este tema es de importancia por formar parte de la vida de todo ser humano desde el nacimiento hasta la vejez, es así que la sexualidad, salud sexual y reproductiva son componentes centrales para la identidad de los y las adolescentes y jóvenes, por tanto “es de vital importancia que cuenten con los elementos necesarios para que la puedan vivir con plenitud y responsabilidad, sobre todo en esta etapa de formación, de aprendizaje y de generación de condiciones para su empoderamiento y autonomía” (Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2017). En el caso del adulto mayor generalmente se asocia a la sexualidad con la reproducción, dejando fuera de este tema al adulto mayor, recordando que este grupo etario es cada vez mayor y se

piensa que ya no requieren de este tipo de información pero este tema debe incluirse para ayudar al bienestar y calidad de vida en este grupo de pacientes, ya que los adultos mayores deben acoplarse a vivir una sexualidad adecuado contando con el conocimiento, asesoría y acompañamiento del profesional de salud, para ser su guía en esta etapa y siempre teniendo presente que sexualidad también hace referencia a la parte afectiva, la interacción e intimidad de la pareja.

La salud reproductiva y la salud sexual guardan una estrecha relación entre sí, pues al hablar de programas de prevención de enfermedades de transmisión sexual, estamos también tratando y previniendo problemas de infertilidad; aquí es donde está la importancia de usar métodos anticonceptivos o de hablar de anticoncepción que se define como “conjunto de métodos y técnicas que permite a mujeres y hombres ejercer y disfrutar de su sexualidad independientemente de la función reproductiva, así como escoger libre y responsablemente el número y espaciamiento de los hijos que deciden tener” (Ministerio de Salud Pública, 2005). Por lo mencionado es esencial promocionar en las comunidades la planificación familiar, para de esta manera promover el bienestar y la autonomía de las familias y comunidades; motivo por el cual es sumamente importante asegurar una atención de calidad en este tema en las unidades de salud ya que el mismo estado garantiza estos derechos.

Usar métodos anticonceptivos tiene varias ventajas:

- Vivir la sexualidad de una manera libre y satisfactoria
- Tener relaciones sexuales sin miedo a un embarazo
- Planificar el número y el momento adecuado de tener hijos
- Evitar embarazos no deseados (Dirección General de Salud Pública, 2006)

Por ello tener una vida sexual activa debe ser con responsabilidad, y todas las personas deberíamos conocer a la perfección los diferentes métodos anticonceptivos y sus respectivos usos.

Al planificar el número de hijos y el momento oportuno de tenerlos será de gran beneficio pues la atención de la maternidad debe estar antecedida por una visita al médico antes del embarazo, y esta debe tener la misma importancia que las visitas prenatales y las posparto, ya que es un paso esencial para mejorar los resultados del embarazo, por ello planificarlo no debería ser una opción; los tres objetivos principales serían identificar riesgos potenciales para la madre y el feto, que la mujer sea educada sobre los riesgos que puede presentar y finalmente iniciar intervenciones oportunas en beneficio al feto y la madre (Kay Johnson et al., 2006).

La madre además debería conocer perfectamente los signos de alarma para identificar cuando algo en su embarazo no está bien, por lo que los libros de medicina familiar recomiendan la educación maternal desde el primer trimestre del embarazo, teniendo en cuenta que los cambios en el cuerpo de la mujer surgen desde esta etapa, lo cual puede provocar molestias o ansiedad a medida que avanza su embarazo, o a su vez omitir algún signo importante y retrasar la atención oportuna si fuera el caso (Arribas., Bailón y Ortega, 2019).

La reducción de la muerte materna y neonatal es una prioridad actualmente en nuestro país, y a pesar de que existe un importante progreso en la reducción de esta mortalidad en los últimos años, aún existen comunidades que prefieren el parto en casa sea por preferencias culturales o por distancia. Tomando en cuenta esto el gobierno junto con el MSP lanza una estrategia llamada “*atención de la salud materna culturalmente adecuada*” en 2011 que en parte menciona que “el parto y el nacimiento tendrán que modificarse a los ajustes y adaptaciones necesarias en un país mega diverso como el nuestro, tanto en su territorio como en su cultura” (Guía Metodológica Para La Atención De La Salud Materna Culturalmente Adecuada, 2011). La guía ofrece como objetivo de estrategia el fomentar la participación social promoviendo actitudes de respeto, dialogo y enriquecimiento cultural mutuo entre la población, que incluye las usuarias y las parteras con el personal de salud en la atención tanto del embarazo, parto y puerperio (Guía Metodológica Para La Atención De La Salud Materna Culturalmente Adecuada, 2011).

Con todo lo mencionado en este capítulo, notamos que existen estrategias dirigidas al personal sanitario para obtener un adecuado abordaje de los pacientes en este tema, sin embargo tenemos aún estadísticas altas de muertes materno neonatales, zonas en las que la preferencia de un parto en casa continua siendo la primera opción y al no existir una buena relación médico paciente, no son vigiladas de cerca por personal de salud, sin olvidar que las distancias tan alejadas también hace que no reciban la atención adecuada desde la anticoncepción hasta el puerperio como resultado.

2.9 CONSUMO Y ABUSO DE SUSTANCIAS

Al hablar de consumo y abuso de sustancias nos referimos al uso de drogas o alcohol, problema que no solo afecta a la persona que ingiere, sino que afecta a los que lo rodean, familia, amigos, compañeros laborales o de escuela. La OMS en 1994 hace referencia al consumo abusivo principalmente de alcohol definiendo el término como:

“consumo que supera un volumen diario determinado (p. ej., tres bebidas al día) o una cantidad concreta por ocasión (p. ej., cinco bebidas en una ocasión, al menos una vez a la semana)” (OMS, 1994). Se refiere además sobre el término abuso que “se utiliza a veces con desaprobación para referirse a cualquier tipo de consumo, particularmente, de drogas ilegales” (OMS; 1994).

Actualmente en el DSM-5 el capítulo referente al tema se denomina “El trastorno por consumo de sustancias” y lo estructura en dos grupos:

Los trastornos relacionados con sustancias, que incluyen los trastornos por consumo de sustancias (diez clases de sustancias, excepto la cafeína), y los trastornos inducidos por sustancias que a su vez quedan divididos en intoxicación, abstinencia y trastornos mentales inducidos por sustancias que aparecen específicamente en su capítulo correspondiente; y el otro grupo que es el ya aludido de juego patológico, que aparece dentro del epígrafe Trastornos no relacionados con sustancias (Lazcano, 2015).

El consumo de sustancias es un trastorno que afecta a todo tipo de personas, independientemente del estatus social, género y edad, sin embargo un número mayor afectado sin duda es la población adolescente, o al menos es en esta etapa cuando inician su consumo. Muchas asociaciones de salud tanto públicos y privados invierten cada año mucho dinero para eliminar esta condición, pero este problema de salud sigue más bien en aumento (Tena Antonio et al. (2018).

Los factores de riesgo para que en especial un adolescente de entre 13 y 25 años inicie a consumir sustancias adictivas se mencionan en la literatura que son multifactoriales y se los clasifica como individuales que incluye los genéticos y el desarrollo neurobiológico, los familiares y los medioambientales. Los factores genéticos aunque son controversiales de ha identificado genes y regiones cromosómicas específicas que se relacionan con consumo de sustancias, y que juegan principalmente un papel importante en la transición de un consumo regular a un trastorno como tal. El desarrollo neurobiológico influye en esta etapa por modificaciones dependiente en especial de dopamina y ya que en esta etapa existe gran labilidad en el proceso de toma de decisiones, el ser aceptados por sus pares en especial aquellos con conductas inadecuadas hace que esta edad se vuelva más vulnerable para el consumo de sustancias inadecuadas. Los factores familiares y ambientales juegan un papel importante más que todo en el momento de inicio para el consumo de sustancias; múltiples problemas como divorcios, violencia y conflictos intrafamiliares, el ejemplo de padres consumidores y sobre todo de hermanos, amigos

y compañeros de clase conducen al adolescente a buscar refugio en este mal hábito (Tena Antonio et al. (2018).

Al valorar a un paciente que sospechamos que abusa de las bebidas alcohólicas y/o drogas, existen muchas herramientas que nos pueden ayudar, existen más para medir alcohol que drogas, sin embargo es importante investigar de forma fiable sus efectos en salud es bastante complejo, esto debido a la diversidad de formas de consumo como a la heterogeneidad en la clasificación del mismo. Por esto la medición del consumo debe ser de manera integrada, lo cual debe incluir patrones de consumo y preferencias de bebidas, para identificar de manera correcta los efectos que tendrá esto en la salud tanto del consumidor como de la familia (Revista Española de Salud Pública, 2014).

El consumo de drogas y alcohol reduce la calidad de vida no solo del paciente sino también de sus familias y de todos aquellos quienes los rodean. Hablando por ejemplo del alcohol específicamente se encontró en estudios su relación entre el abuso del alcohol y el riesgo de quedar discapacitado y de provocar la muerte prematura, sin embargo “alguna evidencia sugiere que la ingesta baja podría tener un efecto protector sobre afecciones específicas como cardiopatía isquémica y la diabetes” (GBD, 2016). Sin embargo este mismo estudio concluyo lo siguiente:

En 2016, el consumo de alcohol provocó 2 · 8 millones de muertes y fue el principal factor de riesgo de muerte prematura y discapacidad entre las personas de 15 a 49 años, con casi el 9% de todos los AVAD atribuibles para hombres y más del 2% para mujeres. Nuestros resultados indican que el consumo de alcohol se asoció con una pérdida de salud mucho mayor para los hombres que para las mujeres, con la carga atribuible para los hombres alrededor de tres veces mayor que la de las mujeres en 2016. Al evaluar todos los riesgos relativos asociados al consumo de alcohol, descubrimos que consumir cero bebidas estándar al día minimiza el riesgo general para la salud (GBD, 2016).

Dentro de esas pérdidas de salud a nivel individual, también los estudios realizados lo han asociado a algunos tipos de cáncer como: oral, faríngeo, esofágico, laríngeo, mama, y colorrectal entre otros; por ello “La Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (ASCO) informa que el consumo de alcohol es un factores de riesgo establecido para varios tumores malignos y es un factor de riesgo potencialmente modificable para el cáncer (ASCO, 2017).

El consumo de alcohol y drogas esta además relacionado con accidentes y mortalidad por traumatismo, y afecta enormemente a la familia y a quienes lo rodean, pues su

vínculo con la violencia social es muy fuerte, incluye maltrato físico, verbal y sexual. Los últimos años el aumento de la violencia sexual está en aumento y las cifras están muy relacionadas al consumo excesivo de alcohol y al uso de drogas; otro problema que ocasiona es su relación con el suicidio y con la demencia. Por ello se menciona que cuando un miembro de la familia tiene problemas relacionados con alcohol y drogas, los que sufren son los hijos, la pareja, los padres, en fin todo el círculo familiar se altera, el como la familia maneje este problema será importante para el desarrollo de la misma (Martín, 1992).

Al tratar un paciente con trastorno por consumo de alcohol y drogas es importante la intervención psicosocial, pero la literatura habla de hasta un 70 por ciento de personas que vuelven a beber en exceso luego de este tratamiento solo, por tanto se recomienda el uso de medicamentos lo que reduce el consumo excesivo aumentando los días de abstinencia. Y aunque este trabajo no se detendrá a analizar a la profundidad el tratamiento más adecuado si mencionaremos que el objetivo como tal del tratamiento debe ser el aumentar los días de abstinencia, esto se asocia a mejores resultados. (Centro de Alcoholismo, Abuso de Sustancias y Adicción, 2008).

2.10 VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La violencia intrafamiliar no es un tema nuevo sino más bien se ha extendido a nivel mundial repercutiendo en la esfera biopsicosocial, en la actualidad está causando conmoción por el aumento de estos casos y se puede aseverar que muchas personas han sido víctimas o victimarios de un acto de violencia en cualquier etapa de sus vida.

La familia es una de las instituciones en la que identificar el fenómeno resulta más complejo porque los integrantes lo niegan ante el temor de ser cuestionados o lacerar la imagen familiar. En dichos eventos, las mujeres, los niños y las niñas suelen ser los más afectados (Montero, Delis, Ramírez, Milán y Cárdenas 2011).

Ante esto la OMS considera a la violencia como “El uso de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo., daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte” (OMS 2019).

Por otra parte la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) define la violencia intrafamiliar de la siguiente manera:

Es un acto de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier integrante de la familia, dentro o fuera del domicilio familiar, por quien tenga o haya tenido algún

parentesco por afinidad, civil, matrimonio, concubinato o a partir de una relación de hecho y que tenga por efecto causar un daño (Comisión Nacional de los Derechos Humanos 2016, p. 2).

Por último la ley nos brinda un concepto de violencia intrafamiliar: “Se considera violencia intrafamiliar toda acción u omisión que consiste en maltrato físico, psicológico o sexual, ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar” (ley contra la violencia a la mujer y la familia 2014).

Se considera varios tipo de violencia intrafamiliar entre la que tenemos la violencia física: es el uso de arma, objeto que cause daño a la integridad física de las personas; psicoemocional se refiere a amenazas, insultos, humillaciones, chantaje, abandono celopatía provocando en la víctima alteración en el autoestima; patrimonial consiste en daño en bienes inmuebles, retención o sustracción de objetos, documentos personales, derechos patrimoniales, perturbación de la propiedad; sexual son acciones que ponen en riesgo la integridad, seguridad y desarrollo psicosexual de la persona agredida; económica es cuando se limitan la economía y controlan sus ingresos afectando con sus recursos económicos; por ultimo tenemos los derechos reproductivos es cuando se limita a la mujer a la libre decisión y voluntad en el número de hijos, estacionamiento, función reproductiva, uso de métodos anticonceptivos, atención prenatal y obstétricos de emergencia (Comisión Nacional de los Derechos Humanos 2016, p. 3)..

Durante muchos años la sociedad se ha basado en un machismo en el cual el hombre por ser jefe de hogar y encargarse de la economía de la familia ha creído tener la capacidad y el derecho de controlar, ordenar e imponer rigurosas disciplinas y abusos hacia los hijos y/o la mujer. En la actualidad la cultura tiene otro modelo reforzado en:

El uso de la fuerza para resolver los problemas, por eso el abusador utiliza la fortaleza física para mantener el poder y control sobre la mujer, quien lo ha soportado en silencio, pues ha aprendido que la violencia es efectiva para ese fin. En la televisión (...) ha sido “glorificada” la violencia, con presentación de los patrones en la sexual (Montero 2011)

En el libro de violencia intrafamiliar María García y Gloria Saavedra mencionan que la violencia puede presentarse bajo la siguiente condición:

“La existencia de un desequilibrio de poder. Por un lado, el ejercicio de un poder de dominio patriarcal y, por otro, la carencia de un poder de afirmación de género” (Cussiánovich, Tello y Sotelo 2007, p. 22).

La violencia está dada por dos situaciones como son el poder y la debilidad por parte el agresor y del agredido respectivamente y ante esto se puede deducir que “la violencia familiar no puede estar desligada de la violencia del entorno social y político global, en donde la violencia se ejerce con el más débil o más precisamente contra aquellos que hemos debilitado” (Cussiánovich, 2007, p. 22).

Al abordar el tema de violencia también podemos evidenciar que se ha dado avances en el aspecto legal no solo a nivel internacional sino también en nuestro país y así tenemos la ley 103 del año 2014 que nos indica su siguiente objetivo “proteger la integridad física, psíquica y la libertad sexual de la mujer y los miembros de su familia, mediante la prevención y la sanción de la violencia intrafamiliar y los demás atentados contra sus derechos y los de su familia” (ley contra la violencia a la mujer y la familia 2014). Pese a estos progresos con mayor respaldo a la mujer y niños en nuestra sociedad podemos evidenciar como este tema se mantienen oculto y en el artículo de realidades de violencia familiar en el mundo contemporáneo nos indica que:

Las víctimas, por lo general, pasan en silencio estos maltratos, pues les avergüenza que se conozca la situación más allá del núcleo familiar, y se establece con la persona que usa la coerción una relación de sumisión a sus órdenes, de tal manera que los afectados por estos problemas parecieran rehenes de quien tiene el poder en la familia (Montero, 2011, p. 5).

En nuestro país en el año 1994 se crearon las primeras comisarías de la mujer y la familia (CMF) con la finalidad de orientar y prevenir la violencia contra las mujeres y en la actualidad se cuenta con unidades judiciales de violencia con la mujer y la familia, además se cuenta con un servicio integrado de seguridad ECU911, denuncias en la fiscalía y fundaciones que brindan ayuda, una de ellas es la instaurada por el municipio: amiga ya no estás sola, Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la mujer (Cepam), fundación María Guare ubicadas en la ciudad de Guayaquil y en Quito se cuenta con Centros de Equidad y Justicia del Municipio de Quito ateniendo de manera gratuita a víctimas de violencia intrafamiliar, maltrato infantil, violencia de género, y violencia sexual; a pesar de lo antes expuestos en nuestro país sigue en ascenso los casos de violencia intrafamiliar por causas multifactoriales y como médicos debemos dejar a un lado la vergüenza a invadir su esfera privada, prejuicios hacia la mujer y darnos un poco de tiempo para abordar la parte psicosocial ya que estos se transforman en barreras que nos impide detectar de manera oportuna los episodios de maltrato y por ultimo debemos crear conciencia en nuestra población para las futuras repercusiones.

2.11 ENFERMEDADES CRÓNICAS

Enfermedades cardiovasculares como infartos de miocardio y enfermedades cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes mellitus y enfermedades respiratorias crónicas como la enfermedad obstructiva crónica (EPOC) y el asma son consideradas enfermedades crónicas. Actualmente se han convertido en una epidemia mundial, al ser las causantes de aproximadamente el 63 % de muertes; la OMS define a las enfermedades crónicas como: “enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta” (OMS).

Es importante señalar que a medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades incapacitantes y crónicas, estas generalmente no se logra su curación pero si se da un tratamiento oportuno y se controla se puede evitar muchas complicaciones que pueden dejar secuelas graves alterando su independencia y autonomía, características fundamentales que en un adulto mayor es imprescindible no perderlo.

Por esta alta prevalencia de enfermedades crónicas en pacientes adultos mayores hemos considerado abordar un espacio para este grupo de pacientes.

2.11.1 ADULTO MAYOR

“El inicio de la vejez es difícil de establecer. El criterio que se utiliza puede ser político o social, a partir del momento en que acontece la jubilación; o biológico (...) cambios en el organismo” (Álvarez et al, 2004, Pág.3).

La OMS manifiesta que la capacidad funcional del adulto mayor es el mejor indicador de salud, a diferencia de lo que se presume sea la prevalencia de enfermedades en cada individuo, por ello es difícil establecer un concepto exacto de cuando empieza una persona a considerarse adulto mayor.

Si bien no existe un acuerdo unánime sobre el inicio de la vejez, diversos autores lo establecen entre los 70 y los 75 años, y consideran a los mayores de 85 años como <<muy viejos>> o <<muy ancianos>>. Así, se puede establecer tres subgrupos etarios dentro de las personas mayores: a) los ancianos jóvenes, entre 70 y 75 años; b) los ancianos, entre los 75 y 85 años, y c) los muy viejos o ancianos frágiles, de edad mayor a los 85 años, o a los 80 años según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este último grupo de edad presenta una alta prevalencia de enfermedades y de dependencia funcional, lo que condiciona una importante sobrecarga económica para los sistemas social y sanitario de los países (Álvarez et al., 2004, p. 3).

Además, “no existe una forma única de envejecer. El proceso de envejecer biológica y psicológicamente es inherente a cada persona, y en ello influye su historia previa” (Martin & Cano, 2008, Pág.1728). Pero no por esto debemos considerar que el envejecimiento por si solo es sinónimo de enfermedad en esta población, por supuesto es más frágil y está más predispuesta a presentar enfermedades. “La susceptibilidad a las enfermedades esta incrementada por el envejecimiento, pero este no genera síntomas de por sí. La presencia de síntomas en el anciano es secundaria a la existencia de un problema de salud” (Martin & Cano, 2008, p. 1728).

Antiguamente a los adultos mayores se los consideraba como “incurables” por lo que se rehusaba a darles tratamiento médico o rehabilitador, esto provocaba que se los ingresara de por vida en salas de enfermos crónicos, donde terminaban sus últimos días sin calidad de vida; las primeras publicaciones en contra de este actuar se remontan a los años 1909 cuando el Doctor Nascher originario de Viena publicó en Nueva York el documento “*Longevidad y rejuvenescencia*”, posterior en 1914 da a conocer su libro de geriatría: “*Las enfermedades del envejecimiento y su tratamiento*”. (Ávila, 2010, p. 50). En Inglaterra en 1935 Marjorie Warren crea el primer servicio de geriatría, donde se evidencia que la mayor parte de estos pacientes con terapia rehabilitadora se podrían reintegrar a la sociedad junto a sus familiares y así abandonar estas salas. Siguiendo con esta línea en 1946 surge la especialidad de geriatría la cual tiene por objetivo dar asistencia continua al adulto mayor. En 1974 la Organización Mundial de la Salud emite un informe titulado “Organización y Planificación de Servicios Geriátricos”, a raíz de esto se celebran Asambleas mundiales del envejecimiento donde se plantean propuestas y recomendaciones a los gobiernos y la sociedad civil para garantizar el acceso de los adultos mayores a los sistemas de salud (Robles, Miralles, Llorach y Cervera 2006, p. 26).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) da a conocer cifras importantes sobre el envejecimiento:

- Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%.
- Para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años.
- En 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos.
- La pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado.

- Todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar ese cambio demográfico.

Al igual que en sociedades como España, en nuestro medio también existe la idea equivocada “que el envejecimiento demográfico de un país conlleva únicamente aspectos negativos. Con frecuencia se ve a los ancianos como personas tristes, enfermas y con discapacidad. Esta falsa concepción que proviene de las generaciones del pasado está lejos de la realidad actual” (Robles et al., 2006, p. 25). Y esto es evidenciable en nuestro país, pues los adultos mayores independientes de su edad y de las patologías aún tienen la responsabilidad de ser el pilar fundamental en su hogar tanto en la toma de decisiones como en el sustento económico y muchas veces no cuentan con redes de apoyo. Es importante también mencionar que los adultos mayores con frecuencia adoptan roles que no les corresponden como son el criar y cuidar a nietos o sobrinos principalmente, afrontando todo el peso que conlleva mantenerlos desde vestimenta, alimentación, salud y su educación, sin recibir aporte de ninguna clase de los verdaderos responsables de estos menores.

Por lo mencionado hemos apartado una sección para tratar como influye la interculturalidad en una población frágil y vulnerable como son los adultos mayores, los años vividos bajo las mismas costumbres o con patrones marcados desde su infancia, hace que sea peculiar su forma de pensar y actuar respecto a temas de salud. En acápites anteriores describimos algunas costumbres propias de los habitantes de El Carmen, costumbres que la mayor parte se evidencia en este grupo etario, por ende es indispensable que el personal médico conozca y comprenda estas creencias, con la finalidad de entender su cultura sin discriminarlo, lograr una consulta médica empática y alcanzar así adherencia a los tratamientos con mejor control de sus enfermedades crónicas.

Con cierta frecuencia, a los profesionales de la salud no les atrae tratar con pacientes geriátricos. Ciertamente, los ancianos pueden ser lentos y confusos, tener una higiene deficiente y describir sus síntomas de forma abigarrada. A pesar de estas dificultades, los profesionales que aporten a los encuentros con ellos paciencia, una mente abierta, una apreciación de la experiencia y la conciencia sobre los problemas propios de los ancianos se verán recompensados, a menudo, con la gratitud y con un enriquecimiento de su propia comprensión de la vida (Álvarez et al., 2004, p.80).

Partiendo de esto, el modelo de atención sanitaria debe brindar soluciones para evitar la discapacidad en esta población, recordando que las enfermedades tienen dos

patrones evolutivos: el más visto en la consulta externa son de tipo crónico como hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Diabetes Mellitus tipo 2, insuficiencia cardiaca entre otras que provocan discapacidad de forma progresiva; mientras existen otras enfermedades que provocaran discapacidad catastrófica aguda como: Enfermedad cerebro vascular, Infarto agudo de miocardio o fractura de cadera (Abizanda, 2012, p.281).

De forma general la evaluación y atención al adulto mayor es integral, en la esfera biológica, social y psicológica; es decir, se debe conocer su estado civil, las relaciones familiares, las ayudas públicas y privadas que recibe, la condición de su vivienda y la carga que llega a ser para su núcleo familiar; todo ello contribuye a una prevención de una discapacidad en estos pacientes, pues el autocuidado y los cuidados familiares, son claves para lograr este objetivo.

2.11.2 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Según datos observados por la OMS, el incumplimiento de los tratamientos por parte de los pacientes con enfermedades crónicas especialmente es de solo el 50% en países desarrollados y se encuentra datos de hasta el 80% de incumplimiento en aquellos en vías de desarrollo. Esta falta de adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas se considera un grave problema de salud. La misma OMS define adherencia al tratamiento como “el grado en que el comportamiento de una persona –tomar medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (OMS, 2004).

El no cumplir con las prescripciones médicas provoca graves consecuencias negativas en la salud lo que implica además un elevado costo sanitario para los hospitales que deben hacer frente a estas complicaciones. El incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtenga los beneficios esperados, el que haya resistencias a los medicamentos, y más que todo como se mencionó el que aparezca complicaciones médicas y psicosociales, además de que se desperdicia recursos asistenciales (OMS).

Al momento de buscar las causas para que no exista adherencia al tratamiento son muchos los factores que salen a relucir, se mencionan las enfermedades que ocasionan deterioro sensorial en adultos mayores, el deterioro cognitivo y estados alterados de ánimo que pueden provocar olvidos; habituación del paciente de continuar con los síntomas y no con la medicación, la presencia de efectos adversos,

no disponer de estos medicamentos en los centros de salud y paciente sin recursos para comprarlos, y por último la falta de información apropiada sobre la utilización de los mismos; son todos estos factores involucrados en la falta de adherencia a tratamientos (OMS, 2003).

En el 2017 la OMS resume de la siguiente manera los factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento.

- Factores sociales y económicos como la edad, la raza, el sexo y el nivel socioeconómico y educativo.
- Factores relacionados con el paciente, incluida la disposición al cambio, el locus de control y la autoeficacia, los descuentos futuros, las creencias sobre la salud, la alfabetización en salud, la falta de conocimiento, el olvido y el miedo a la dependencia.
- Factores relacionados con la terapia, incluida la complejidad y el costo del tratamiento, especialmente los costos de bolsillo y los efectos adversos.
- Condiciones comórbidas, como abuso de drogas y / o alcohol, depresión, psicosis, estado mental deteriorado, número de condiciones médicas crónicas y gravedad de los síntomas.
- Factores del sistema de atención médica, como la relación entre el paciente y el proveedor, la carga de trabajo y el agotamiento del proveedor, los incentivos desalineados y ausentes, y la coordinación e integración de la atención ausente o limitada (OMS, 2017).

La comprensión inadecuada de la información necesaria para adherirse a un tratamiento en el caso de una enfermedad crónica es un factor que podemos modificar como médicos;

Es necesario cambiar las formas de trabajar con los pacientes crónicos, orientándolas hacia una atención integral, proactiva, apropiada y segura, así como impulsar la educación sanitaria y el empoderamiento de paciente y cuidador. La información constituye la clave esencial para que profesionales y pacientes puedan llegar a un acuerdo que se ajuste mejor a sus necesidades en base a las opciones terapéuticas disponibles para cada caso (Navarro Rubio et al., 2018).

2. 12 MUERTE

Al momento de hablar de muerte se sabe que es un acontecimiento irreversible que provoca un gran impacto al surgir de manera inesperada o gradual, por consiguiente causa sentimientos de temor, angustia e inseguridad; razón por la cual pocas personas o ninguna quieren referirse o pensar en este tema y ante este suceso las personas han adoptado hechos diversos como rituales de acuerdo a sus culturas. Ante esto se han considerado varias ideas sobre el tema como es el caso de Galindo manifestando que la muerte “está envuelta en un ambiente de misterio, tiene un lenguaje arcano difícilmente descifrable, que a su vez transmite mensajes ambiguos que invitan a marchar con ella en busca de la paz total en una vida nueva sin más muerte” (Carmona y Bracho, 2008, p. 15).

Para Estancantila muerte se la define:

Como la conclusión de la existencia terrena e histórica del hombre, símbolo de la finitud del ser, que sufrida de forma impotente y pasiva no está en manos del hombre poder evitarla. Con ella terminan los procesos biológicos fundamentales, pero también las relaciones sociales del hombre (Carmona y Bacho, 2008, p. 15).

Antiguamente se consideraba que la muerte del hombre era similar a la de otros animales y no se tenía conciencia de la muerte pero a través de los años esta ideología ha venido cambiando y se la aborda desde la parte biológica y social.

En el ámbito biológico “se entiende por muerte biológica, el cese irreversible del metabolismo de todas las células del cuerpo; el principal criterio diagnóstico sería la putrefacción del cuerpo” (Oviedo, Parra, Marquina, 2009, p. 2).

En el aspecto social se dan varios puntos de vista para la muerte del hombre, entre estas tenemos:

1.- Siendo el hombre un ser social por naturaleza donde su desempeño social se medie por su rol, su rol le da un estatus y este estatus le da la fuerza social, se plantea que con su pérdida física se inicia el olvido, un olvido para la familia, para la sociedad y una progresiva transformación hacia lo que sería un cadáver social, dándose así un tipo de muerte social.

2.- tienen relación con el trabajo social realizado por el ser humano en el seno de la sociedad; cuando el ser social no es capaz de incorporarse a un proceso de producción de bienes o tareas fundamentales para la supervivencia del grupo, ese hombre está muerto socialmente aunque se encuentre vivo biológicamente. Por lo tanto (...) es

cuando estamos vivos no somos útiles ni a nuestro grupo social o familiar ni a la sociedad a la cual pertenecemos (Oviedo, Parra, Marquina, 2009, p. 3).

Mientras que en el ámbito de la antropología se desconoce sobre el dolor por la pérdida de un ser humano que puede ser un familiar, vecino o amigo, considerándose que el sentimiento de melancolía, tristeza, la etapa de duelo son procesos naturales que en ciertas personas pueden verse reflejados en sus rostros, mientras que en otros no es así, tal como es el caso en Bali, Indonesia; es así que las diferentes formas de expresar el sentimiento ante la muerte de un ser querido varía de acuerdo a las culturas como en Alaska, en donde la persona que va a morir reúne a familiares, amigos y vecindario para recibir los sacramentos y poder morir, mientras que en Japón el paciente con enfermedad terminal decide donde morir ya sea en casa o en Hospital, en donde este último tiene como idea disminuir la carga familiar pero manteniéndose en compañía de sus familiares; en contraste a lo antes expuesto tenemos que los refugiados de Mozambique que Viven en Malawi se veían obligados a no poder brindar un entierro apropiado a sus seres queridos fallecidos causando ansiedad y enfermedades mentales ya que tenían como creencia que si no se daba un entierro adecuado a la persona fallecida su espíritu los perseguirán durante años y ante esto se planteó darles dinero a los refugiados de Mozambique para que puedan brindar un funeral adecuado al fallecido y ellos poder seguir con sus vidas con tranquilidad y así disminuir la ansiedad y los trastornos mentales (Miller, 2011, pp. 192, 193).

Lo ritos se han manifestado desde los años 4000 en Babilonia con un actuar exagerado como golpes de pecho, cabeza, daño a su integridad, a su vestimenta, llanto inconsolable e inclusive se realizaban sacrificios con animales y humanos; los ritos en Grecia y Roma no eran la excepción “el entierro de los muertos era un deber sagrado, ya que negarse a hacerlo significaba condenar su alma a errar sin descanso” (Oviedo, Parra, Marquina, 2009, p. 4).

A través de los años han existido distintas formas de realizar los ritos ya sea para facilitar su llegada al lugar de destino, aseverar su muerte, para alejar los malos espíritus y evitar que el fallecido reaparezca e interrumpa con la tranquilidad de los vivos, o como medio de acostumbrarse a su nueva vida sin la persona muerta. En la primera edad media se contaba con la presencia de amigos, familiares y la absolución anticipado o posterior a la muerte con un entorno envuelto de tristeza, desesperación que podían calmarse con la alabanza o elogio al muerto; en la segunda edad media existía ya un control de sí mismo en el momento del fallecimiento y el entierro se transformaba en una fiesta cargada de risas y alegrías para de esta manera alejar el coraje; ya en las siglos XVI, XVII, XVIII en la peregrinación se contaba con menos

personas y no era tan manifiesto el sentimiento de dolor y se reemplazó al muerto por otro ser de manera inmediata; desde ese momento se usó de manera general y se formó parte de los ritos el color negro; para los siglos XIX y XX se consideraba a la muerte como algo natural y se empezaba a colgar fotos del difunto en casa y se la difundían a familiares para de esta forma tener un eterno recuerdo de su ser querido, también se crearon servicios teratológicos con normas sanitarias con respecto al lugar donde se van a llevar a los cadáveres y de esta manera surgen los cementerios privados dándoles el nombre de jardines o parques y como otra opciones aceptada se contaba con la cremación. A raíz de esto se considera que los rituales ya forman parte del ciclo vital y ayuda al desequilibrio emocional y de esta manera ser más fácil el proceso de aceptación de la pérdida del ser querido, caso contrario la persona se expone a ser aislada , usar medicación para sedarla como medio de protección por no considerar l muerte como un hecho real; ante esto se han publicado temas de rituales relacionados con el duelo dándole la definición de “instrumentos culturales que preservan el orden social y permiten comprender algunos de los aspectos más complejos de la existencia humana” (Oviedo, Parra, Marquina, 2009, p. 4).

Por otra parte es importante tener en cuenta la definición de luto y el duelo, en el cual “el luto es la expresión de tristeza y el dolor que siente el vivo por la partida o desaparición física de un familiar o amigo. Duelo es un sentimiento subjetivo que aparece tras la muerte de un ser querido” (Oviedo, Parra, Marquina, 2009, p. 5).

Hasta el momento no existe un tiempo determinado para la duración del duelo sino más bien se considera que la persona sea capaz de no sentir dolor al recordar a la persona fallecida, culminar las etapas del duelo y poder emprender nuevamente su vida, amando a otras personas de esta manera si estima que se trata de un duelo normal, pero si este se extiende con el pasar de los años causando problemas psiquiátricos, se estaría hablando de un duelo patológico. Entre las etapas del duelo tenemos:

1.- el inicio o primera etapa: es un estado de choque con alteración en la parte efectiva, en la sensibilidad rechazo, negación, puedo estar tranquilo o exaltado, esta etapa es de corta duración que va desde el anuncio de la muerte hasta la finalización del funeral.

2.- etapa central: existe un estado depresivo, con recuerdos de su imagen de manera constante, se extrañan detalles de sus vivencias. Al transcurrir el tiempo se alternan situaciones de dolor ante el recuerdo y gradual reorganización de la vida; esta etapa

es la de mayor duración de meses a años y existen tiempos de depresión de instalación brusca posterior al fallecimiento, sin interés por la vida.

3.- etapa final: es un periodo de restauración, con nuevos propósitos, objetivos considerándose un periodo de adaptación a su nueva vida aislándose de los objetos del fallecido, disminuye el dolor, la pena y el final del duelo se da con la capacidad de amar nuevamente. (Meza, García, Torres, Castillo y Suarez, 2008, p.p. 29,30).

Como médicos de familia brindamos continuidad en atención médica, guías anticipatorias y en caso de duelos se hace más énfasis con seguimientos, activación de las redes de apoyo con la ayuda del equipo multidisciplinario y afianzar las relaciones entre el médico, el paciente y sus familiares con la finalidad tratar de entender su duelo que se acompaña de sentimientos de angustia, dolor y al mismo tiempo detectar anomalías en el proceso del mismo; como atención primaria al estar en constante contacto con circunstancias de duelo, muerte la OMS "refiere que el equipo multidisciplinario de salud solo podrá enfrentar y aceptar adecuadamente la muerte (...), si dispone de fuentes de apoyo, si ha podido superar satisfactoriamente sus propio duelo y si posee una adecuada capacidad para tolerar el estrés". (Carmona y Bracho, 2008, p. 20).

CAPÍTULO III

ESTRATEGIA METODOLOGICA

3.1 METODOLOGÍA

Para desarrollar este proyecto de investigación y cumplir los objetivos planteados en el mismo, se desarrolló un proceso investigativo de aproximadamente un año, orientado por nuestro director, Doctor Alexis Rivas Toledo, quien nos acompañó durante todo su trascurso, proporcionando literatura, talleres, y realización de tareas con la finalidad primero de adentrarnos en el mundo de la Antropología Medica para posteriormente poder emprender nuestra investigación.

La bibliografía consultada fue obtenida en las siguientes fuentes: PubMed, Páginas web con artículos, revistas, libros y Organizaciones Internacionales de Salud, Guías de Práctica Clínica y páginas de actualizaciones medicas como UpToDate y Clinical Key; todas estas referencias bibliográficas están citadas al final de este trabajo.

A continuación detallaremos toda la metodología aplicada en este trabajo, cabe recalcar que lo hemos organizado para su mejor entendimiento en un esquema editado por nuestro director de tesis, cuyo documento se titula esquema metodológico mínimo para trabajos de titulación etnográficos (Rivas, 2019).

3.2 ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Desde tiempos remotos en una consulta médica, el paciente tiene un papel pasivo, a menudo el galeno da por hecho cual es el motivo de consulta, no hay una escucha activa, lo que impide desarrollar empatía, y menos aún se le permite al paciente decir lo que realmente le preocupa o su verdadera demanda; tampoco se le da acceso a negociar si está de acuerdo o no con el tratamiento indicado. En nuestro país es tan frecuente, tanto en consultas privadas como públicas, esta pérdida de la relación médico-paciente (Debrouwere, 2008, p. 8).

Al adentrarnos en la historia de la relación médico-paciente, desde el Paleolítico hasta la Grecia Clásica existen tres puntos esenciales que marcan esta relación:

1. La ayuda espontanea: se refiere al impulso que es innato en los seres humanos, el brindar ayuda pero a la vez es una actitud ambivalente, es decir que tiene el deseo de ayudar y al mismo tiempo de abandonar al paciente,

caso contrario se convertiría en un acto de apropiación; Termina siendo entonces un acto de decisión propia.

2. La curación mágica: se basa en las creencias propias de las personas, en la hechicería que tiene la virtud, capacidad y el poder de cambiar la realidad del enfermo, de una manera ilimitada, es decir que lo cura todo. Sin embargo el hechicero no posee realmente estos poderes, por tanto, esta relación no llega a ser personal y sigue siendo un sentimiento ambivalente.
3. Tratamiento empírico: consiste en el uso frecuente de una terapia descubierta por casualidad que en ocasiones fue beneficiosa pero sin preguntarse el porqué de su eficacia. Es muy frecuente el empirismo puro o ligado a la magia (Dörr, 2004, p. 1432).

Con el tiempo esta visión va cambiando de enfoque, y se fundamenta entonces en dos principios:

No hacer daño y abstenerse a intervenir en aquellos enfermos que todo hace pensar que están cerca de la muerte (...). El médico debe dedicarse con gran empeño y decoro a la recuperación de la salud. Pero la salud no debe entenderse solo como ausencia de enfermedad: el médico debe procurar también que su paciente logre una enekén hugieiés, un bienestar físico y espiritual, condición de la posibilidad de la verdadera salud que conduce a la curación <<sophrosine>> (Dörr, 2004, p. 1433).

Freud Sigmund, un neurólogo psicoanalista austriaco ya en el siglo XIX refirió que el paciente no es un objeto sino “una persona”, pero contrario a esto actualmente la relación médico-paciente se ha convertido simplemente en el cumplimiento por parte del médico, del papel de experto en indicaciones, prohibiciones y manejo de técnicas, dejando fuera la parte emocional, afectiva, la empatía o el brindar información precisa y adecuada. La medicina se ha convertido entonces en algo más científico y, desafortunadamente, se ha despersonalizado.

Hay médicos por vocación y también los hay por equivocación; estos son personas con el título de médico, pero con una serie de intereses realmente ajenos a la medicina, y que no son capaces de ver al paciente como un ser doliente que requiere de sus servicios (Arango, 2012, p. 65).

Los estudiantes de medicina al encuestar la razón por la que escogieron su carrera en su gran mayoría expresan el deseo de servir a los demás, pero lamentablemente al ingresar a la carrera experimentan una *transformación*, para convertirse en personas sin respeto y aprecio por los pacientes, donde influye en gran medida los modelos de comportamiento de sus maestros (Arango, 2012, p. 65).

La presente tesis expone la necesidad de recuperar el respeto por el paciente que está sufriendo una dolencia y recordar ante todo el juramento hipocrático: *en pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte*. No es más médico el que tiene simplemente conocimientos científicos, si no se es humanista y posee la virtud de atender a su paciente con afecto, pues el arte y la ciencia deben nacer del amor, de otra manera no se obtendría la verdadera demanda del paciente en la consulta.

Al hablar de la relación médico-paciente se involucra también las interacciones equitativas respetando las diferencias políticas, sociales, culturales, etarias, género y generacionales, esto es lo que conocemos como interculturalidad (Piñón, 2004, p. 8). Lamentablemente el personal médico no siempre está preparado para comprender las formas culturales de entender la salud y la enfermedad y en El Hospital Básico El Carmen no se ha realizado un estudio de las diferentes culturas existentes, ni mucho menos se conoce su diversidad de pensamientos en cuanto a temas de salud, relación médico-paciente, salud mental, salud sexual y reproductiva que incluye parto y puerperio, concepción ante la muerte, violencia intrafamiliar, consumo de sustancias y su percepción antes enfermedades crónicas. Por esto se pone de manifiesto la necesidad de conocer la diversidad cultural y las diferentes opiniones, así como sus testimonios sobre estos temas mencionados, con el propósito de mejorar la atención sanitaria en esta institución, finalidad que se persiguió al realizar este trabajo investigativo.

3.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se construyen la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico-paciente en el Hospital Básico El Carmen?

3.4. OBJETIVOS

3.4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir y analizar la construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente en El Hospital Básico El Carmen.

3.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Describir y analizar la interculturalidad en los pacientes que acuden al Hospital Básico El Carmen.
- ❖ Describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes con respecto al servicio que reciben en el Hospital Básico El Carmen. (En las variables se incluyen en relación a este objetivo: ciclo de vida, enfermedades, salud mental, salud sexual y reproductiva, embarazo–parto-postparto, fallecimiento-muerte, otros).
- ❖ Describir y analizar la Relación Médico-Paciente en El Hospital Básico El Carmen.

3.5. HIPÓTESIS OPERATIVA

Mediante esta investigación se aportó nueva información a través del estudio de la interculturalidad, que es una relación equitativa entre pueblos y etnias, lo cual contribuirá a mejorar la relación Médico-Paciente, para una atención sanitaria de calidad en el Hospital Básico El Carmen.

3.6. UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

En el hospital Básico El Carmen, es evidente una falta de interés, flexibilidad y tolerancia por parte del personal médico de entender la cultura del lugar, en especial en el área de emergencia. La “cultura es el conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida, socialmente adquiridos, de los miembros de una sociedad, incluyendo sus modos pautados y repetitivos de pensar, sentir y actuar (es decir, su conducta) (Harris, 1990, p. 19).

El Hospital Básico El Carmen se encuentra ubicado en la Provincia de Manabí, situada al Occidente de nuestro país en la región Litoral o Costa. Esta Provincia está constituida por 22 cantones, y uno de ellos es el Carmen (Ver figura). Los territorios de El Carmen pertenecen a Manabí desde que por Ley del 25 de Junio de 1824 se creó la Provincia.

EL Carmen se localiza en el centro norte de la región Costa del Ecuador, se asienta en una extensa llanura que es atravesada por el río Suma, con una altitud de 236msnm y una latitud Sur a 0 grados, 16 minutos y 11 segundos y a 79 grados, 25 minutos, 26 segundos de longitud Oeste. El clima en este cantón es lluvioso tropical con una temperatura promedio de 23°C, su población según el censo del 2010 era de 46.358 habitantes por lo que es la vigésima séptima ciudad más poblada del país. En total la población está compuesta por un 51,13% de hombres y 48,87% de mujeres.

Llamado también 'La puerta de Oro de Manabí' debido a su ubicación geográfica, los visitantes para ingresar a esta Provincia desde Quito deberán pasar por El Carmen. Sus límites son: al Norte y al Este con la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, al Sur con la provincia del Guayas, y al Oeste con el cantón, Flavio Alfaro.

El Carmen fue creado el 8 de Junio de 1967, mediante decreto expedido por la Asamblea Nacional Constituyente y publicado en el Registro Oficial N° 161 del 3 de Julio del mismo año.

La Cantonización es fruto de los esfuerzos de notables ciudadanos del lugar y gracias al apoyo de toda la provincia. Lo que hoy es el territorio de El Carmen según investigaciones, estuvo poblado antes de la Colonia, por tribus influidas por las culturas Jama – Coaque y Tsáchilas. Con el tiempo, algunos descendientes de estos grupos se asentaron en la zona montañosa. El lugar era una tupida selva de árboles de caucho y maderas preciosas.

Rosendo Cherres, uno de los inmigrantes, dono 10 hectáreas de terreno para asentar la población. Ángel Barreto, dio partes de sus tierras para la construcción de la iglesia y el parque. El sitio fue tomando el nombre de El Carmen por la devoción que fue adquiriendo la imagen de la Virgen.

Cuenta con 2 Parroquias Urbanas: 4 de Diciembre y El Carmen y 2 Parroquias Rurales: Wilfrido Loor Moreira (Maicito) y San Pedro de Suma.

Las principales actividades del cantón son la agricultura, ganadería y el comercio (muy activo especialmente a través de la carretera Quito - Santo Domingo – El Carmen - Flavio Alfaro - Chone).

La flora del cantón es muy variada encontramos: cacao, pimienta, café, palma, plátano, maracuyá, yuca, maíz, etc. Su fauna se compone de aves como caciques, azota gavián, negros plataneros, frijolera, picaflor, colibrí, padrote, paloma, santa cruz, gallinas, patos; y otros como vacas, cerdos, chivos, armadillos, iguanas, zorros, culebras, ardillas, monos, etc.

3.6.1 Perfil del Hospital Básico El Carmen

La población que se atiende en el Hospital Básico El Carmen se auto identifican como montubios, ellos representa el 20%, pero el 80% de la población se considera mestiza. Para brindar atención sanitaria a los pobladores de este cantón se creó esta Unidad de Salud en el año 1979 y consta en acta de entrega recepción definitiva cuya diligencia se la cumplió el día 3 de agosto de 1979.

El Hospital Básico El Carmen se encuentra en la calle Quito y Manta, en un área urbana, levantada en un área de terreno de 17.901 metros cuadrados (Ver imagen 2), con una edificación antigua de estructura metálica y dura techo con piso de vinil, las paredes son de bloque totalmente superior se compone de una losa de hormigón, situado entre la cubierta y el cielo raso. El área donde se encuentra asentado este hospital es totalmente plana y en el mismo se ha realizado un relleno con material mejorado, cabe destacar que por falta de un buen sistema de agua potable de la ciudad y existiendo una cisterna baja con una capacidad de aproximadamente 24 metros cúbicos, fue necesario construir una cisterna alta de aproximadamente 9 metros cúbicos y que las mismas dan servicio a todo el edificio; las instalaciones sanitarias no están conectadas al alcantarillado general, estas van al pozo séptico (Ver imagen 3).

Nuestra unidad se ha clasificado como segundo nivel de atención; sin embargo, por el poco espacio físico con el que cuenta, el escaso número de especialistas para cubrir las 24 horas y al poseer solo cinco especialidades tiene limitada capacidad resolutive, por lo que los médicos generales se ven en la obligación de referir a otro centro de segundo nivel más complejo, en este caso el más cercano está el Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano y Hospital General Santo Domingo pertenecientes al Ministerio de Salud Pública y refieren también al Hospital General IESS Santo Domingo para pacientes con cobertura.

Al momento nuestra Unidad está organizada en dos secciones, la emergencia con quirófano, hospitalización y consulta externa de especialidades por un lado, mientras que la consulta externa de medicina familiar, medicina general y odontología que pertenece como tal a la unidad anidada, sin embargo tienen en común un laboratorio, una farmacia y departamento de rayos x que lo comparten entre las dos secciones. A futuro tiene previsto la separación de esta entidad en lo que sería primer nivel es decir la unidad anidada con otras instalaciones, y quedaría propiamente el Hospital Básico El Carmen en las mismas instalaciones con una remodelación de las instalaciones.

Nuestra institución por ser un Hospital Básico comparte la misión y visión que establece el Ministerio de Salud Pública a todos las unidades asistenciales de esta entidad de salud

3.6.2 Misión

Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública Ecuatoriana a través de la gobernanza y vigilancia y control sanitario y garantizar el derecho a la Salud a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud.

3.6.3 Visión

El Ministerio de Salud Pública, ejercerá plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad.

Los servicios en salud que brinda el Hospital Básico El Carmen está organizado de la siguiente manera: sus instalaciones cuentan con dos áreas: la primera correspondiente a la emergencia y observación, área de hospitalización con 15 camas divididas en secciones para pediatría, medicina interna, cirugía y gineco-obstetricia, además un quirófano pequeño que funciona ocho horas en el día y se realiza procedimientos básicos, posee áreas de consulta externa de las especialidades de medicina interna, ginecología, obstetricia, cirugía, pediatría, psicología y nutrición. La segunda área denominada Unidad Anidada El Carmen es más bien un centro de salud que brinda servicios de consulta externa en medicina general, medicina familiar y odontología. Las dos áreas cuentan con un laboratorio central y farmacia que funcionan 24 horas, y rayos X en horario de 8 horas.

Su cartera de servicios es la siguiente:

- **Área de emergencia** con 8 médicos generales residentes y 4 rurales repartidos en guardias de 24 horas cada 4 días, 2 enfermeras por cada turno de 8 horas. Esta área cuenta con 3 escritorios para atención de pacientes, 4

camillas, 2 camas de adultos, 2 camas de niños y 3 sillas tipo cama para observación. Además, existe un espacio para sala de curaciones y nebulizaciones a cargo de un auxiliar de enfermería, por último se cuenta con una área de triaje manejado por un médico rural en las afueras de la sala de emergencia. (Ver imagen 4).

- **Área de valoración obstétrica:** Aquí se realizan monitoreo, examen físico y valoración de las mujeres embarazadas con signos de alarma y/o labor de parto que llegan por la emergencia o si lo amerita por la consulta externa (Ver imagen 5).
- **Sala de parto:** Área estéril, que cuenta con una camilla para parto céfalo-vaginal, además de un espacio destinado a la recepción y valoración del recién nacido, se cuenta con una cuna radiante (Ver imagen 6).
- **Quirófano:** Área estéril que funciona 8 horas diarias; donde se realizan procedimientos sencillos de cirugía general y ginecológica, como apendicetomía y esterilizaciones definitivas, además de un cuarto para recuperación (Ver imagen 7).
- **Área de hospitalización:** tiene 15 camas divididas en 7 para gineco-obstetricia, 3 medicina interna, 3 para pediatría, 2 cirugía, cuyos responsables son los médicos residentes que realizan guardias de 24 horas, en las mañanas se realiza un pase de visita con médicos especialistas. Aquí encontramos dos enfermeras por cada turno (Ver imagen 8).
- **Consulta externa** de El hospital Básico El Carmen cuenta con consultorios, repartidos para cada especialidad incluyendo 1 consultorio de medicina interna, 4 de medicina familiar, 1 de pediatría, 1 para ginecología, 1 para psicología, y 1 de nutrición, en esta área tenemos además el departamento de rayos x, todos estos con horario de 8 horas. Contamos también con una sección de enfermería para preparación de pacientes solo de estas especialidades (Ver imagen 9).
- **Departamento de estadística** únicamente de El Hospital se encuentra en este sector (Ver imagen 10)
- **La Unidad Anidada** cuenta con un departamento de estadística con servicio de referencias, preparación de pacientes, 5 consultorios de medicina general (médicos rurales y médicos de planta), 2 de obstetricia, 1 de odontología; en esta sección está ubicado el laboratorio con disponibilidad de exámenes como: Hematología (biometría hemática completa, grupo sanguíneo), Pruebas de coagulación (tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina, tiempo de

coagulación), Química Sanguínea (glucosa, colesterol, triglicéridos, ácido úrico, urea, creatinina, transaminasa glutámico oxalacética, transaminasa Glutámico pirúvica, Bilirrubinas, hemoglobina glicosilada), Serología e Inmunología (prueba serológica para la sífilis, virus de inmunodeficiencia humana, antiestreptolisina O, proteína c reactiva, factor reumatoideo, Aglutinaciones febriles, Helicobacter. Pylori, Embarazo), Uro análisis y Coprología (Coproparasitario, sangre oculta, polimorfonucleares, rotavirus) en un horario de 24 horas/ 7 días a la semana (Ver imagen 11).

- **Consultorio para pacientes con tuberculosis** donde se brinda asesoría y se toma muestras de baciloscopia (Ver imagen 12).

En otra edificación encontramos:

- **Otros Departamentos:** Oficinas de la dirección médica, bodega, farmacia con entrega de métodos anticonceptivos, Vacunación principalmente en los grupos de riesgo: RN, menores de 5 años, embarazadas, discapacitados, pacientes crónicos, adultos mayores; tamizaje metabólico neonatal y área del sindicato de trabajadores (Ver imagen 13).
- **Servicios extras** mencionamos, la guardianía (2 en cada turno en emergencia), ambulancia con 1 chofer y un paramédico por turno, 2 Técnicos de atención primaria en Salud (TAPS) con horario de 8 horas, y el personal de limpieza integrado por 3 personas por cada turno (Ver imagen 14).

Debemos señalar que la Unidad Anidada cuenta con programas propios de MSP como: programa de salud oral, programa escolar, control de zoonosis de vectores, vigilancia epidemiológica, programa de maternidad gratuita, programa de planificación familiar, programa de adolescentes, adultos mayores, programas para evaluar el estado nutricional de los niños como son el CNH (creciendo con nuestros hijos) y CIBV (centros infantiles del buen vivir); en estos programas se cuenta con la colaboración trabaja de otros ministerios públicos y comité local de salud.

3.7. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Las diferentes actividades llevadas a cabo para la elaboración de este trabajo fue organizado y planificado con aproximadamente dos años de anterioridad. A continuación describimos los detalles de este proceso investigativo.

3.7.1 TIPO DE ESTUDIO

La metodología empleada en esta tesis fue de tipo cualitativo con un enfoque etnográfico; El método cualitativo nos brinda la posibilidad de explorar e investigar sobre la interculturalidad y como se desarrolla la relación Médico-Paciente en una consulta médica, buscando de esta manera una mejor atención sanitaria en nuestra población. Para llevar a cabo nuestro trabajo se utilizó dos técnicas de investigación: entrevistas semiestructuradas y grupos focales que se detallaran más adelante.

3.7.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes originarias y/o descendientes del cantón El Carmen
- Pacientes mayores de 14 años independientes del sexo
- Personal de talento humano del Hospital Básico El Carmen
- Pacientes que posterior a lectura del consentimiento informado aceptan y firman el mismo.
- Pacientes menores de edad entre 14 y 17 años que luego de leer el asentimiento informado junto a su representante aceptan y firman el mismo.

3.7.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes menores de 14 años
- Pacientes extranjeros y/o que no tienen residencia permanente en el cantón
- Pacientes que posterior a lectura del consentimiento y/o asentimiento informado no aceptan ser parte del estudio.
- Pacientes con trastorno psiquiátrico no controlados o con discapacidad intelectual

3.7.4 UNIVERSO Y SELECCIÓN DE INFORMANTES

3.7.4.1 Universo

La investigación llevada a cabo en El Hospital Básico El Carmen, cantón perteneciente a Manabí, con una población de 46.358 según el censo del 2010, y que según datos obtenidos en Rdaca Web (Registro Diario Autorizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias) durante un año (2018) se atienden aproximadamente un total de 35000

pacientes en áreas tanto de emergencia, hospitalización y consulta externa de las diferentes especialidades.

Debemos mencionar también que existe un sub-registro de este universo, pues por la cantidad de pacientes atendidos, no se puede registrar la totalidad de los que llegan a la emergencia; en las consultas externas por falta de recursos ciertos consultorios no cuentan con lo básico para lograr el registro es decir que no tenemos cantidades suficientes de computadoras para ingresar en el programa web y registrar los pacientes que se atienden, es el caso principalmente de los consultorios destinados para el posgrado de medicina familiar, por lo que se lleva un registro manual que en ocasiones no se logra subir por algún otro médico ya que nosotros no contamos con usuario para poder hacerlo; pero el valor de 35000 atenciones es un registro bastante aproximado a la realidad por lo que contamos como nuestro universo.

Los informantes seleccionados son pacientes que acuden a este hospital en las diferentes áreas, sean emergencia o consulta externa, se escogió al azar independiente de la especialidad en la que realizan sus atenciones respetando los criterios de inclusión y exclusión ya expuestos.

3.7.5 SELECCIÓN DE INFORMANTES

Al realizar nuestra investigación se procuró que la muestra de este trabajo sea: representativa, amplia y diversa. Para ser *representativa* esta propuesta se entrevistó a 34 pacientes que acuden a la Unidad; es *amplia* pues se escogió a pacientes que son atendidos en diferentes áreas de la institución tanto en consulta externa como emergencia, es decir atendidos por medicina general, medicina familiar, y otras especialidades. Cumple la característica de *diversidad* al incluir mujeres y hombres y los grupos etarios comprendidos desde la adolescencia hasta adulto mayor.

Tabla 1. Tabla de selección de informantes para entrevista.

EDADES	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
14-19 años (adolescentes)	4	4	8
20-34 años (adulto joven)	4	4	8
35-49 años (adulto medio)	3	3	6

50-64 años (adulto maduro)	3	3	6
>65 años (adulto mayor)	3	3	6
TOTAL	17	17	34

Elaborado por: Las investigadoras.

Se conformó adicionalmente 3 grupos focales, cada uno con un mínimo de 6 participantes, el primer grupo estuvo constituido por 6 integrantes: 4 pacientes adolescentes y 2 adultos jóvenes; el segundo grupo lo integraron 8 personas: 3 adultos maduros y 5 adultos mayores; un tercer grupo conformado por 7 participantes: 1 adulto joven, 5 adultos maduros y 1 adulto mayor. Se integró además un grupo focal con 8 participantes que trabajan en la institución: 2 médicos generales de emergencia, 2 médicos generales de consulta externa, 1 especialista en ginecología, 1 licenciada en enfermería, 1 admisioncita, 1 licenciada de laboratorio (Ver imagen 15).

Tabla 2. Tabla del primer grupo focal, constituido por pacientes.

EDAD	PERSONAS SELECCIONADAS
14-19 años (adolescentes)	4
20-34 años (adulto joven)	2
TOTAL	6

Elaborado por: Las investigadoras.

Tabla 3. Tabla del segundo grupo focal, constituido por pacientes

EDAD	PERSONAS SELECCIONADAS
50-64 años (adulto maduro)	3

>65 años (adulto mayor)	5
TOTAL	8

Elaborado por: Las investigadoras.

Tabla 4. Tabla del tercer grupo focal, constituido por pacientes

EDAD	PERSONAS SELECCIONADAS
20-34 años (adulto joven)	1
50-64 años (adulto maduro)	5
>65 años (adulto mayor)	1
TOTAL	7

Elaborado por: Las investigadoras.

Tabla 5. Tabla del cuarto grupo focal, constituido por personal institucional de la Unidad.

CARGO	PERSONAS SELECCIONADAS
MÉDICOS GENERALES CONSULTA EXTERNA	2
MÉDICOS GENERALES EMERGENCIA	2

MÉDICOS ESPECIALISTAS	1
ENFERMERÍA	1
LICENCIADAS DE LABORATORIO	1
ESTADÍSTICA	1
TOTAL	8

Elaborado por: Las investigadoras.

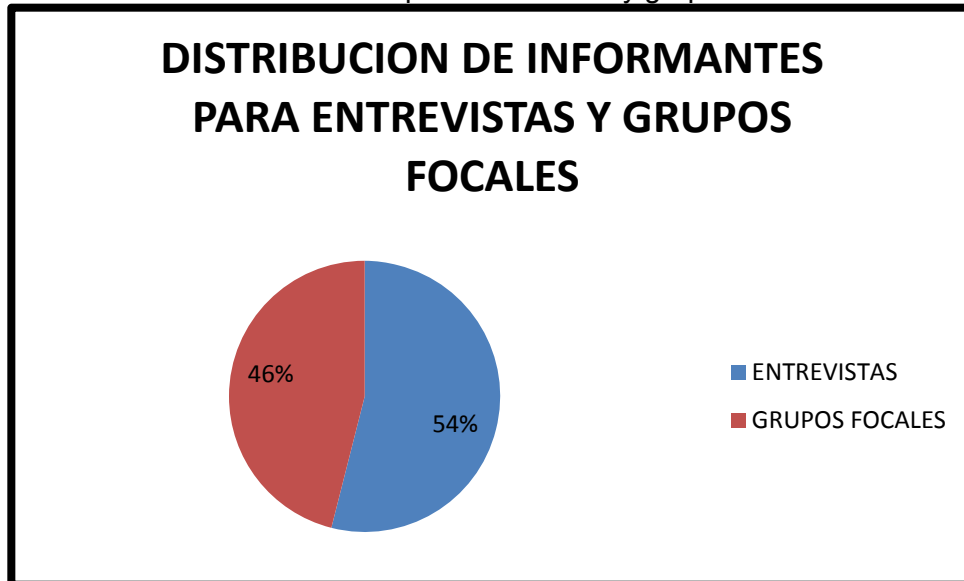
3.7.6 INFORMANTES

Para llevar a cabo esta investigación, los informantes que se seleccionaron son aquellos procedentes de este cantón, o que sean descendientes de este lugar y que aunque hayan nacido en otros cantones pero llevan viviendo la mayor parte del tiempo en este lugar, esto se detalló en los criterios de inclusión y exclusión, pero a continuación detallaremos específicamente como se conformaron estos informantes de acuerdo a su perfil sociodemográfico.

3.7.6.1 Perfil sociodemográfico

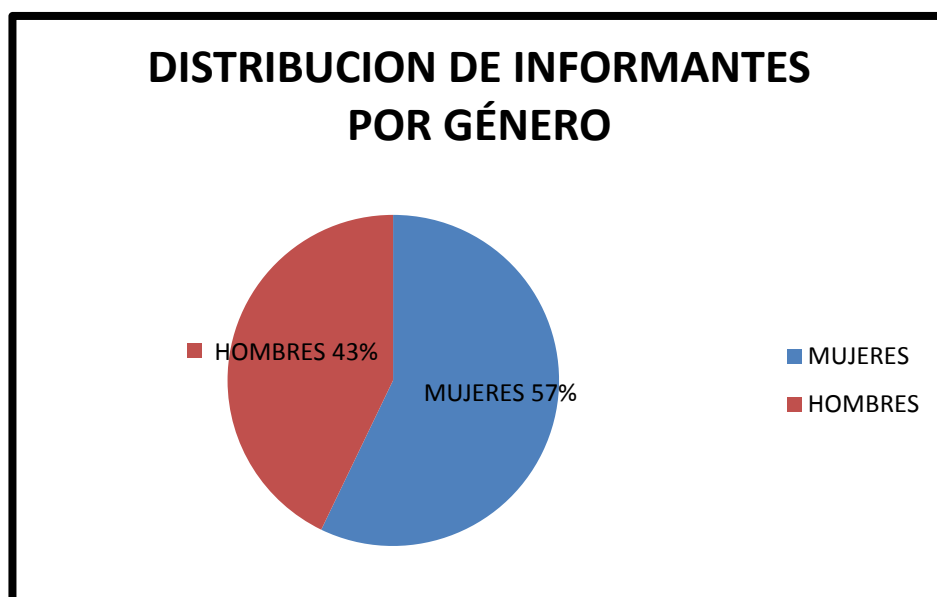
Los informantes seleccionados para este trabajo de investigación fueron un total de 63 personas, de ellos 34 participaron en entrevistas y 29 en los diferentes grupos focales. De los 63 participantes en el estudio, el 43% fueron de sexo masculino y el 57% de sexo femenino, en edades comprendidas entre los 14 y 76 años, todos ecuatorianos procedentes de El Carmen, residentes en zonas rurales 17 personas y 46 entrevistados viven en zonas urbanas; a continuación detallamos estas diferencias en las siguientes figuras.

Figura 1. Distribución de informantes para entrevistas y grupos focales



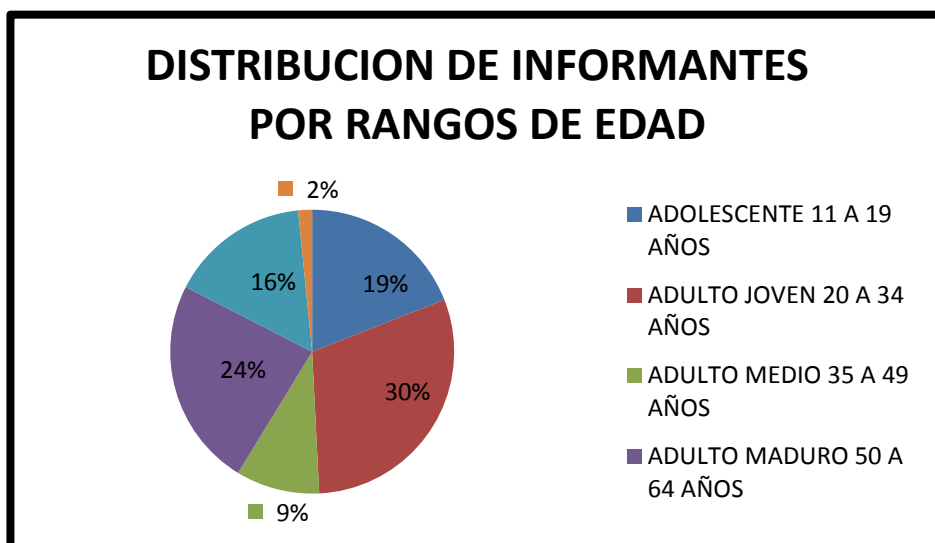
Elaborado por: Las investigadoras

Figura 2. Distribución de informantes por género.



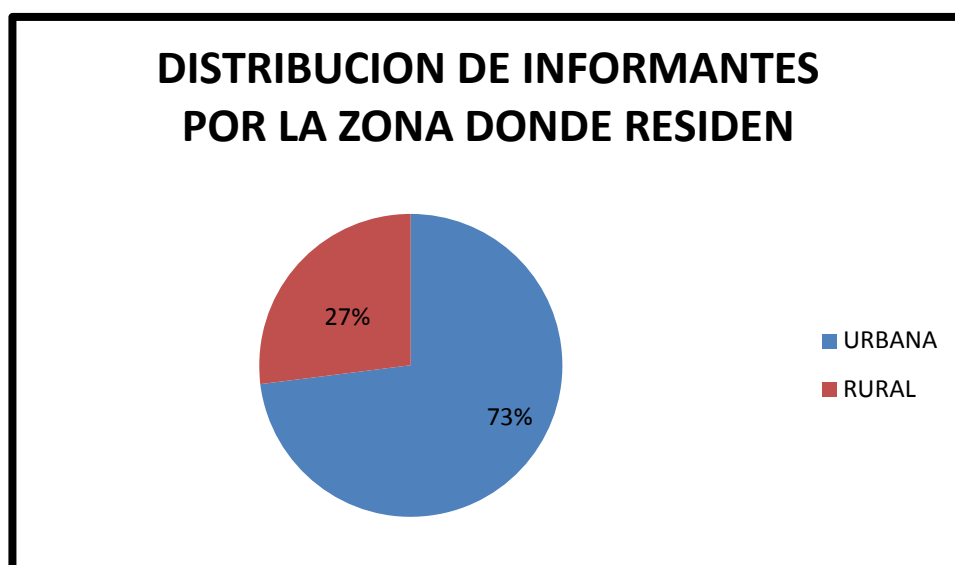
Elaborado por: Las investigadoras

Figura 3. Distribución de informantes por rango de edad.



Elaborado por: Las investigadoras

Figura 4. Distribución de informantes por la zona donde residen.



Elaborado por: Las investigadoras

3.7.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Como vemos la etnografía de El Carmen es diversa, por tanto proponemos las siguientes variables cualitativas que detallaran las experiencias y trayectorias en torno de la salud, la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico-paciente en este cantón y específicamente de los usuarios de El hospital Básico El Carmen.

Tabla 6. Tabla de operacionalización de variables cualitativas

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADORES	INSTRUMENTO
SALUD	Salud es “un estado positivo de bienestar y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad. La definición connota una búsqueda activa del mejor estado físico y mental posible, y comprende elementos de prevención primaria y promoción de la salud” (Tayler, 2005, p. 3).	<ul style="list-style-type: none"> *Definición de salud *Actitud al perder la salud. *Prácticas ancestrales de salud *Acceso a la salud 	<ul style="list-style-type: none"> * Entrevistas semiestructuradas * Grupos focales
RELACION MEDICO-PACIENTE	“Es una modalidad de las múltiples relaciones interpersonales que realiza el hombre. Esta permite al enfermo satisfacer su deseo y necesidad de salud y al médico, cumplir con una de sus funciones sociales más importantes” (Rodríguez, 2008, p. 1)	<ul style="list-style-type: none"> *Relación médico-paciente, barreras *Relación médico-paciente, ventajas 	<ul style="list-style-type: none"> * Entrevistas semiestructuradas * Grupos focales
SALUD MENTAL	Es “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Organización Mundial de la Salud-Ginebra, 2004, Pág.10)	<ul style="list-style-type: none"> *Identificación de trastornos mentales *Abordaje de trastornos mentales 	<ul style="list-style-type: none"> * Entrevistas semiestructuradas * Grupos focales
SALUD SEXUAL Y	“Es un estado de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados	<ul style="list-style-type: none"> *Sexualidad plena *Uso de anticoncepción 	<ul style="list-style-type: none"> * Entrevistas semiestructuradas * Grupos focales

REPRODUCTIVA	con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos” (Organización Mundial de la Salud, 2003, Pág.4).		
EMBARAZO	“Los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer – es para la mayoría de las mujeres un período de gran felicidad” (Organización Mundial de la Salud, 2018).	*Planificación del embarazo *Conocimiento de embarazo	* Entrevistas semiestructuradas * Grupos focales
PARTO Y PUERPERIO	PARTO es el “conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal de un feto de más de 500 gr o más de 22 semanas vivo o muerto” (Ministerio de Salud Pública, 2016, Pág.13). PUERPERIO: Es “el periodo que incluye las primeras semanas que siguen al parto (...) considera un lapso de cuatro a seis semanas” (Cunningham, 2010, Pág. 646).	*Preferencias del parto * Actitud ante el puerperio	* Entrevistas semiestructuradas * Grupos focales
MUERTE	“Sensación o término de la vida” (Diccionario de la Real Academia Española 2017).	* Impacto biopsicosocial *Superación del duelo	* Entrevistas semiestructuradas * Grupos focales
CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS	“Autoadministración de una sustancia psicoactiva” (Glosarios de términos de alcohol y drogas, 1994, Pág. 25).	*Factores de riesgo para consumo *Consecuencias en la familia del uso de sustancias	* Entrevistas semiestructuradas * Grupos focales

		*Proceder ante el uso de sustancias	
VIOLENCIA SOCIAL	“El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (Rodríguez, 2011, Pág. 86).	*Conocimiento de maltrato intrafamiliar *Barreras para poner alto al maltrato intrafamiliar	* Entrevistas semiestructuradas * Grupos focales
ENFERMEDADES CRÓNICAS	“Son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta” (Organización Mundial de la Salud, 2012).	*Causas de enfermedades crónicas *Adaptación ante una enfermedad crónica *Adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas.	* Entrevistas semiestructuradas * Grupos focales

3.7.8 ASPECTOS BIOÉTICOS

El propósito de esta investigación es que luego de analizar los conocimientos y las actitudes de los pacientes de esta comunidad se pueda mejorar la calidad de la atención. Conocer la diversidad de opiniones y creencias nos proporcionará información necesaria para mejorar nuestra relación con el paciente, pues como hemos mencionado antes no somos dueños de la verdad absoluta, y construir la interculturalidad con esta población que atendemos debería ser nuestro objetivo una vez que hayamos leído este trabajo.

La presente tesis cumplió con todos los requerimientos necesarios para su ejecución, pues posterior a su planteamiento de tema y objetivos se solicitó el permiso necesario al Distrito perteneciente la Unidad, en este caso al departamento de Dirección y Talento Humano; luego se envió todos los documentos necesarios a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador junto con un protocolo diseñado, para la aprobación por el Comité de Bioética de la Universidad.

Además cumplió los requerimientos indispensables para no vulnerar los derechos humanos; por lo tanto se consultó a las personas que participaron en las entrevistas semiestructuradas y en los grupos focales sobre su deseo voluntario de participar en la misma, antes se les explicó en qué consistiría su participación y los beneficios de este trabajo finalmente se les entregó un consentimiento informado para que lo lean detenidamente y si estaban de acuerdo firmaran el mismo como autorización de su colaboración en esta tesis. En el caso de participantes menores de edad, se firmó un asentimiento informado por parte de su representante, de igual manera brindando toda la información necesaria.

La información obtenida de los informantes es confidencial, con el fin de mantener su seguridad, integridad e intimidad, lo cual fue recalcado en el consentimiento informado, al momento de transcribir los testimonios se colocó un perfil del informante que no solo nos ayudó a mantener reservada la identidad del mismo sino también obtener una visión amplia de la fuente del testimonio, es decir su género, su edad y si es de zona urbana o rural, con esto dejando claro la propuesta inicial de ser diversa y variada.

3.7.9 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACION ETNOGRÁFICA

La etnografía, la hemos definido como: “descripción detallada y de primera mano de una cultura viva, basada en la observación personal” (Miller, 2011, Pág. 94).

Para llevar a cabo nuestro trabajo se utilizó dos técnicas de investigación: entrevistas semiestructuradas y grupos focales.

La entrevista es una “técnica de investigación que implica la recogida de datos verbales por medio de preguntas o una conversación dirigida entre, al menos, dos personas” (Miller, 2011, Pág. 86).

La entrevista semiestructurada es aquella que a diferencia de la estructurada es mucho más “flexible”, a la hora de entrevistar a los informantes seleccionados. “Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para

motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos” (Díaz, Torruco, Martínez y Varela, 2013, Pág.163).

Grupo focal es “una forma de entrevista grupal que utiliza la comunicación entre investigador y participantes, con el propósito de obtener información” (Hamui & Varela, 2012, Pág.56).

La aplicación de la técnica de grupos focales en el campo de la medicina y en general en el de salud ha demostrado, por su sensibilidad para indagar conocimientos, normas y valores de determinados grupos, ser una fuente de información de enorme riqueza (...). Los grupos focales indagan cómo afectan diferentes fenómenos o situaciones a las personas; particularmente explican y profundizan en las percepciones, sentimientos y pensamientos de los sujetos involucrados en diversas problemáticas (...). También la técnica puede ofrecer reflexiones, críticas y opciones de solución, en relación con la atención y la formación de profesionales en los servicios de salud (Hamui & Varela 2012, pág.59).

Para cumplir con este trabajo usando el método cualitativo, tanto para las entrevistas como para los grupos focales, se desarrolló primero un cuestionario guía para abarcar todos los temas planteados, este sirvió de referencia durante el desarrollo de los mismos, es decir que al plantear una pregunta, si esta no era entendible, esta técnica nos permite replantearla y adaptarla al paciente entrevistado, logrando obtener la mayor información posible, su opinión sobre el tema, y a la vez sus testimonios propios o de conocidos.

Luego de seleccionar los informantes, se tomó en cuenta también ciertos aspectos bioéticos, lo cual quedó asentado en los consentimientos informados; el encuentro con el paciente duro aproximadamente una hora, cuyo registro de datos fue grabado para la posterior transcripción en formato Word sin omitir frases expresadas, intentando además describir las reacciones mostradas por los entrevistados como llanto, risas etc.

3.7.10 PLAN DE ANALISIS DE DATOS

Para analizar los datos obtenidos de las entrevistas y grupos focales se tomó como base los diez indicadores cualitativos que a su vez se desglosaron en subtemas, los cuales se desarrollaron con la selección de testimonios permitiéndonos de esta manera contar con opiniones diversas y realizar un adecuado análisis, adicionalmente

se elaboró un cuadro resumen de los testimonios más representativos con un esquema que resume las opiniones vertidas.

3.7.11 INDICADORES DE LOS SUJETOS INFORMANTES

Dentro de los aspectos bioéticos se estableció que la información obtenida de los informantes es confidencial, por tanto su identidad no será revelada, para esto hemos creado el siguiente cuadro de indicadores de informantes que nos permitirá plasmar sus testimonios en este trabajo sin violar este aspecto bioético.

Tabla 7. Tabla de indicadores de los sujetos informantes

Nº	IDENTIFICADOR	INFORMANTE –PERFIL
1	EH14RSE	Adolescente hombre de 14 años zona rural, soltero, estudiante.
2	EH14USE	Adolescente hombre de 14 años zona urbana, soltero, estudiante.
3	EH17RSE	Adolescente hombre 17 años zona rural, soltero, estudiante.
4	EH17USE	Adolescente hombre 17 años zona urbana, soltero, estudiante.
5	EM18USE	Adolescente mujer 18 años, zona urbana, soltera, estudiante.
6	EM16US1E	Adolescente mujer 16 años, zona urbana, soltera, estudiante.
7	EM16US2E	Adolescente mujer 16 años, zona rural, soltera, estudiante.
8	EM14USE	Adolescente mujer 14 años, zona urbana, soltera, estudiante.
9	EH29RUA	Adulto joven hombre 29 años, zona rural, unión libre agricultor.
10	EH21RCA	Adulto joven hombre 21 años, zona rural, casado, agricultor
11	EH23USG	Adulto joven hombre 23 años, zona urbana, soltero, guardia
12	EM23UCQ	Adulto joven mujer 23 años, zona urbana, casada, ama de casa.
13	EM25RCQ	Adulto joven mujer 25 años, zona rural, casada, ama de casa
14	EM21UUQ	Adulto joven mujer 21 años, zona urbana, unión libre, ama de casa.
15	EH35UUT	Adulto medio hombre 35 años, zona urbana, unión libre, taxista
16	EH33UUM	Adulto joven, hombre, 33 años, zona urbana, unión libre,

		músico.
17	EH49UUC	Adulto medio, hombre 49 años, zona urbana, unión libre, chofer.
18	EM43RCQ	Adulto medio, mujer 43 años, zona rural, casada, ama de casa.
19	EM39RUQ	Adulto medio, mujer 39 años, zona rural, unión libre, ama de casa.
20	EM34RDQ	Adulto joven, mujer 34 años, zona rural, divorciada, ama de casa.
21	EH57UCC	Adulto maduro, hombre 57 años, zona urbana, casado, comerciante.
22	EH58UDC	Adulto maduro, hombre 58 años, zona urbana, divorciado, comerciante.
23	EH64UUC	Adulto maduro, hombre 64 años, zona urbana, unión libre, comerciante.
24	EM60RUQ	Adulta madura, mujer 60 años, zona rural, unión libre, ama de casa.
25	EM54UVQ	Adulta madura, mujer 54 años, zona urbana, viuda, ama de casa.
26	EM52UUQ	Adulta madura, mujer 52 años, zona urbana, unión libre, ama de casa.
27	EH66UCJ	Anciano joven, hombre 66 años, zona urbana, casado, jornalero.
28	EH66RCD	Anciano joven, hombre 66 años, zona rural, casado, desempleado.
29	EH65UUD	Anciano joven, hombre 65 años, zona urbana, unión libre, desempleado.
30	EM76UVQ	Anciano mayor, mujer 76 años, zona urbana, viuda, ama de casa.
31	EM72UCQ	Anciano joven, mujer 72 años, zona urbana, casada, ama de casa.
32	EM65UCQ	Anciano joven, mujer 65 años, zona urbana, casada, ama de casa
33	EH32RUJ	Adulto joven, hombre 32 años, zona rural, unión libre, jornalero
34	EM30UCQ	Adulto joven, mujer 30 años, zona urbana, casada, ama de

		casa
35	GFH14USE	Adolescente, hombre 14 años, zona urbana, soltero, estudiante.
36	GFH17USE	Adolescente, hombre 17 años, zona urbana, soltero, estudiante.
37	GFH16USE	Adolescente, hombre 16 años, zona urbana, soltero, estudiante.
38	GFM16USE	Adolescente mujer 16 años, zona urbana, soltera, estudiante.
39	GFM25RCQ	Adulto joven mujer 25 años, zona rural, casada, ama de casa
40	GFM22USE	Adulto joven, mujer 22 años, zona urbana, soltera, estudiante.
41	GFH66UCJ	Anciano joven, hombre 66 años, zona urbana, casado, jornalero.
42	GFH65UUD	Anciano joven, hombre 65 años, zona urbana, unión libre, desempleado.
43	GFH56UCC	Adulto maduro, hombre 56 años, zona urbana, casado, comerciante.
44	GFM72UCQ	Anciano joven, mujer 72 años, zona urbana, casada, ama de casa.
45	GFM56UUC	Adulto maduro, mujer 56 años, zona urbana, unión libre, comerciante.
46	GFM54UDC	Adulto maduro, mujer 54 años, zona urbana, divorciada, comerciante.
47	GFM56UDE	Adulto maduro, mujer 56 años, zona urbana, divorciada, estilista.
48	GFM72UDQ	Anciano joven, mujer 72 años, zona urbana, divorciada, ama de casa.
49	GFH66RCD	Anciano joven, hombre 66 años, zona rural, casado, desempleado.
50	GFH57UCC	Adulto maduro, hombre 57 años, zona urbana, casado, comerciante.
51	GFM34RDQ	Adulto joven, mujer 34 años, zona rural, divorciada, ama de casa.
52	GFM52UUQ	Adulta madura, mujer 52 años, zona urbana, unión libre, ama de casa.
53	GFM60RUQ	Adulta madura, mujer 60 años, zona rural, unión libre, ama

		de casa.
54	GFM54RCQ	Adulto maduro, mujer 54 años, zona rural, casada, ama de casa.
55	GFM55UCC	Adulto maduro, mujer 55 años, zona urbana, casado, comerciante.
56	GFMGH28CEPI	Médico General hombre de 28 años de Consulta Externa, Personal Institucional.
57	GFMGM27CEPI	Médico General mujer de 27 años de Consulta Externa, Personal Institucional.
58	GFMTGM48PI	Médico Tratante de Ginecología, mujer de 48 años, Personal Institucional.
59	GFMGEM28PI	Médico General de Emergencia, mujer de 28 años, Personal Institucional.
60	GFMGEM29PI	Médico general de Emergencia, mujer de 29 años, Personal Institucional.
61	GFLLM31PI	Licenciada de Laboratorio mujer de 31 años, Personal Institucional.
62	GFA35CEPI	Admisionista, hombre de 35 años, de Consulta Externa, Personal Institucional.
63	GFLECEM27PI	Licenciada en Enfermería de Consulta Externa, mujer de 27 años, Personal Institucional.

Elaborado por: Las investigadoras

3.7.12 INDICADORES CUALITATIVOS

Los indicadores cualitativos fueron creados para este trabajo de investigación con la finalidad de ayudarnos en la agrupación de los testimonios bajo un mismo indicador, así identificaremos con una sola palabra de manera inmediata los temas abordados tanto en el marco teórico como en los objetivos que persigue este trabajo. A continuación detallamos la tabla de indicadores que usamos en esta tesis.

Tabla 8. Tabla de indicadores cualitativos

Definición de salud	DEFSALUD	Definición ofrecida por los usuarios del Hospital Básico el Carmen en respecta a su perspectiva personal que incluye sus conocimientos, experiencias y opiniones sobre lo que significa estar sano.
---------------------	----------	---

Actitud al perder la salud	ACTSALUD	Actitud que tienen los usuarios del Hospital Básico el Carmen en cuanto al momento oportuno de recibir atención médica, tomando en cuenta sus creencias, distancia y accesibilidad.
Prácticas ancestrales de salud	PRANCESALUD	Prácticas ancestrales de salud no recomendadas por personal médico que la población de el Carmen considera útiles para curar ciertas enfermedades y afecciones. Se incluye aquí ciertas patologías conocidas y otras totalmente desconocidas para la ciencia.
Acceso a la salud	ACSALUD	Posibilidad que tiene cada usuario de recibir atención médica en el hospital básico el Carmen.
Relación médico paciente, barreras.	RMPBARRERAS	Barreras que pueden influir en la relación médico paciente, se incluye aquí obstáculos que pueden presentarse de forma anticipada, durante y posterior a atención médica. Se recalca la disponibilidad de turnos en la consulta externa, tiempo de espera para recibir atención médica en el área de emergencia y trato no adecuado que reciben los usuarios por parte del personal institucional de la Unidad.
Relación médico paciente, ventajas	RMPVENTAJAS	Ventajas obtenidas que benefician a la población de El Carmen posterior a la realización de una consulta, en la que se desarrolló una adecuada relación médico paciente.
Identificación trastornos mentales	IDENTIFICACIONTM	Criterios que tienen los pobladores de El Carmen para reconocer cuando una persona sufre una enfermedad mental u causas de la misma.
Abordaje de trastornos mentales	ABORDAJETM	Diversas creencias entre los pobladores de EL Carmen relacionado a trastornos mentales, su perspectiva y conductas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas.
Sexualidad plena	SEXPLENA	Relaciones sexuales que los usuarios de El Carmen consideran satisfactorias tomando en cuenta la edad de inicio, sexo, patologías, vivencias y costumbres.
Uso de anticoncepción	USANTICONCEPCION	Conocimiento que poseen los residentes de El Carmen sobre métodos anticonceptivos con respecto a su aplicación para evitar embarazos no deseados y además prevención de enfermedades de transmisión sexual.
Planificación de embarazo	PLANEMBARAZO	Edad en la que la las mujeres del Cantón de El Carmen tienen su primer embarazo, cantidad de hijos que deseaban y/o desean tener. Incluye la preparación antes de concebir un embarazo.
Conocimiento de	CONEMBARAZO	Se incluye aquí ciertos factores que consideran que

embarazo		puede alterar el curso normal del embarazo, y su conducta cuando se sienten amenazadas por estos factores. Su conducta a seguir cuando notan que hay alteración del mismo.
Preferencias del parto	PREFPARTO	Preferencias que tienen los moradores de El Carmen de acuerdo a su cultura en cuanto al lugar, la posición, el trato a recibir y el tiempo en que debe efectuarse un parto. Además se expone aquí experiencias positivas y negativas tanto de partos institucionales como de partos en casa.
Actitud ante el puerperio	ACTPUERPERIO	Actitud que adoptan las mujeres de El Carmen posterior al alumbramiento, en dependencia de su edad y zona de procedencia contrastando a quienes son originarias de zona rural y de zona urbana.
Impacto biopsicosocial	IMPBIPSICOSOCIAL	Conceptualización dada por las pacientes del Hospital Básico El Carmen sobre la muerte, y su impacto biopsicosocial tanto personal como familiar.
Superación del duelo	SUSPDUELO	Formas en que los entrevistados indican como viven su duelo, y se relata el proceso que atraviesan para superar el mismo.
Factores de riesgo para consumo	FRCONSUMO	Consumo de drogas y alcohol entre los moradores de El Carmen, su edad de inicio, el tipo de droga y alcohol usado con mayor frecuencia. Se realiza un mayor énfasis en los factores de riesgo que contribuyen para la utilización de estas sustancias.
Consecuencias en la familia del uso de sustancias	CFAMSUSTANCIAS	Consecuencias que afectan de manera negativa a la dinámica familiar por el consumo de sustancias en los moradores de El Carmen.
Proceder ante el uso de sustancias	PROCUSUSTANCIAS	Proceder tanto del propio consumidor como de su familia ante el consumo de sustancias, se incluye las causas y /o factores que contribuyeron para suspender su uso, las redes de apoyo y la accesibilidad a las mismas, además de circunstancias que en su opinión pueden llegar a ser la mejor opción terapéutica y en otros casos no.
Conocimiento maltrato intrafamiliar	CONMALFAMILIAR	Conocimiento que tienen los usuarios del Hospital Básico El Carmen con respecto al maltrato intrafamiliar, se incluye aquí experiencias y vivencias propias y de terceros, los tipos de maltrato que consideran que existen y su influencia en la dinámica familiar.
Barreras para poner alto al	BALTOMARFAMILIAR	Factores que influyen en la decisión que toma la persona maltratada para frenar el maltrato intrafamiliar

maltrato intrafamiliar		para que esta sea definitiva.
Causas de enfermedades crónicas	CAUCRONICAS	Causas que consideran importantes los pacientes entrevistados para el origen de las enfermedades crónicas.
Adaptación ante una enfermedad crónica	ADAPCRONICA	Repercusión y acoplamiento familiar cuando uno de sus miembros es diagnosticado de alguna enfermedad crónica. Se indica aquí si una enfermedad crónica puede ser o no causa de un desequilibrio familiar de acuerdo a su cultura, y creencias sobre estas enfermedades.
Adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas	ADHCRONICAS	Formas en que los pacientes con enfermedades crónicas del Hospital Básico El Carmen enfrentan una enfermedad crónica. Se mencionan el acatamiento o no, tanto del tratamiento farmacológico como no farmacológico, la dosificación prescrita y cambios en el estilo de vida a lo largo del tiempo de quien padece dicha enfermedad.

3. 7.13 WORSALAD

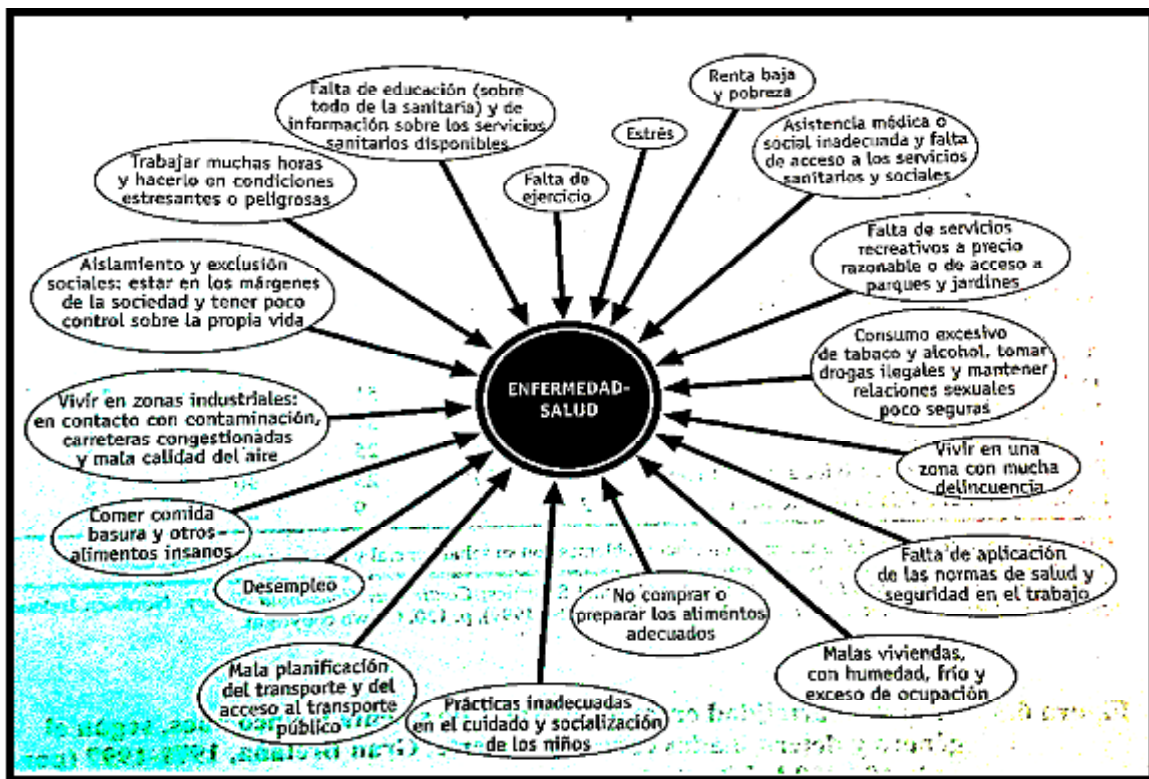
El wordsalad o también llamado ensalada de palabras es una aplicación de gran utilidad ya que permite dar mayor relevancia a palabras mayormente utilizadas en los testimonios escritos en este trabajo a manera de nube de palabras, la cual se encontrará en cada uno de los temas abordados.

3.7.14 MODELO GRÁFICO SISTÉMICO DE SALUD/ENFERMEDAD DE GIDDENS

El modelo sistémico utilizado en esta investigación para una mejor simplicidad de la información hemos utilizado una técnica descrita por el Sociólogo Anthony Giddens, cuya estructura también permite sintetizar una diversidad de teorías con la finalidad de darle coherencia, sentido y continuidad entre lo manifestado y lo estructurado en la figura.

Por ello hemos plasmado en este esquema o figura las diversas ideas y opiniones, así como testimonios obtenidos durante las entrevistas y los grupos focales realizados en El Hospital Básico El Carmen. A continuación plasmamos una de las figuras realizadas por el autor mencionado como modelo y guía de esta teoría, que nos habla sobre las influencias culturales y materiales que inciden sobre la salud.

Figura 5. Influencias culturales y materiales que inciden sobre la salud.



Fuente: Giddens (2005: 203)

3.8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Durante el trabajo de campo de nuestra investigación nos surgieron varias eventualidades que limitaron nuestro estudio, sin embargo se cumplió con objetivos planteados:

Días antes de iniciar nuestro trabajo de campo se nos informó que la institución empezaría con el proceso de repotencialización, por lo que los consultorios de consulta externa incluyendo los designados para los estudiantes de posgrado sería ubicados en carpas adaptadas y colocadas en el lugar que se destinaba para estacionamiento del personal que labora en el mismo, esto provocó una limitación de espacio físico, y de privacidad para realizar las entrevistas; se optó por acudir al domicilio de los entrevistados, sin embargo lejos de beneficiarnos, limitó las opiniones de estos al encontrarse con más miembros de la familia en casa, existieron varios distractores que cortaban la secuencia de la entrevista. Se entrevistó a 6 pacientes en domicilios, al notar que no lográbamos el objetivo de la misma decidimos buscar otro lugar apropiado para llevarlas a cabo.

Otro inconveniente suscitado durante la realización de las entrevistas fue el depender del tiempo disponible de los participantes, estamos conscientes que todos tenemos obligaciones por cumplir pero al organizar nuestro plan de trabajo contábamos con realizar un número determinado de entrevistas de acuerdo al tiempo asignado para la tesis ya que debíamos también realizar otras obligaciones del posgrado, sin embargo en varias ocasiones nos cancelaron una o dos entrevistas por lo que el tiempo de trabajo de campo se nos prolongó.

Una limitante de nuestra investigación fue al momento de hablar de temas desconocidos para nuestra población, como sucedió con el tema de salud mental, la población no se familiarizaba con este término, y se utilizó el vocablo “loco” para que nos den su opinión, sin embargo aunque ya este término era bastante conocido, tampoco logramos obtener muchos testimonios referentes al tema, tal vez por lo poco usual o por la poca información que tienen al respecto, decimos esto pues incluso se les menciono un ejemplo hipotético de síntomas que podrían presentar uno de sus familiares y concordaban en que no sabrían que hacer y no opinaban más al respecto.

Al momento de realizar los grupos focales, se tenía previsto organizarlos por grupos de edades, sin embargo por factor tiempo de los participantes no se logró reunirlos como se tenía programado, sino más bien se organizó los grupos de acuerdo a la disponibilidad de tiempo de ellos, además que como nos sucedió en las entrevistas hubo cancelaciones lo cual nos obligó a buscar otros informantes independientes de la edad para cumplir con el número mínimo de participantes como fue el caso del primer grupo focal para finalmente contar con dos adultos jóvenes y 4 adolescentes; ante esta circunstancia replanteamos organizar un grupo focal adicional.

El grupo focal de médicos se realizó también con un cronograma diferente, se había invitado a nueve participantes de diferentes áreas, sin embargo por motivos de cumplir su agenda de trabajo, hubo algunas cancelaciones, lo que nos llevó a buscar otros participantes que por supuesto estaban dentro de sus horas laborables, provocando varias interrupciones durante el desarrollo del mismo.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 SALUD

En este capítulo mostraremos información importante sobre la salud; hemos mencionado que la Organización mundial de la Salud considera a la misma como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948). Por lo tanto describiremos y analizaremos que conceptos tienen los usuarios del Hospital Básico El Carmen y si este conocimiento al respecto es similar a su definición universal, es decir que es lo que ellos consideran estar sanos, sus actitudes ante las enfermedades, el momento oportuno en que deciden acudir para recibir atención, además haremos énfasis en las prácticas ancestrales propias de esta comunidad y describir sus experiencias y resultados al practicarlas, detallando si al momento de la consulta médica existe un enfoque intercultural así como el sentir de los usuarios al momento de hablar de sus creencias con los médicos de esta unidad. Finalmente en este capítulo analizaremos experiencias tanto positivas como negativas en cuanto al acceso o las posibilidades que tienen los pobladores para recibir atención médica.

4.1.1 DEFINICION DE SALUD

Definición ofrecida por los usuarios del hospital Básico El Carmen en respuesta a su perspectiva personal, incluyendo sus conocimientos, experiencias y diversas opiniones sobre lo que significa para ellos estar sano.

A pesar de tener un enfoque puramente biológico, coinciden en que es una prioridad en la vida, por lo tanto siempre buscaran aliviar o mejorar su salud:

... La salud es lo más importante, y es la primer paso en la vida, y sin salud no somos nadie (Anciano joven, hombre 66 años, zona urbana, casado, jornalero).

... Para mí la salud es algo vital, algo que todos los seres humanos deberíamos tener conservar y todos deberíamos cuidarnos bien la salud (Adulto joven de 23 años, zona urbana, soltero, guardia).

... La salud es algo primordial para todo ser humano, la salud es todo porque sin salud no es nada, estando la salud buena uno puede hacer muchas cosas... (Adulto joven mujer, 34 años, zona rural, divorciada, ama de casa).

Actualmente refieren los autores que la salud humana debe fundamentarse bajo los parámetros: biológico, psicológico, social y espiritual con el objetivo de mejorar la calidad de vida; los médicos que laboran en El hospital Básico El Carmen tienen claro este concepto de salud:

... La salud es el completo estado tanto físico, psicosocial, moral hasta espiritual ahí está un completo estado de salud (Medico general, mujer 27años, de Consulta Externa de grupo focal de personal Institucional).

Al momento de desarrollarse la consulta médica, es cuando deberíamos recordar este concepto completo de salud, pero existen limitantes y talvez falta de entrenamiento a la hora de brindar una atención medica de calidad, esta problemática al igual que las razones para llevar a cabo solo un modelo biomédico ya ha sido abordado en otros trabajos, y otras entidades de salud, dificultad que enfrentan los sistemas de salud no solo de nuestro país sino también otras regiones del mundo, por tanto no es la excepción en esta unidad, y mencionamos a continuación sus comentarios al respecto:

...Yo creo que el paciente viene a buscar un alivio físico a su dolor no, muchas veces viene a buscar un tratamiento, más acuden porque tienen la confianza de que aquí les resuelvan su problema, por eso acuden los pacientes mas no nos dedicamos a preguntar señor usted de que religión es o que no se otra cosa , solo nos enfocamos a la patología que viene el, creo que nadie más va a enfocar que religión a que se dedica ni nada, muchas veces no nos preocupamos de eso, solamente preguntarle su dolencia física que tiene

(Médico Tratante de Ginecología, Mujer 48 años de grupo focal de Personal Institucional).

...Si, yo por lo menos si trato de verle la parte psicosocial, de ver la parte psicológica del paciente digamos en la consulta, pero a mi si me detiene mucho la cuestión del tiempo, porque no tengo tiempo de darle una atención de calidad a mi paciente que es lo que ellos se merecen y es lo que es rehabilitación y recuperación del paciente, no solamente darle algo para su dolencia de ese momento (Médico general, mujer 27 años de Consulta Externa de grupo focal de Personal Institucional).

...En la emergencia es aún más complicado, porque si en veinte minutos que tienes en la consulta externa y no pueden hacer un abordaje integral del paciente y lo entiendo porque en verdad que no es tan sencillo, yo le atribuyo al sistema la responsabilidad, porque ellos nos exigen números. En la emergencia es mucho más complicado, porque literalmente en la emergencia llegan o deberían llegar pacientes que ponen o está en peligro su vida entonces yo voy a priorizar su patología, no se hace lamentablemente un estudio integral y muchas veces los pacientes llegan gritando su sensación de angustia, su depresión, su preocupación y nosotros simplemente con verlos nos podemos dar cuenta que tienen muchos factores sociales que agravan su patología y de una u otra manera pues trato en algo de investigar o al menos de darle una palabra de consuelo pero la situación va mucho más allá, y mi solución o lo que yo le puedo dar es el tratamiento indicado, a parte tengo muchísimos pacientes afuera , golpeándome la puerta que tengo que atender... (Medico general de Emergencia, mujer 28 años, de grupo focal de Personal Institucional).

Dar atención integral a un paciente para asegurar que está sano, es todavía un objetivo por alcanzar en nuestra unidad, los pacientes desconocen el completo abordaje que el medico debería brindarles en una consulta integral y de calidad, y los médicos por múltiples factores ya mencionados siguen justificando el no enfoque biopsicosocial y espiritual de un paciente, es decir el modelo biomédico sigue siendo el pilar de la atención en nuestro medio.

Tabla 9. Definición de salud en El Hospital Básico El Carmen

Concepto de salud puramente biológico sin enfoque psicosocial en la Unidad.
<p>... <i>“Para mí la salud es el estado en que se encuentra nuestro cuerpo si está bien o si tiene una falencia, algún dolor, algún trauma, etc.”.</i></p> <p>... <i>“La salud es lo más importante, y es la primer paso en la vida, y sin salud no somos nadie”.</i></p> <p>... <i>“El paciente viene a buscar un alivio físico a su dolor no, muchas veces viene a buscar un tratamiento, más acuden porque tienen la confianza de que aquí les resuelvan su problema... solamente preguntarle su dolencia física que tiene”.</i></p>

Fuente: Entrevistas y Grupos Focales
 Elaborado por: Las Autoras

En el siguiente esquema se resume las definiciones dadas por los entrevistados acerca de lo que consideran estar sano, y la importancia de la salud (figura 7).

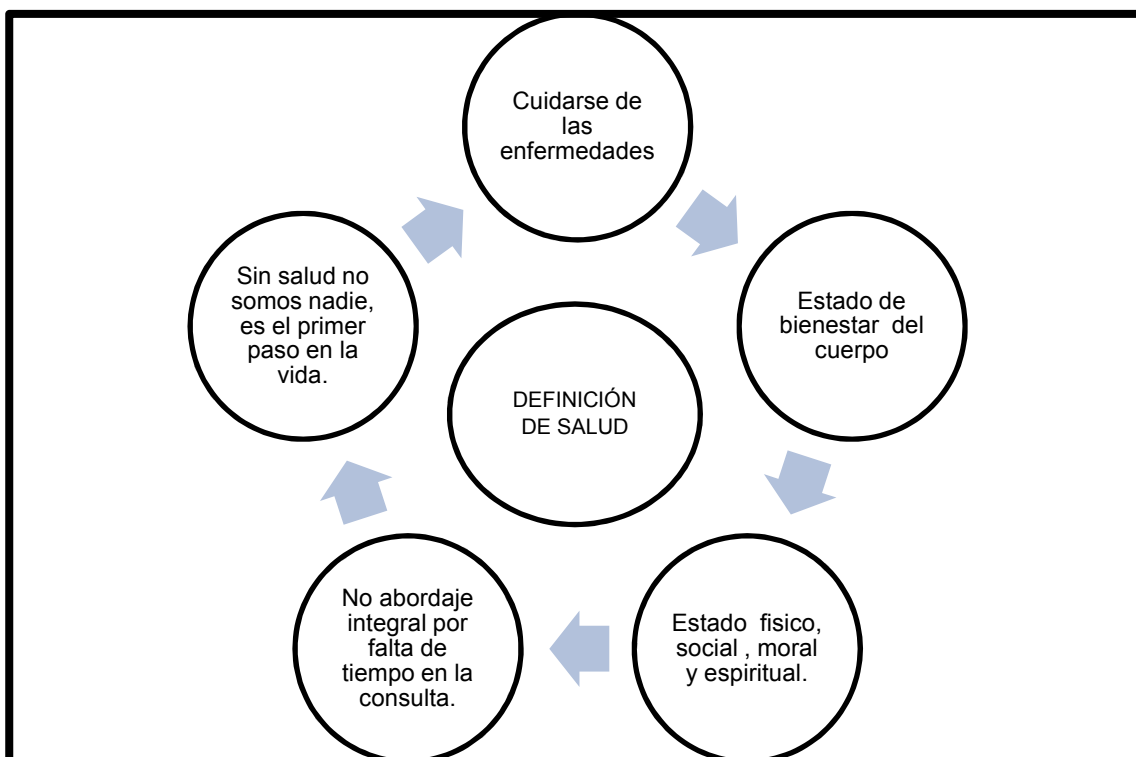


Figura 7: Esquema giddens de conocimiento general sobre lo que es salud.

Fuente: Entrevistas y Grupos Focales
 Elaborado por: Las Autoras

... Cuando estoy enferma, necesito algo ya me llevan, cuando me duele apenas algo y me traen mi mami o mi papi (Adolescente mujer, 14 años, zona urbana, soltera, estudiante).

Acudir al médico periódicamente puede hacer que se detecte enfermedades crónicas o mortales a tiempo, por lo que según cada grupo de edad se recomienda asistir a su control, ya vimos que los comentarios de la personas de El Carmen no es precisamente asistir por una rutina, sino con sintomatología, pero al entrevistarlas también evidenciamos que en su mayoría prefieren estar muy enfermas para acudir al médico:

... Ehh, yo voy cuando estoy ya un poco enfermo, no casi seguidamente, solo cuando estoy un poco enfermo, ya es algo más fuerte o un malestar más fuerte vengo, mis niños y esposa si vienen, si mi niña tiene fiebre voy al médico (Adulto medio, hombre 35 años, zona urbana, unión libre taxista).

... Cuando siento una enfermedad bastante delicada acudo a los médicos al hospital y cuando es una cosa leve me tomo una pastilla en mi casa, porque uno ya tiene experiencia en su cuerpo que tiene o que algo le pasa, vengo cuando estoy bien malito (Adulto maduro, hombre de 64 años, zona urbana, unión libre, comerciante).

...La verdad que ya cuando me siento demasiado mal, así que ya estoy agonizando ahí decido preguntarle al médico más cercano que está en mi casa y ahí él me receta y todo eso me ayuda (Adolescente de 17 años, zona rural, soltero estudiante).

... Yo he ido así cuando estoy enferma, cuando no estoy enferma pues no voy, pero cuando estoy enferma casi no voy, cuando tengo un dolor de cabeza yo tengo paracetamol que le dieron a mi hija bastante y yo solo me tomo una pastilla así (Adulto joven, mujer de 21 años, zona urbana, unión libre, ama de casa).

La población de El Carmen ante una enfermedad su primera conducta es realizar prácticas ancestrales o consumir productos “naturales”, al no ver mejoría consideran asistir a su médico en busca de ayuda profesional, ellos nos comentan lo siguiente:

... Cuando me siento mal, primero me hago un remedio casero como sobarme un huevo, tomarme alguna agüita, hacerme una limpieza y si ya veo pues que ya no me hace busco atención médica (Adulto medio, mujer de 43 años, zona rural, casada ama de casa).

... Cuando estoy bien grave, cuando es leve solo caseros (Adulto maduro, hombre de 58 años, zona urbana, divorciado, comerciante).

... Me traen, yo solo no vengo, me traen cuando estoy grave y si me duele algo que no es grave me dan remedio, compran una pastillas, me dan agua de anís que es bueno para el dolor de barriga, y otra que no recuerdo pero me saben dar más agüitas (Adolescente, hombre de 14 años, zona urbana, soltero estudiante del grupo focal).

Sabemos que las consecuencias de no buscar ayuda especializada en salud inmediata son graves, y los pacientes dan sus testimonios respecto a esto, por lo que después tienen una actitud diferente, nos cuentan sus experiencias:

... Nosotros como personas nos olvidamos nos cierto del médico, cuando ya estamos enfermos, póngale en el caso de mi esposo... ya cuando él ha tenido 59 años ya casi es que ha acudido al médico, y le digo que en otros tiempos nunca, nunca, cuando él ya cayó enfermo, cuando él ya no puede, no puede más, mire si ya hasta se ha quedado ciego y no son muchos años que ya le han detectado (Testimonio Adulto maduro, mujer de 56 años, zona urbana, unión libre, comerciante de grupo focal).

...Si la costumbre de ir al médico cuando uno ya está mal, en el tiempo de mi esposo él estaba bien y tenía diabetes, pero de pronto cayó, le detectaron que tenía ocho años sufriendo de hipertensión ya hipertensión demasiado avanzada, la azúcar todo, falleció enseguida (Testimonio adulto maduro, mujer de 54 años, zona urbana, divorciada, comerciante de grupo focal).

“Buscar salud no significa buscar inmortalidad (...) pero si significa luchar contra cierto tipo de muertes” (Gavidia y Talavera, 2012, Pág. 174); por ello con las experiencias negativas de los pacientes luego de ya contraer una enfermedad crónica, su actitud en cuanto a buscar salud cambia, claro está en algunos casos como los ya mencionados buscan salud o sus controles periódicos posterior a tener una complicación, es decir a “luchar contra cierto tipo de muertes”, sus testimonios siguientes hablan de como este grupo de pacientes acuden periódicamente a sus controles, posterior al diagnóstico de enfermedades crónicas:

... Yo a los cincuenta años casi ya decidí por problemas de que soy hipertenso y de ahí comencé ya a visitar a los médicos (Testimonio adulto maduro, hombre de 57 años, zona urbana, casado comerciante).

...Yo voy al médico mes a mes que tengo control, también por ejemplo hoy día me faltaron las pastillas tuve que venir nuevamente aquí porque mi cita es el 23 y no me alcanzó el medicamento y tuve que venir para ayudarme, porque no tengo recurso para comprar, también voy a emergencia porque de repente me da algo y yo voy a la emergencia para que me den cualquier medicamento (Testimonio anciano joven, mujer de 72 años, zona urbana, casada, ama de casa).

... Yo vengo ahora a mi control cada mes o dos meses que la doctora me revisa y de ahí enfermedades que he tenido... desde que me vio la doctora Yaira y ya entre en manos de ella y no tenía control ni remedios, ya tengo con ella dos años y ella me hace el control cada dos meses (Testimonio adulto maduro, hombre de 64 años, zona urbana, unión libre comerciante).

Educar a la población, para recibir atención en salud oportuna, es el trabajo que nos queda por hacer en esta comunidad, pues queda demostrado que acudir al médico no es una prioridad para ellos y esta actitud cambia cuando se presentan secuelas que desafortunadamente ya limitan las actividades de la vida diaria.

Tabla 10. Actitud de los carmenses al perder la Salud

Conducta de los usuarios frente a enfermedades y complicaciones
<i>...“Cuando estoy enfermo, apenas me duele algo siempre vengo acá”.</i>
<i>...“La verdad que ya cuando me siento demasiado mal, así que ya estoy agonizando ahí decido preguntarle al médico más cercano”.</i>
<i>... “Cuando estoy bien grave, cuando es leve solo caseros”.</i>
<i>...“Si la costumbre de ir al médico cuando uno ya está mal, en el tiempo de mi esposo le detectaron que tenía ocho años sufriendo de hipertensión ya hipertensión demasiado avanzada, la azúcar todo, falleció enseguida”.</i>
<i>... “Yo a los cincuenta años casi ya decidí por problemas de que soy hipertenso y de ahí comencé ya a visitar a los médicos”.</i>

Elaborado por: Las investigadoras

Fuente: Entrevistas y Grupos Focales

En el siguiente esquema se resume la actitud que presentan los habitantes de El Carmen al perder la salud, es decir su actuar al enfrentar enfermedades (figura 9).

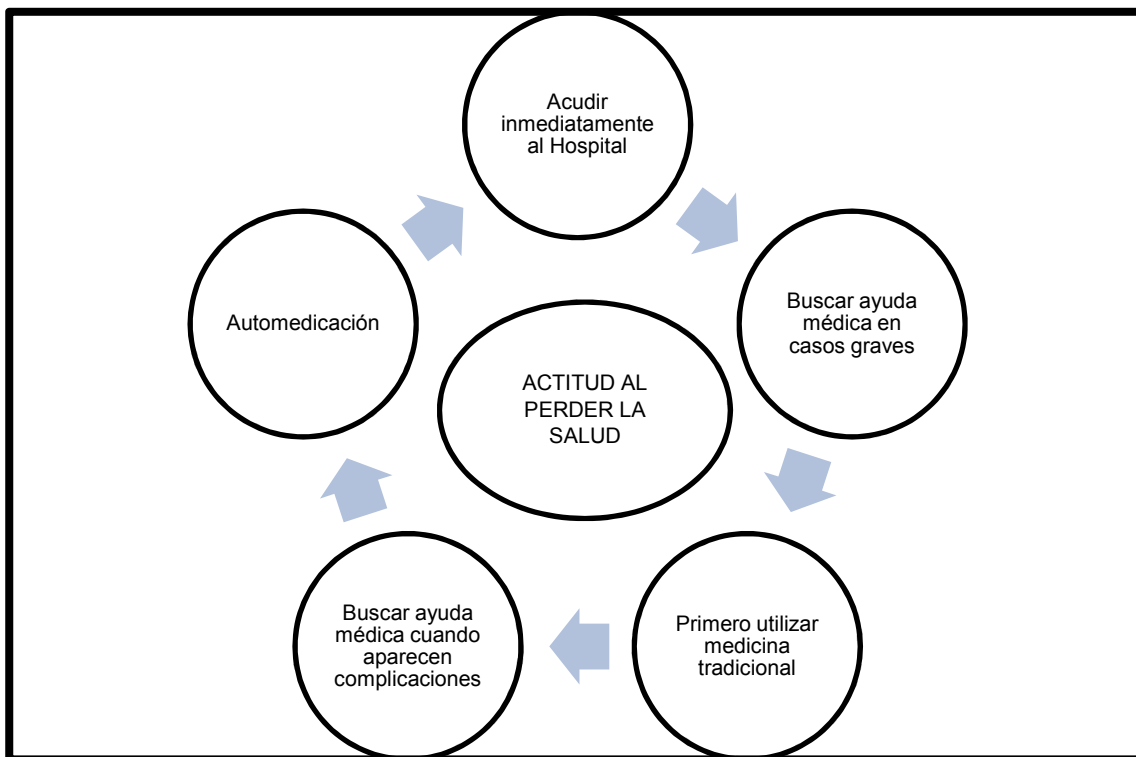


Figura 9: Esquema Giddens que representa la actitud que tienen los entrevistados al perder la salud.

Fuente: Entrevistas y Grupos Focales
Elaborado por: Las Autoras

4.1.3 PRÁCTICAS ANCESTRALES DE SALUD

Mencionamos en este trabajo que la antropología médica tiene la finalidad de descubrir aquellas prácticas y conocimientos que ayudan a recuperar la salud en un grupo cultural determinado, por ello dedicamos este acápite a aquellas prácticas ancestrales o como lo llama la OMS medicina tradicional que la define de la siguiente manera:

El conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales (OMS).

Hemos citado también aquellas creencias y costumbres propias de la cultura manabita y en especial las del cantón El Carmen, escritas en 1995 por Álava Eumeny en su libro “Manabí creencias y costumbres”; es decir intentar conocer la manera en que

...Ella así nos daba remedios caseros de cualquier hierbita, ejemplo de la hierba buena para el dolor de estómago, de oreganón cuando decían que tenían diarrea (Testimonio adulta madura mujer de 60 años, zona rural, unión libre ama de casa).

... Y así que esa agüita que estaba tomando pero como que me dijeron que ya no tome, era la agüita de mango, dicen que es buenísima para el estómago pero me la prohibieron... (Testimonio adulta madura, mujer de 52 años, zona urbana, unión libre, ama de casa).

...Yo en mi aspecto yo solamente para el dolor de barriga yo allá donde vivo lo que me tomo una agüita de Zaragoza (Testimonio adulto joven, hombre de 21 años, zona rural, casado agricultor).

Notamos que el uso de herbolarios bebibles es generalmente la primera opción a la hora de un dolor abdominal, sin embargo hay quien prefiere realizar otro tipo de rituales para mejorar su dolencia, y nos cuentan los siguientes relatos:

... En mi yo una vez estuve con gastritis en el estómago, me dieron aquí pastillas y casi me muero (risas) y me hice sobar la barriga con eso se me quitó, ya tengo más de cuatro años que ya no me duele el estómago ni la barriga ni náuseas y el dolor de cabeza que me daba con la gastritis, que me daba, es lo único que he hecho en mí, lo único; me soba por tres días en ayunas este con limón y dos huevos y le ponen una tortilla caliente en la barriga, no sé cómo le harían con periódico, cogen tres limones enteros que sean suco no cualquier limón y le soban con un mentol, se soba con un huevo en toda la barriga, en todo el pecho, en toda la espalda, según que para la gastritis, según que la gastritis viene de la palpitación y después que le soban una media hora más o menos de ahí la botan, toca botar no mandarle al agua porque hace daño, botarla en un lugar donde uno no mire hacia atrás o vuelva a pasar (Testimonio de adulto joven, mujer de 25 años, zona rural, casada ama de casa).

... También nos bañan con agua de monte, el monte de chivo lo ponen a hervir y esa agua la cogen y la ponen en la cabeza y también lo ponen en el cuerpo para los dolores de cabeza, de barriga, cuando le duele todo el cuerpo, nos bañan con eso, si me cura y me baño varias veces en el día, tres veces en el día café, almuerzo y merienda (Testimonio de adolescente mujer de 14 años, zona urbana, soltera, estudiante).

La práctica más frecuente relatada por los entrevistados, es el uso de hierbas en diferentes situaciones en que la salud se ve afectada, se entiende por hierbas a los diferentes vegetales o plantas, usándolas enteras o cualquiera de sus partes sean sus hojas, tallos, flores o raíces. Los siguientes testimonios nos narran la utilidad de ciertas plantas propias del territorio:

... Mi madrecita creía en monte, ojo de muerto, pero ella machucaba unos montes en un platillito en una tacita en una viandita, te frotaba en la cabeza para el dolor de cabeza (Testimonio anciano joven, hombre de 66 años, zona urbana, casado jornalero).

... De ahí que más era agua de ese para los nervios, como es de como de hierbaluisa, la santa maría que le llaman, en agua de tiempo en agua se toma, se pone a hervir y se toma, esa es para los nervios es como la hierbaluisa (Testimonio de adulto maduro, hombre de 57 años, zona urbana, casado comerciante).

... La ruda también ha sido ser buena para el dolor de oído, la gongona, si una plantita que se llama la gongona, esa le calentaba yo en una cucharita y ese le exprimía ese juguito en un trapito finito y me lo ponía para el dolor de oído y la sordera (Testimonio de adulto medio, mujer de 43 años, zona rural, casada ama de casa).

Por otro lado, existe una práctica muy peculiar entre sus moradores que sigue en frecuencia al uso de herbolarios, nos referimos a lo que denominan “limpias” utilizado cuando existe un mal denominado también por ellos “mal de ojo” o “mal aire”. Esta práctica puede ser realizada con productos que tienen en casa diariamente como el huevo y por los mismos familiares:

... A veces cuando uno está ojeado mi mami le pasan el huevo así por la cabeza, cualquiera de mi familia sabe hacer eso (Testimonio de adulto joven mujer de 23 años, zona urbana, casada, ama de casa).

... Así cuando dicen estamos en un grupo, riéndonos y cuando viene miya porque ella tuvo un ojo así la mira mucho ya está vomitando y diarrea, entonces viene y se pasa el huevo, y ya se nos quita, es creencia, y ahí se le quita y ya y cuando la ve a mi hija que no mejora es porque que tiene el ojo bien pegado, mi mami se levanta a las 6 de la mañana a hacer desayuno, y ese día no se levantaba y yo que le pasara a mi mami y mi mami estaba así

(encogida) metida aún en la cama, yo mami que te pasa, hija dice toda la noche he pasado con vómito y diarrea, dice tu hija me ojeo, ya mami, ya le pasa y con un huevo le cure (Testimonio de adulta madura, mujer de 52 años, zona urbana, unión libre, ama de casa).

... Ahh como también eso de que si estás muy recauda en cama te hacen eso de que pasan el huevo, esas cosas así ya, porque supuestamente dicen que es maldad, con baños de agua de cosas así de flores, de garra de gallinazo, cosas así se usan para que se te quite lo que te pasa, las dos cosas se usan porque quitan el malestar y si quitan (Testimonio de anciano joven, hombre 65 años, zona urbana, unión libre, desempleado).

En ocasiones el mal de ojo es “muy fuerte” o hay ciertas reglas que cumplir pues no mejora con lo que ya se relató “pasar el huevo”, es ahí cuando recurren a personas más experimentadas en la utilización de esta medicina ancestral, nos referimos a los denominados “curanderos” ya conocidos por los moradores, y que generalmente cobran por sus servicios pues es su medio de sustento, esto se ve reflejado en las siguientes experiencias que nos narran:

...Me pasan el huevo cuando dicen que uno esta ojeado, aunque ya tiene tiempo que no me ojean, la última vez fue cuando estaba en octavo tenía 12 años, recuerdo que ese día no fui al colegio, tenía bastante fiebre y demasiado dolor de cabeza, y ahí bajo mi abuela a la casa que es curandera y ella me sobó ahí el huevo y con esas aguas ahí ya me curó, con las aguas hacen lo típico que se lo ponen en la boca y a uno lo rocían con eso, de ahí uno no se puede bañar porque creo que le da mal aire, por ejemplo ahí en la noche ya no se baña hasta que terminen de curarse, a mí solo me duró dos días. Eso a mí sí me sirvió porque después ya se me paso, por eso si creo en eso del ojo (Testimonio de adolescente mujer de 16 años, zona urbana, soltera, estudiante).

... Con una hija que cayó enferma que me la habían ojeado y tuve que buscar a los curanderos y la curaron porque si no se me moría, tenía más de un año y si la curo, y ella si lo usa, así que otra persona cura a mis nietos también a cualquiera que caiga enfermo (Testimonio de Anciano joven, hombre de 65 años, zona urbana, unión libre, desempleado).

Mientras entrevistábamos a estos pacientes notamos que muchos de ellos también relacionan algunas enfermedades con fenómenos sobrenaturales, por lo que son sus curanderos quienes los alivian de estos malestares, que al escucharlos semejan ser

mitos o leyendas, pero ellos aseguran ser testigos oculares y vivenciales de estos hechos:

... Sino que un día una muchacha fue, andaba llorando, enfermosa y que no podía curarse la mamá ya no tenía plata ya había gastado algunos miles de dólares, y me conversó y yo le digo ... esa muchacha lloraba y en ese tiempo la mujer me decía ayúdala, esa muchacha estaba dentro de la iglesia ahí, una hija estaba preparando la comunión y ahí fue que le digo si quiere yo le ayudo le digo, usted que va a saber nada, no, le digo ahí yo no le voy a cobrar nada, gratis, gratis, y ya vino la mamá no era tampoco tan creyente pero después me busco, porque a esa muchacha lo querían sacar de dentro de la cama, porque ella veía los murciélagos, los diablos que llegaban y volaban en esa casa, y ella se tapaba con la colcha las patas, pero ¿porque viene eso?, el padre borracho, se fue a Manabí porque no tenía plata, y tenía a la mujer encita y no le mandaba plata, le dijo al diablo que le de plata para entregarle al niño, pero nació la niña y no le dejaba en paz, y como salió mujer por eso no le llevo el diablo, y yo la cure, y la muchacha se curó. (Testimonio de anciano joven. Hombre de 66 años, zona rural, casado, desempleado)

... Yo he visto el caso de mi hermano, es que como siempre se fue a trabajar, él trabajaba en una finca y a él le toco irse con otra persona pero a esa otra persona la perseguía la duenda, y como ha visto que ellos andaban juntos y ella pensó que él estaba enamorada del chico con el que iba y la duenda la cogió y lo bajeaba y ahí lo trajeron al médico y todo y estaba aquí en el hospital, no le encontraban de que estaba enfermo y gritaba que le dolía la cabeza, el cuerpo y un día lo llevaron a una curandera buena y le dijeron para ir y ahí dijeron todo eso de la duenda y le mandaron unos baños curativos, el primer baño todo normal no había dolor de cuerpo ni nada, el segundo tenía que hacerse sobar, la segunda sobada también ya nada, se podía ir a trabajar y la tercera sobada ya se curó. (Testimonio de adolescente, hombre 16 años, zona urbana, soltero, estudiante, de grupo focal).

... Como testimonio le cuento que si hay cosas malas, una concuñada mía que a los hijos los tenían aquí en la escuela y ellos vivían en el campo y yo soñé y le decía a mi esposo anda Mauro algo pasa con ellos anda y él no quería y cuando fue todo paso igualito como soñé y a esa señora hubo que llevarla a Chone no había quien la curara y estaba amarrada, mordida como perro y el mismo que le vendió la finca porque se la vendió perdida es el que le hizo las

cosas malas, la llevaron a Santo Domingo , un manicomio en Quito botada y amarrada y ya habían vendido la puerca, las vacas, todo lo que tenían en la finca, tenía veinte sucre en ese tiempo y me dice ¿mire tengo veinte sucre que hago? Dice un amigo que la lleve donde Olguita Terán y le dije llévala allá Wilmer, y la lleva para allá y ella la mira y le dice ohhh si esta señora ya está muerta pero le voy a dar una tomita, sino bota la toma ella se cura, la señora se curó. (Testimonio de anciano joven, mujer 72 años, zona urbana, divorciada, ama de casa, de grupo focal).

Otra alternativa muy común practicada por los curanderos de este cantón es el uso de diversos animales para patologías de origen infeccioso, adicción al alcohol y muy peculiar también en las mordeduras de serpiente, nos relatan sus vivencias:

... Para la erisipela el sapo pero se muere el sapo, y la persona se cura, he visto a mi abuela tenía erisipela le pasaron el sapo y se murió el sapo, no fue al médico porque era del campo (Testimonio de adulto medio, hombre de 35 años, zona urbana, unión libre taxista).

...Para los borrachos se pone a hervir un litro de agua, ese nido de ratón y que queden un poquito y esos bichitos quedan como desasidos y eso lo ciernen, y eso lo tienen guardado y lo dan, o también el carapachito de la molleja de la gallina, cuando uno pela la molleja no le sacan la cosita, y esa cosita se lava y se deja secar y cuando esta secase tuesta y de ahí sacan un polvito y ese polvito se le da a escondidas y dicen que se les dan ocho días y ahí si usted el primer vasito de alcohol que le vayan a dar de nuevo dicen que le quiere salir todito (Testimonio de adulto medio, mujer de 43 años, zona rural, casada, ama de casa).

... Y a las culebras las mete en trago y ese trago se lo toman, y dice que se compone también, no he tomado yo para la picada hay curanderos la parte en Alfaro le dan unos tres dedos de eso y le bajan el veneno, es peligroso porque si no se muere, yo eh visto que se han muerto algunos más antes porque han ido a curandero y a veces combate y otras veces no combate, por ejemplo a uno le pica la culebra y hay que guardarse cuarenta días con dieta y si no la guarda o la levanta faltando poco para los cuarenta días y se pone ocioso a buscar a la mujer se muere como que le halla picado vuelta de nuevo eso, eso es celosísimo (Testimonio de adulto maduro, mujer de 54 años, zona rural, casada, ama de casa).

... Mijo estaba macheteando y viene y se le prendió una culebra en el pie, y ahí mijo casi se me muere y de ahí a mí me avisaron cuando mi hijo ya lo llevaron donde el señor que le digo que cura con culebras y ahí mi hijo se curó, y ahí justo mijo la mujer pario justo ese día y no lo dejaban ver al niño porque el que esta picado de culebra y dicen que eso es malo que el que es picado por culebra le viene sangre por los ojos y la nariz y mi hijo ya a los tres meses conoció al hijo... De ahí pasamos un año y fue otra culebra picándole otra vez de ahí esa culebra le trajo de la cabeza y lo trajo aquí al hospital, lo trajo y ahí los que estaban en emergencia salieron corriendo y él con la culebra ahí... La cura de la culebra nosotros no vimos porque lo metió desnudito en un cuarto y de ahí él salió y todos los que estábamos ahí teníamos que participar, tomando ahí una cosa que era de culebra, y de ahí ya mi hijo estaba ahí encerrado durante casi como ocho días y no nos dejaban verlo tampoco, y el señor se encargaba de curarle y pasarle la comida y todo y nosotros no nos acercábamos y nada y de ahí hasta que se curó (Testimonio de adulta madura mujer de 52 años, zona urbana, unión libre ama de casa).

Las prácticas ancestrales como mencionamos no es solo de personas de edad avanzada como se cree, también hemos visto comentarios y testimonios de adolescentes y adultos jóvenes, sin embargo no es una totalidad de la población que tiene este tipo de creencias, la mayoría utiliza una infusión o te de alguna hierba medicinal pero no van más allá de eso, factores como la religión, el prepararse académicamente, o el vivir incluso ya en la zona más urbana por muchos años ha hecho que ellos pierdan este tipo de prácticas como nos muestran sus comentarios siguientes:

...La verdad que no soy muy de la medicina natural, más de una agua de hierbaluisa algo así, en temas de lo que dice del huevo casi no soy muy crédulo en ese aspecto... y por lo general una gripe o algo o un paracetamol no pasó de eso de ahí. Es lo único de ahí soy escéptico en lo del ojo o andar tomando una cosa otra cosa también no soy muy bueno para eso, más bien paracetamol si acaso o una umbral nada más (Adulto joven hombre de 33 años, zona urbana, unión libre, músico).

... Cuando estaba joven creo que mi mamá me llevaba donde el curandero que curaba el ojo, pero yo no soy creyente uno debe ir al médico, que va a saber uno porque el brujo que va a saber si hay brujos que hasta han matado a las personas porque no medican y cada organismo es distinto... (Adulto maduro hombre de 64 años, zona urbana, unión libre, comerciante).

...Yo en mi conocimiento real yo antes que era católico yo creí pero yo tampoco juzgo ni critico lo que se habla aquí, yo si ahora no creo de ojo ni que es espanto, ni de cosas así, yo me baso en otra cosa pero tampoco le critico al compañero, porque cada cual tiene su fe en algo y decía a la final mi abuela que si uno le tiene fe a ese palo, ese palo le hace el milagro (Anciano joven, hombre de 66 años, zona urbana, casado, jornalero, de grupo focal).

... Cuando yo en antes creía en ese tiempo del ojeado del muerto si cuando pasaba por el cementerio mi madre tenía un galón con un monte, hierba, monte de ojo, congojo con aguardiente y cuando estaba con vómito y diarrea lo agarra con el monte, lo bañaba con el monte y le sobaba el huevo, cosa que yo lo hacía, pero ahora ya no creo en eso porque he visto que forma parte de una creencia, de una tradición, ya no creo que los muertos están aquí, de que los muertos regresan, ya no creo que es bueno ponerle vela a un trozo de tierra, ahora me dedico siempre a leer la biblia, porque la biblia explica y enseña (Anciano joven, mujer de 72 años, zona urbana, casada, ama de casa).

Como médicos, estamos acostumbrados a confirmar toda teoría con conocimiento científico, o nos guiamos en la medicina basada en la evidencia, sin embargo, viene la parte de la interculturalidad, es decir una interacción equitativa y respetuosa con la comunidad en la que ejercemos, por tanto nuestro enfoque ahora no es si creemos o no en estas prácticas, sino como puedo sobrellevar una consulta sin discriminar estas costumbres, negociar con mi paciente el cumplimiento de la terapéutica indicada y que sus creencias no repercutan de manera negativa en la salud del paciente, y de esta forma afianzar los lazos y obtener una mejor relación médico-paciente eliminando barreras que puedan hacer que mi paciente no acuda más al hospital y su cuadro se complique. Sus comentarios al respecto afirman lo mencionado:

... ellos dicen no, eso es por gusto, eso no existe y entonces yo no voy para allá, porque el doctor no me quiere atender y no regreso donde ese doctor, me voy a otra parte (Testimonio de adulta madura, mujer de 60 años, zona rural, unión libre ama de casa).

... a los médicos no les he comentado, a ningún médico porque a veces se enojan, a veces no les gusta, a veces quiere que tome los medicamentos que me dan, y si uno da a comentar que es eso bueno me va a decir para que viene, yo me imagino porque hay doctores que son enojones (Testimonio de adulto joven, mujer de 25 años, zona rural, casada ama de casa).

Estos procedimientos ancestrales en ocasiones pueden llegar a interferir de manera negativa en el sistema de salud, provocando barreras y a la vez poca adherencia al tratamiento, pobre cobertura en salud, y por su puesto escasa relación médico-paciente, ya lo han expresado los entrevistados como se sienten e incluso que no hablan del tema con sus médicos, hasta dejan de asistir a sus consultas, y esto es una verdad que los mismo profesionales de salud de nuestra unidad lo reconocen:

...Por ejemplo nosotros tenemos un montón de casos de que vienen del campo o a veces de aquí mismo de El Carmen del campo urbano, vienen con una fractura y dicen no es que le voy a llevar al sobador, ese niño, ese señor, esa señora en 8 o 10, 15 días viene ya con una osteomielitis, con una sepsis, entonces donde está el factor beneficio de esa práctica cultural, entonces ¿Cómo? Como yo le voy a decir está bien mi señora, muy bien que lo llevo al sobador, no puedo decirle eso, sino que ahora tengo un paciente que aparte de su fractura, tiene una osteomielitis y encima séptico. (Médico general de Emergencia, mujer de 28 años de grupo focal de Personal Institucional).

... O sea como nosotros estamos en la consulta externa todos hemos tenido el típico paciente que usó el agua de las 7 hiervas, viene con muchas cosas, pero sí creo que depende mucho de nosotros, porque atacar en ese momento al paciente que tiene a su familiar mal, o sea no está bien entonces a mi si me han llegado muchas cosas por ejemplo en el ombligo de los bebés, que le puse cebo, que le puse no sé qué, un millón de cosas, o sea lo que uno tiene es que en ese momento respirar y darse cuenta que la gente que viene así es generalmente de la parte rural, por eso yo en mi experiencia respiro profundo y digo haber mamita está bien lo que usted tenga o lo que usted crea, está muy bien, porque hay que darle la confianza de saber que yo estoy escuchando su necesidad y que es su costumbre y que son de aquí y esas son cosas que se ha utilizado por años entonces yo venirle a cambiar en cinco minutos no voy a poder, entonces hay que tratar de escuchar al paciente, eso es lo que se debería hacer, escuchar la paciente. (Médico general mujer de 27 años de Consulta Externa de grupo focal de Personal Institucional).

... Cuando se le dice eso al paciente, por ejemplo hay pacientes que dicen es verdad doctora chuticas yo pensé que le iba a hacer bien, y hay otros que llegan más bravos hay usted que no se apuró que no sé qué, pero yo lo traje mal usted tiene que atenderlo rápido, entonces es algo variable, porque que la gente lo tome digamos que realmente acepte el error que cometió o a veces

también no lo aceptan, siempre el error es del médico, y si se salvó es gracias a Dios o gracias al curandero, pero si se murió es culpa del médico. Entonces si es muy difícil, es difícil arrancarle la cultura, la idiosincrasia a la gente, peor a nosotros los montubios manabitas si no podemos con el enemigo hay que unirnos a ellos entonces es lo que ha tratado de hacer el Ministerio de Salud... porque hay mucha gente que le hace más caso a la abuelita que al médico (Testimonio de Médico General de Emergencia, mujer de 29 años de grupo focal de Personal Institucional).

La práctica de la medicina tradicional en nuestro país es aún un tema de gran discusión, ya hemos visto que van desde prácticas inofensivas como sobar un huevo hasta prácticas que podrían poner en riesgo la vida del paciente, también hemos notado que en El Carmen las personas a pesar de realizar estas prácticas están conscientes de que si no tienen mejoría buscaran la ayuda del profesional de la salud, por lo tanto, queda claro que cuando aprendemos a manejar estas diferencias de culturas, brindamos una atención sanitaria adecuada de calidad y adquirimos la habilidad de mantener una excelente relación médico-paciente, estas costumbres que por muchos profesionales es considerada una barrera ya no serían obstáculos para brindar una atención en beneficio del paciente.

Tabla 11. Prácticas Ancestrales de Salud en la Comunidad de El Carmen

Empleo de la medicina tradicional y su repercusión en la relación médico-paciente
<i>...“Remedios caseros de cualquier hierbita, ejemplo de la hierba buena para el dolor de estómago, de oreganón cuando decían que tenían diarrea”.</i>
<i>... “Con una hija que cayó enferma que me la habían ojeado y tuve que buscar a los curanderos y la curaron porque si no se me moría, tenía más de un año y si la curó, y ella si lo usa, así que otra persona cura a mis nietos también a cualquiera que caiga enfermo”.</i>
<i>... “Para la erisipela el sapo pero se muere el sapo, y la persona se cura, he visto a mi abuela tenia erisipela le pasaron el sapo y se murió el sapo, no fue al médico porque era del campo”.</i>
<i>... “Ellos dicen no, eso es por gusto, eso no existe y entonces yo no voy para allá, porque el doctor no me quiere atender y no regreso donde ese doctor, me voy a otra parte”.</i>
<i>...“Todos hemos tenido el típico paciente que usó el agua de las 7 hiervas, viene con</i>

muchas cosas, pero sí creo que depende mucho de nosotros, porque atacar en ese momento al paciente que tiene a su familiar mal”.

Fuente: Entrevistas y Grupos Focales
Elaborado por: Las investigadoras

En el siguiente esquema se resumen las diferentes prácticas ancestrales que realizan los habitantes de El Carmen para recuperar la salud (figura 11).

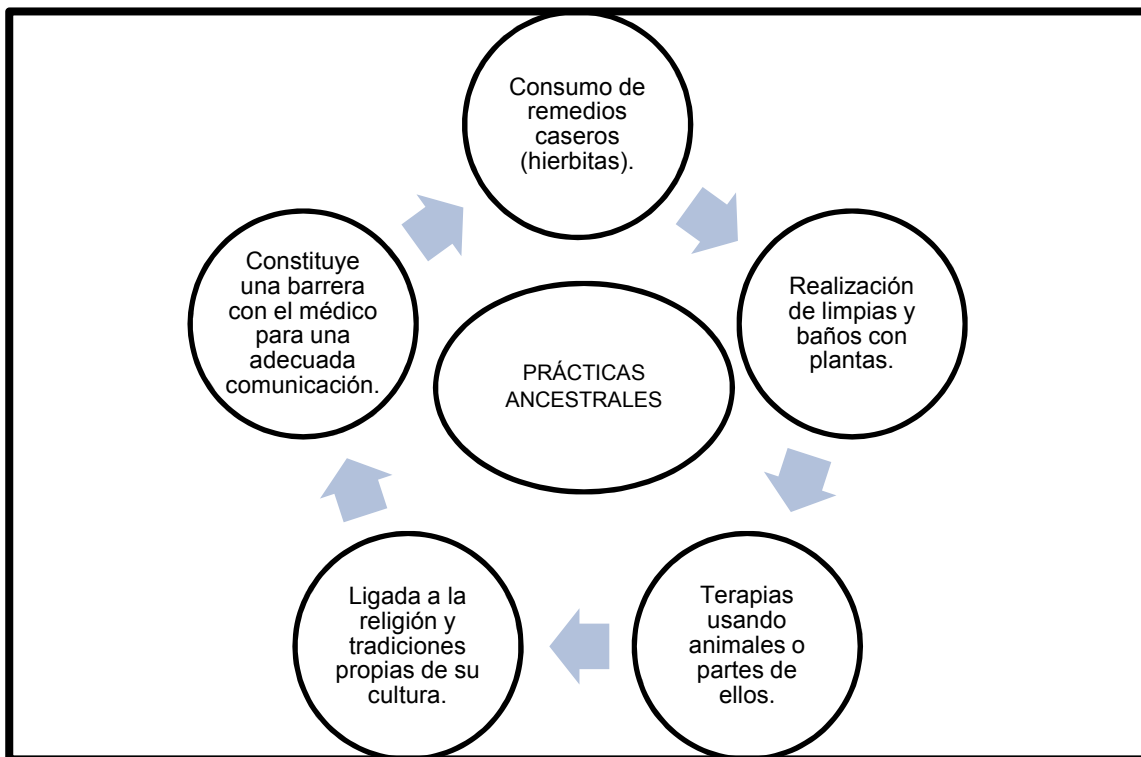


Figura 11: Esquema Giddens que representa las diferentes formas de ejercer medicina tradicional.

Fuente: Entrevistas y Grupos Focales
Elaborado por: Las Autoras

4.1.4 ACCESO A LA SALUD

Analizaremos a continuación la posibilidad que tiene cada usuario del Hospital Básico El Carmen de recibir atención médica. Este tema es de gran importancia, pues la misma Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud hablan de una “cobertura universal de salud”, con calidad, sin discriminación a ninguna persona, que sean eficaces y sobre todo asequibles.

... Una vez pedimos cita para mi hermano y dijeron que no, que no están dando, que no hay suficiente turno y están copado de carpetas y no pueden atender a nadie, no salía la llamada porque no hay turno, horita por llamada dicen la gente que no contestan, usted le llama y están media hora cogiéndole el nombre, que donde vive, todito le preguntan y después le dicen espere un rato, le hacen esperar como diez minutos y después para decirle que no hay turno, si le preguntan toditas las cosas es porque le van a ver un turno o la esperanza de un turno (Testimonio de adulto joven, mujer de 25 años, zona rural, casada ama de casa).

...Si es difícil porque no quiere dar la cita ya uno llama y dicen llame mañana, mañana se vuelve a llamar y dicen vuelta llame mañana y si no dicen ya está todo agendado está lleno todo. Tengo rato que no encuentro turno cuando he llamado (Testimonio de anciano joven, mujer de 72 años, zona urbana, casada ama de casa).

También expresan su malestar a la hora de acudir a la emergencia, los factores son múltiples, pero principalmente por tener un hospital pequeño, con una población grande, lo que hace que no se cubra la totalidad de la demanda que existe; ellos nos mencionan:

... De la emergencia, aquí dicen que dan muy mala atención pero es que como se sabe el hospital no es tan grande, falta camillas y a veces medicamentos y materiales y eso hace que supuestamente sea una mala atención a los pacientes. (Testimonio de adolescente, mujer de 16 años, zona urbana, soltera, estudiante).

... Si tuve una mala experiencia el otro día, que vine von un sangrado en la nariz, eran fundas, camisas enteras empapadas de esa sangre y vine aquí con un sangrado tremendo por emergencia, y estaba la licenciada tomando la presión, y le pedí de favor y habían 37 personas y le dije: licenciada ayúdeme, y me dijo, ¿a ver cuántos hay? Yo le dije 37 y conmigo 38 y ella dice: aquí todos los que están aquí están enfermos, igualmente usted espere, porque lo suyo puede ser normal, porque puede ser presión sanguínea o se habrá golpeado, se ha de haber caído, tiene que esperar, porque todos los que están aquí tienen necesidades y le dije mire licenciada, llevo días así y me dijo entonces para que viene hoy día, nada más y le dije ayer vine y tampoco me atendieron porque estaba mucha gente con un herido, entonces me fui con el

papelito de la presión y la denuncia a esa licenciada por la radio (Testimonio de anciano joven, hombre de 66 años, zona urbana, casado, jornalero).

Con estos comentarios se refleja que aún existe mucho trabajo por hacer para lograr equidad en salud para todos los sectores y en especial los más vulnerables, para quienes sería muy difícil acceder a una salud pagada, por lo tanto no tienen otra opción que depender de nuestro sistema de salud público y enfrentarse a complicaciones propias de una acceso a atención médica tardía.

Por la importancia de lo mencionado el próximo capítulo se centrará específicamente en buscar factores que contribuyen a retardar una atención médica, incluyendo las barreras que se presentan durante la misma.

Tabla 12. Acceso a la Salud en El Hospital Básico El Carmen

Dificultad para recibir atención médica en El Hospital Básico El Carmen
<p><i>... “Difícil aquí para tener una consulta, porque le dicen llame a tal número y le preguntan datos y luego le dan para un mes dos meses”.</i></p> <p><i>...“Si es difícil porque no quiere dar la cita ya uno llama y dicen llame mañana, mañana se vuelve a llamar y dicen vuelta llame mañana Y si no dicen ya está todo agendado está lleno todo”.</i></p> <p><i>... “De la emergencia, aquí dicen que dan muy mala atención pero es que como se sabe el hospital no es tan grande, falta camillas y a veces medicamentos y materiales y eso hace que supuestamente sea una mala atención a los pacientes”.</i></p>

Fuente: Entrevistas y Grupos Focales

Elaborado por: Las investigadoras

En el siguiente esquema esta resumido como consideran los entrevistados el acceso a la salud (figura 13).

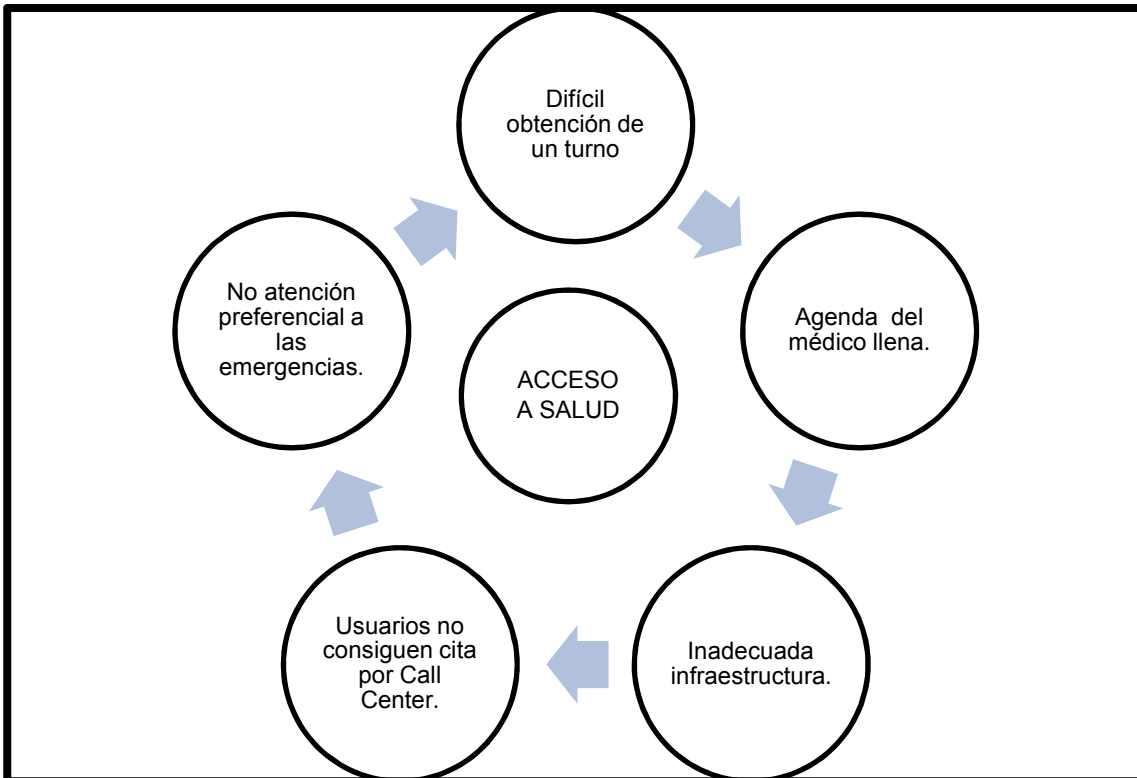


Figura 13: Esquema Giddens que representa lo dificultoso que es acceder a salud en el Hospital Básico El Carmen.

Fuente: Entrevistas y grupos Focales

Elaborado por: Las Autoras

4.2 RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Al hablar de relación médico-paciente estamos hablando de una comunicación eficaz, en donde ambas partes tienen responsabilidades compartidas, con la finalidad de restaurar la salud de a quien se considera enfermo. Para ello el médico debe obtener algunas destrezas para llevar a cabo una consulta que cumpla las características ya mencionas: ser un acto libre, confidencialidad y confianza mutua.

Por la importancia de lo mencionado desarrollaremos a continuación las barreras que existen y que influyen en el acto médico para no lograr una buena relación médico-paciente, pues ya en el acápite anterior mostramos que aún el acceso a salud en El Hospital Básico el Carmen es difícil; veremos también las ventajas identificadas por los mismos usuarios al recibir una atención de calidad en todos los aspectos, incluye por supuesto una adecuada relación médico-paciente.

... Para conseguir la cita médica tengo que estar insistiendo todos los días, a cada rato todos los días más, y todos me dicen llame mañana insista nomas y ese es el problema que no me dan la cita porque no hay no se puede conseguir cita para el hospital Yo ahorita estado llamando desde el mes de octubre y recién conseguí una cita en el mes de diciembre para la otra semana (Testimonio de adulta madura, mujer de 54 años, zona urbana, viuda, ama de casa).

... La consulta se me dificulta porque vivo lejos y a veces no entra la señal, a veces uno sacaba cita por la llamada pero no salía la llamada, vengo al hospital y me dice que no me pueden ayudar y siga intentando cosa que se me hace un imposible y ya no puedo (Testimonio de adulto médico, mujer de 43 años, zona rural, casada, ama de casa).

... Si se nos complica, a veces que nos dicen que no hay, que están las agendas ocupadas, mi mami ella desde el año pasado esta que llama y llama y yo también estoy llamando para mi niño y me sale que no hay citas y me dijeron, no hay nada, no están disponibles las citas, entonces si se nos dificulta (Testimonio de adulto joven, mujer de 23 años, zona urbana, casada, ama de casa).

... Cuando vine por primera vez para que me den una cita no me la dan, tengo que llamar para que me den la cita pero en la llamada es ahí bien difícil, hay que esperar y esperar hasta que conteste y las citas salen lejanas, casi no salen mucho y te salen para el mes o al fin de mes así (Testimonio de adulto joven, mujer de 21 años, zona urbana, unión libre, ama de casa de grupo focal).

Con esta estrategia del Call center, notamos que siguen siendo muy difícil el acceso a la obtención de un turno, sin embargo hay que rescatar que una vez obtenido su cita, esta es respetada tanto el día como la hora de la misma, pues los pacientes entrevistados no refieren tener problemas posterior a la confirmación de su cita.

Otra barrera importante que aquejan los usuarios de El Hospital Básico El Carmen es el tiempo prolongado de espera en las afueras de la sala de emergencia, provocando malestar en el paciente y por lo tanto un ambiente hostil en el área, deteriorándose así la relación médico-paciente, nos narran sus experiencias:

... Por la emergencia es que no te atienden rápido, o sea salimos molestos porque hay personas que llegan supermente graves, o sea y que uno tiene que

esperar, tiene que espera, esperar, uno se puede morir en este Hospital y no te atienden rápido, que atienden supuestamente por turno y hay personas que casi no tienen nada y sé que todos necesitamos ser atendidos, pero hay personas que están súper mal pero hay que esperar el turno o tienen que verte que estas muy mal o convulsionando para dejarte entrar (Adolescente mujer 18 años, zona urbana, soltera, estudiante).

...Afuera de la emergencia si me he dado cuenta que a veces llegan pacientes que vienen bien enfermitos especialmente mi esposo, cuando el viene con los cálculos porque él sufre de los cálculos, siempre le duelen los riñones, viene que se muere del cólico y le dicen que espere, que espere, que espere y hay bastantes personas y ahí está torciéndose con el dolor (Testimonio de anciano joven, mujer 72 años, zona urbana, casada, ama de casa).

... En mi opinión pienso que emergencia debe tener más especialistas porque a veces para una mujer embarazada va a dar a luz se van casi todos los doctores y quedan tres horas sin atender y así sin atender, hay que esperar a que parir esa señora para poder seguir atendiendo (Adulto joven 25 años, zona rural, casada, ama de casa de grupo focal).

Durante el debate llevado a cabo en el grupo focal del personal de salud que labora en esta institución se hizo referencia sobre los comentarios vertidos por los usuarios de esta problemática, ellos reconocen que el paciente espera largas horas por recibir atención médica, sin embargo mencionan que las causas para que se lleve a cabo esta situación va más allá de su interés personal por atender al paciente. Los siguientes comentarios nos hablan de los múltiples factores que influyen según su perspectiva:

...¿Cuál es la idea? la idiosincrasia de la gente a su forma de ver el mundo y las cosas es que yo vivo en Rio de Oro y estoy enferma y tengo que ir al hospital y me tienen que atender y de pronto es una parasitosis pero yo no sé qué eso corresponde en el centro de salud, la gente ni siquiera sabe, la gente que vive en El Carmen que el hospital está dividido en centro de salud que es primer nivel y hospital (Médico General de Emergencia de 29 años grupo focal del personal institucional,).

... Al final la gente nunca va a entender como está organizado un triaje, como ya se dijo el problema es la cultura de la gente, ellos van focalizados con la idea de que van al hospital y van a buscar una solución, ellos no saben cuál es el nivel de la atención, ni como está organizado, lo que hacía yo era hacer las

referencias inversas, porque esa era la disposición que me daban a mí y verdaderamente yo lo que si ameritaba a emergencia lo dejaba sino todo era referencia inversa, la mayoría de la gente no entendía eso, yo les explicaba y no entendían (Médico General, hombre de 27 años de Consulta Externa de grupo focal del personal institucional).

... Otro error grave que todo se manda a la emergencia con tan poco personal, los electrocardiogramas también mandan a la emergencia, cuando no hay citas en el primer nivel va a la emergencia, el dolor de barriga va a emergencia, la parasitosis va a la emergencia, el accidente de tránsito, va a al emergencia la embarazada, el dolor de muela va a la emergencia y a veces tienen cinco días con el dolor y van a la emergencia, a veces tenemos dos médicos, dos médicos ¿cuánto nos demoramos con una embarazada?, ¿que nos exige el sistema con una embarazada?, es por lo menos media hora para dar una atención de media calidad por decirlo de esa manera, mientras la revisamos, le hacemos documentos, le hacemos exámenes, le hacemos monitoreo, si es que esta normal y tenemos los demás pacientes que nos tumban la puerta, porque los que nos tumban la puerta son los que están bien los que tienen que venir al centro de salud y los que están enfermos no tienen ni como pararse, a veces no tenemos ni donde acostarlos por estar atendiendo a las gripes (Médico General de Emergencia, mujer de 29 años de grupo focal del personal institucional).

Los comentarios hacen alusión al problema que el Ministerio de Salud de nuestro país sigue enfrentando en casi todas las instituciones, el poco personal para una población más grande, además los médicos entrevistados mencionan que una causa fundamental a su criterio es el escaso conocimiento de salud de los moradores, pues son ellos mismos los responsables de colapsar esta área; ante estas barreras los médicos expresan su interés por brindar una mejor atención médica a pesar de estar sujetos a las disposiciones dadas por sus superiores. Como médicos de familia nos queda instruir a nuestros pacientes sobre el uso correcto de las diferentes áreas de salud y estar prestos a facilitar la atención en la consulta externa evitando así el colapso de la emergencia.

La mala relación médico-paciente se ve también alterada con el trato no cortes por parte del personal que labora en la institución, los pacientes nos hablan de los términos despectivos que han recibido, la falta de una escucha activa o la presencia de una conversación solamente unidireccional durante la consulta, y refieren que en

ocasiones no se toman el tiempo de hacer un buen examen físico necesario para una adecuada valoración con un diagnóstico certero.

... Es pésima la atención aquí en El Carmen sobre todo deberían de quitar, cambiar yo no vengo a los controles cada mes la verdad porque yo ya con todo esto ya no me dan ganas de sacar citas y la atención dónde está la ventanilla para el paciente ahí deberían poner personal modificado porque ese personal ahí se dedican es al cotorreo a conversar y no atienden a los pacientes se ponen grosero, no hacen el trabajo y no le quieren dar citas sobre todo una chica y un chico que son pésimos para la atención y sí porque yo he venido por parte de un médico que me atiendan que me den una cita y no me la han querido dar me han dicho que no tengo turno que no tengo cita y no me han atendido se han hecho los locos y se han retirado de la ventanilla y me han dejado ahí parado, la doctora me dio para que vengan y me den un turno que era por parte de la doctora que me dio para ella atenderme y no me lo quisieron dar me dijeron que no que no estoy agendado y que tenía que agendarme, tampoco pude hablar con la doctora para nada y ya no me dieron cita (Testimonio de adulto medio, hombre de 49 años, zona urbana, unión libre, chofer).

..En consulta externa por parte de otros médicos llegan a veces muy tarde y cuando llega a tiempo se quedan conversando y no atienden a los pacientes tienen esperando y el tiempo que se toman no es tiempo suficiente y la revisión es que no las hacen como es adecuada ya por parte de medicina general solamente lo que hace en el nómada se le preguntas de que toman y si se ha hecho el control nada más tomé pastilla y váyase le dan la receta y ya (Testimonio de adulto maduro, mujer 56 años, zona urbana, unión libre, comerciante, de grupo focal).

...Aquí en el hospital mire una vez vino una hija mía, no me la querían ingresar a dar a luz y ella andaba que ya quería dar a luz y que no y que no vaya me dice si usted tiene que ir a su casa me dice le digo doctor si yo me llevo a mi hija ya no vuelvo, vivo lejísimos, a parte le digo como me voy a ir con mi hija que ya está dando a luz tengo que viajar en canoa y vuelta para acá, entonces dígame, usted más bien dígame que no la va a atender y nos salimos ahí afuerita y estuvimos un rato y el sale y me dice “otra vez usted por aquí”, si doctor le digo otra vez yo quiero que me la ingrese a la chica, dice y todavía me dice así “bueno a ella la puedo ingresar pero a usted no” le digo doctor si

yo no le estoy diciendo que me ingrese a mí sino a la muchacha y le digo ya no más esta para dar a luz dice y “tu como sabes”, le digo doctor yo soy madre, tuve siete hijos y se cuando ella va a dar a luz y ahí renegando me la ingreso y le digo y mañana si me da coraje a usted lo denuncio digo, porque usted no respeta ni a la muchacha ni a mí le digo y ya cuando se vio haciendo papeles para llevarla a Santo Domingo incluso después me hizo entrar para darle unos datos, y le digo doctor será que la muchacha aguanta a llegar a Santo Domingo le digo para mí que ya le falta un poquito, y miya me dice mamá llévame al baño y la llevo y no salía y no salía y de ahí empujo la puerta y veo ya la muchacha esta ya para dar a luz y mire que no me la ingresaba, (...) y me le hizo atender de otra doctora rapidito (Testimonio de adulta madura, mujer de 60 años, zona rural, unión libre, ama de casa, de grupo focal).

Con todos estos testimonios aún hay mucho por trabajar para mejorar la relación médico-paciente en nuestra unidad, este tema también fue abordado al desarrollarse el grupo focal del personal institucional y se recalca que son casos ya aislados, no son una totalidad, en muchas situaciones también la responsabilidad es del sistema de salud que exige atención a más pacientes en menos cantidad de tiempo, o por otras circunstancias ya fuera de su alcance, como es la atención a pacientes recomendados por profesionales de altos cargos colapsando la emergencia; influye además en que se presenten estos casos la conducta del paciente; lo profesionales nos refieren lo siguiente:

...En la vida no va a cambiar en mucho se pudiera pero no se puede por el sistema porque te ponen así 20 pacientes y tú tienes que ver los 20 y como le ayudas a la pobre persona, al pobre paciente que viene es difícil porque tú tienes que cumplir con tus pacientes ya por ejemplo de 20 ya no puedes poner uno más tú ya sales saturado al menos a mí me pasa yo con 16 o 17 ya estoy explotando entonces uno quisiera ayudar pero no se puede y otra, si tú te sobrecargas el paciente ya no va a cumplir (Médico tratante de ginecología mujer de 48 años del grupo focal del personal institucional).

... Igual en estadística, cuando nos dicen que viven lejos si tratamos de ayudarle el mismo día, le decimos puede esperar una hora dos horas, o le damos turno para la tarde, ahí tratamos de meterlos por lo que siempre llegan pacientes antes o muy adelantados porque también hay pacientes que tiene la cita a las 12 y llegan a las 8 de la mañana y a las 12 y 5 están que insultan, pero estoy aquí desde las ocho pero su cita era a esa hora, entonces uno trata

de ayudar a todos pero hay de todo (Admisionista, hombre de 35 años de Consulta Externa de grupo focal del personal institucional).

... Pero sabe quién tiene la culpa nuestros propios directivos porque cuando llega una gripe a la emergencia, en el cuerpo de bomberos o en cualquier ambulancia porque es recomendado que debería ir a la consulta externa o al primer nivel de atención para que sea tratada, te llaman y chuta quieren que le hagamos un coctel por la gripe, entonces eso no debería ser así, porque eso hace que no se respete el principio de la igualdad, y a ellos ahí no les importa los principios médicos, la ética médica, ahí no les importa nada, solo nos llaman que me llamo tal persona, y eso aquí pasa mucho (Medico General de Emergencia, mujer de 29 años de grupo focal del personal institucional).

... Pero no depende de nosotros porque viene de algo más arriba, entonces es ahí donde nosotros no tenemos la culpa en este punto, porque a mí se me hace fácil cuando alguien me dice mire doctora yo vivo lejos, son dos horas de viaje y mi carro sale a las cinco ayúdeme, ya espéreme un minutito, termino con esta paciente y le ayudo y trato de ayudarlo porque se acercan y conversan conmigo, trato en lo posible de ayudarlos, pero a veces lamentablemente ocurre lo que dice la compañera y se escapa de nuestras manos y piensan que somos nosotros los que no queremos atenderlos o que nosotros apadrinamos como dice la palabra, pero no es así, a veces se escapa de nuestras manos, o viene de otras instancias superiores a nosotros ya (Médico General de Emergencia mujer de 28 años de grupo focal del personal institucional).

La deshumanización de la medicina es un problema común en todos los sistemas de salud, nuestra institución no es la excepción, el ministerio de salud ha implementado programas para mejorar esta situación, sin embargo creemos que como médicos de familia el cambio no se lograra con estas estrategias, sino concientizamos todos quienes laboramos en las instituciones de salud que cuando un usuario asiste en busca de ayuda médica, ya está luchando una batalla; por tanto es nuestro deber auxiliarlos. Hemos comentado que el escucha activa es primordial para una buena relación médico-paciente por tanto en ocasiones con solo escucharlos atentamente, entendiendo sus miedos y preocupaciones habremos logrado realmente ayudarlos. El principio de beneficencia debe guiar nuestros actos día a día en las áreas de salud y es digno de rescatar que actualmente con en este trabajo vemos que hay ya un avance en lograr una mejor relación médico-paciente, pues existen más médicos que

se han direccionado a dar un mejor trato y muestran mayor flexibilidad cuando el paciente presenta adversidad para cumplir con la cita o para obtener la misma.

Tabla 13. Relación médico-paciente y las barreras que se presenta en la comunidad de El Carmen al momento de requerir atención médica.

Ejemplos de barreras que afectan la relación médico paciente en El Hospital Básico El Carmen
<p>... <i>“La consulta se me dificulta porque vivo lejos y a veces no entra la señal, a veces uno sacaba cita por la llamada pero no salía la llamada, vengo al hospital y me dice que no me pueden ayudar y siga intentando cosa que se me hace un imposible y ya no puedo”.</i></p>
<p>... <i>“En mi opinión pienso que emergencia debe tener más especialistas porque a veces para una mujer embarazada va a dar a luz se van casi todos los doctores y quedan tres horas sin atender y así sin atender, hay que esperar a que parir esa señora para poder seguir atendiendo”.</i></p>
<p>... <i>“¿Cuál es la idea? la idiosincrasia de la gente a su forma de ver el mundo y las cosas es que yo vivo en Río de Oro y estoy enferma y tengo que ir al hospital y me tienen que atender y de pronto es una parasitosis pero yo no sé qué eso corresponde en el centro de salud, la gente ni siquiera sabe, la gente que vive en El Carmen que el hospital está dividido en centro de salud que es primer nivel y hospital”</i></p>
<p>... <i>“En consulta externa por parte de otros médicos llegan a veces muy tarde y cuando llega a tiempo se quedan conversando y no atienden a los pacientes tienen esperando y el tiempo que se toman no es tiempo suficiente y las la revisión es que no las hacen como es adecuada ya por parte de medicina general solamente lo que hace en el nómada se le preguntas de que toman y si se ha hecho el control nada más tomé pastilla y váyase le dan la receta y ya”.</i></p>
<p>... <i>“Igual en estadística, cuando nos dicen que viven lejos si tratamos de ayudarle el mismo día, le decimos puede esperar una hora dos horas, o le damos turno para la tarde, ahí tratamos de meterlos por lo que siempre llegan pacientes antes o muy adelantados porque también hay pacientes que tiene la cita a las 12 y llegan a las 8 de la mañana y a las 12 y 5 están que insultan, entonces uno trata de ayudar a todos pero hay de todo”.</i></p>

Elaborado por: Las investigadoras
Fuente: Entrevistas y Grupos Focales

En el siguiente esquema resume las diferentes barreras que presentan los habitantes de El Carmen para obtener una atención médica (figura 15).

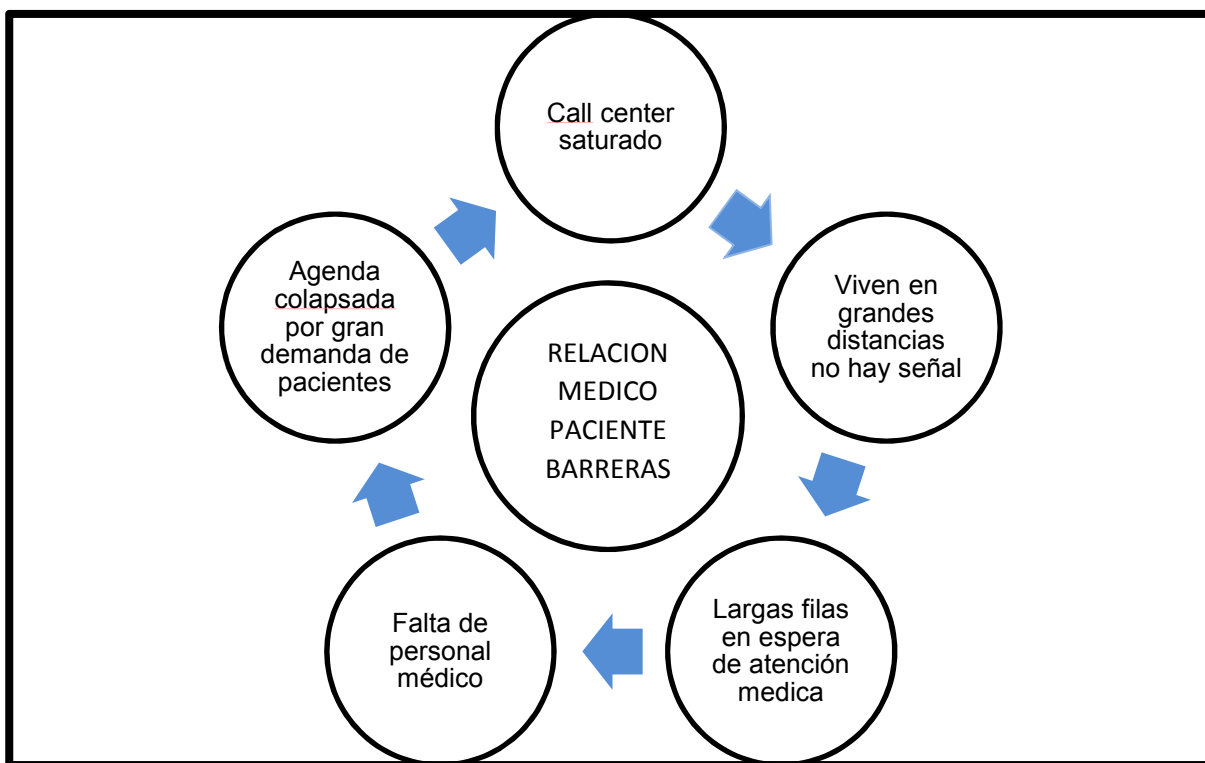


Figura 15: Esquema Giddens que representa las barreras que dificulta tener una buena relación médico-paciente en El Hospital Básico El Carmen.
Fuente: Entrevistas y Grupos Focales
Elaborado por: Las investigadoras

4.2.2 RELACION MEDICO-PACIENTE VENTAJAS

Lograr una buena relación médico-paciente influye de manera positiva en el enfermo, pues de esta manera el profesional de salud logrará obtener el verdadero motivo por el que el paciente acudió a su consulta, se ha visto que estos pacientes confían más en su médico, obteniendo en ellos verdadero consuelo y ayuda; la adherencia al tratamiento es otra ventaja que se obtiene, con una disminución en los gastos de los recursos económicos destinados a salud al no gastarlo en exámenes innecesarios buscando un diagnóstico con enfoque diferente o de una esfera distinta, la psicosocial.

he tenido experiencias malas, buenas sí pero malas poquitas, pero no, no he tenido inconvenientes (Testimonio de adulta madura, mujer de 54 años, zona urbana, viuda, ama de casa).

... Por decir ahorita yo soy sincera, ahorita el doctor que me atiende él me manda, me cita porque me han contado que el doctor (...) es muy bueno tiene un trato muy especial para las personas, entonces no me puedo quejar ahora, por ahí no me quejo que él es una persona es muy buena, me da medicina para dos meses o un mes, por ejemplo ahorita me ha detectado por una anemia, y por eso me ha citado o sea por el problema que nosotros somos mayores y nos dan aquí la medicina y entonces viene y nos trata bien él (Testimonio de anciano joven, mujer de 65 años, zona urbana, casada, ama de casa).

... Bueno yo ahorita vine con mi hermana gracias a Dios me la atendieron rápido, no tengo quejas por ese lado (Testimonio de adulta joven, mujer de 34 años, zona rural, divorciada, ama de casa).

Encontramos además durante las entrevistas que existen criterios similares tanto de los usuarios como de los médicos, que el cantón El Carmen necesita un hospital más grande y por supuesto una contratación de más personal médico que logre brindar atención a una población de 101.779 personas según el censo del 2010. Los moradores acuden a esta institución y por falta de recursos de la misma, como camas para ingreso por ejemplo, deben ser trasladados a otras provincias, generando molestias y a la vez el gasto de más recursos económicos por parte de los usuarios. Tenemos comentarios de pacientes y también de los médicos:

... Lo difícil no es tanto lo de llamar, lo que pasa es que hay que comprender que a veces en este hospital de pronto para la población yo creo que necesitaría ser más grande, aparte de eso creo de que mucha gente viene de distintos lados por ejemplo basta no más salirse hasta acá afuerita, ahorita escuche el caso por ejemplo de una señora que viene desde El Paraíso La Catorce, yo sé que para ella le quedaba más cerca irse a Buena fe pero todos ellos vienen y entonces tienen que venir para acá y ya tienen que salir de madrugada desde su casa, obviamente si el turno casualidad obviamente si yo me vengo a aventurar desde allá y casualidad no hay el doctor, el médico, tendría que regresarme para volver otro día entonces son gastos y a veces la

gente se molesta (Testimonio de adulto joven, hombre de 33 años, zona urbana, unión libre, músico).

...Yo a mi parecer mire lo que nos están haciendo, paso en la radio que solo van a mejorar este hospital, pero en la realidad yo creo que nos merecemos un hospital más grande, ya en este no es suficiente para todos los que vivimos aquí en el Carmen (Anciano joven, hombre de 66 años, zona urbana, casado, jornalero, de grupo focal)

... Entonces es difícil tratar con este tipo de pacientes y lamentablemente siempre tenemos una alta demanda y muy poco personal eso si nos desequilibra. Los que no entienden por más que se les explique son una minoría, 15 o 20% el resto si se les explica si entienden y esperan tranquilos, son un número pequeños. En el día se ven unos 200 pacientes de ellos unos 20 hacen relajo (Medico General de Emergencia, mujer de 29 años, grupo focal de personal institucional).

Como mencionamos hacer el cambio beneficia a todos los que laboramos en la institución, por un lado el paciente mejora y va satisfecho con su atención, y por el otro lado el medico no pasa malos ratos, y se desenvuelve en un mejor ambiente laboral, pero insistimos en que la mejor manera de lograr un cambio es al educar al usuario sobre estos temas y si no está en nuestras manos el atender más pacientes o el hacerlo más rápido, el trato digno, la explicación clara y concisa hará que se llegue a un acuerdo que beneficie a las dos partes brindando atención de calidad; referimos esto pues también tenemos pacientes que ya reconocen lo que los médicos nos habían planteado en el grupo focal, que la población de el Carmen no diferencia entre una emergencia y lo que debe ir a consulta externa en primer nivel, tenemos los siguientes comentarios de estos pacientes:

... Una vez que estaba ahí con suero en la emergencia, y a veces han llegado lo que se le llama verdaderamente emergencias si han sido bien atendidas y es que hay personas que por mínima fiebre quieren que les atiendan rápido y hay cosas que tienen más prioridad o son cosas realmente más importantes tampoco hay personas que verdaderamente necesitan la emergencia por personas que no necesitan tanta emergencia, aquí deben aprender a diferenciar entre una verdadera emergencia, y una enfermedad que como se dice literalmente que con cualquier medicamento se les puede pasar, porque por ejemplo hay personas que vienen con fiebre o con dolor de cabeza o con vómito, está bien si es algo malo pero después llega una emergencia que un

accidentado, entonces tampoco pueden dejar al accidentado para después porque lo de él es más emergencia (Testimonio de adolescente, mujer de 16 años, zona urbana, soltera, estudiante).

... Con todo respeto no porque le haga daño a nadie ni quiero ser mas de los que conocen de salud, pero lo que es de emergencia es de la emergencia y el que llegue muriéndose atiéndalo, pido yo por ese lado, eso digo yo no por mi persona sino por las otras personas y saber que cuantas personas hay ahí para lo que es emergencia y atender de inmediato, lo demás tienen que esperar o sacar un turno, pero lo que es emergencia es emergencia (Anciano joven, hombre de 66 años, zona urbana, casado, jornalero, de grupo focal).

... Ahora que vine por acá por emergencia, acá requiere de paciencia, porque a veces si se demoran y bueno si no tienen paciencia, toca esperar si es un poco difícil es complicado porque hay que entender que lo más grave debe pasar antes (Adulto joven, mujer de 34 años, zona rural, divorciada, ama de casa)

Cuando en una consulta logramos que el paciente se sienta cómodo y con la suficiente confianza con su médico como para contarle todos sus problemas, y que el profesional a la vez escuche atentamente todas las formas de comunicación sean estas verbales o no verbales llevará a una orientación diagnóstica más precisa, lo que hará que el paciente salga de la consulta satisfecho, y por supuesto obtenga el beneficio de lograr salud en todas las esferas es decir salud física, mental, social y espiritual.

El personal que labora en El Hospital Básico El Carmen aún tiene un gran camino por recorrer para mejorar la atención y brindar salud de calidad; educarse en cómo mejorar la relación médico-paciente sería un primer paso para lograr estos cambios. Los moradores son receptivos y con una buena educación se puede lograr derribar las barreras o al menos hacer que estas influyan menos para el bienestar de la población y los médicos cumplir con su juramento al momento de su titulación, trabajar en bienestar de los enfermos.

Tabla 14. Relación médico-paciente y las ventajas que se presenta en la comunidad de El Carmen al momento de requerir atención médica.

Ejemplos de ventajas que favorecen la relación médico paciente en El Hospital Básico El Carmen
<p>... <i>“Por la emergencia si, si me ayudaron, a veces demora un poquito pero no tanto no dos horas, o tres pero si me atienden. Gracias a dios si me han atendido bien, para que todo bien, bien, me han atendido con buena calidad. No he tenido experiencias malas, buenas si pero malas poquitas, pero no, no he tenido inconvenientes”.</i></p> <p>... <i>“Yo a mi parecer mire lo que nos están haciendo, paso en la radio que solo van a mejorar este hospital, pero en la realidad yo creo que nos merecemos un hospital más grande, ya en este no es suficiente para todos los que vivimos aquí en el Carmen”.</i></p> <p>... <i>“Ahora que vine por acá por emergencia, acá requiere de paciencia, porque a veces si se demoran y bueno si no tienen paciencia, toca esperar si es un poco difícil es complicado porque hay que entender que lo más grave debe pasar antes”.</i></p>

Fuente: Entrevistas y Grupos Focales
Elaborado por: Las investigadoras

En el siguiente esquema resume las ventajas que favorecen la relación médico-paciente en El Hospital Básico El Carmen para una atención médica (figura 17).

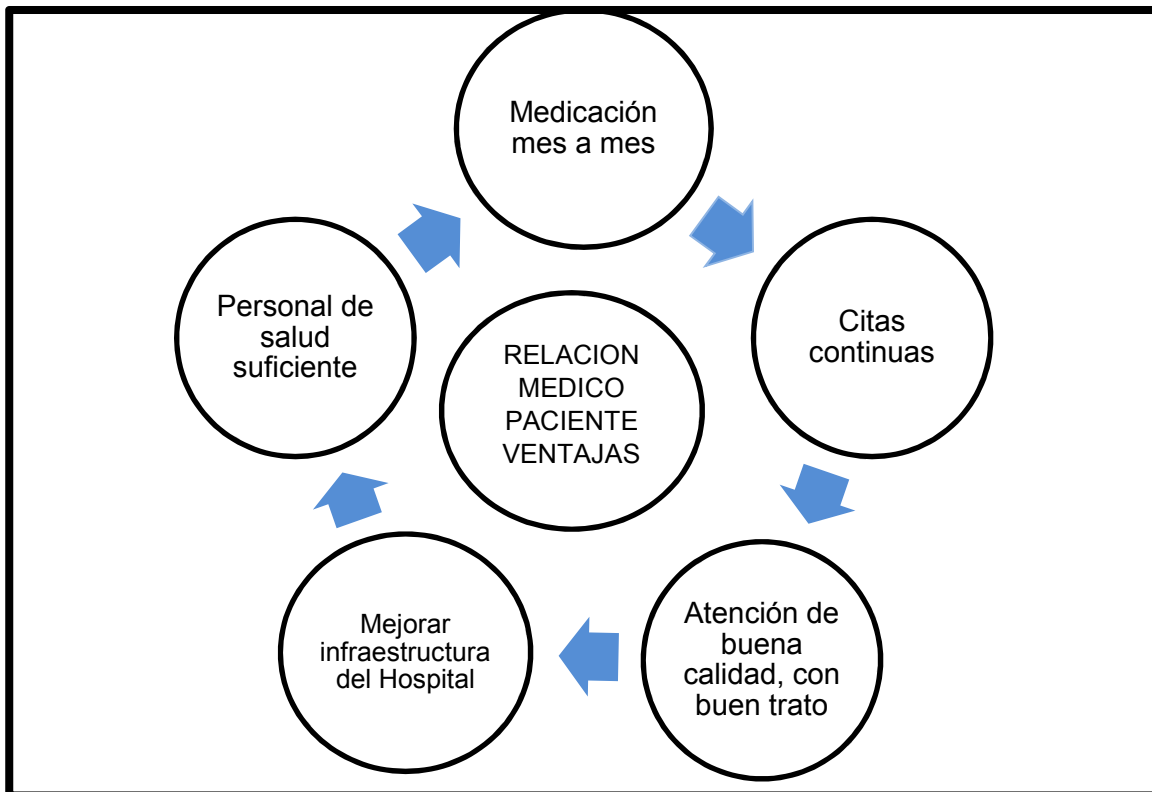


Figura 17: Esquema Giddens que representa ventajas para una buena relación médico-paciente en El Hospital Básico El Carmen.

Fuente: Entrevistas y Grupos focales

Elaborado por: Las investigadoras

4.3 TRASTORNOS MENTALES

La OMS en el año 2004 hace alusión a lo que se considera como salud mental al “bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectualmente y emocionalmente (...) son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y contribuir a sus comunidades” (OMS, 2004). Según datos en este mismo año la misma OMS refiere que existían 450 millones de personas afectadas de algún tipo de trastorno mental, y que aproximadamente 1 millón se suicidan cada año. Estas cifras alarmantes nos dan una pauta de lo importante de conocer sobre estos temas, pero la importancia no es solo para el personal de salud, es aún indispensable que la comunidad reconozca estas enfermedades para que busque ayuda a tiempo, pues el tratamiento oportuno puede evitar complicaciones como la cronicidad de algunos trastornos y a la vez lograr una regresión completa mientras estén medicados.

Por muchos años las enfermedades mentales han sido causa de vergüenza para las familias, pues los enfermos eran discriminados, por esto las personas preferían

mantenerlas ocultas, lo asociaban a cosas sobrenaturales, castigos divinos, presencia de espíritus dentro de la persona; con los años y los adelantos de la medicina esto ha ido cambiando de parecer, y tal vez como personal de salud creamos que es así, sin embargo aún existen esta relación con lo sobrenatural en muchos sectores de nuestro país, y quizá del mundo entero, por supuesto los moradores de El Carmen no son la excepción.

Por ello esta sección intentará describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con los trastornos mentales; primero veremos si al mencionar el término trastorno mental los moradores del El Carmen tienen un conocimiento general a lo que nos referimos, es decir si logran reconocer a una persona con alguno de estos trastornos, posterior analizaremos desde su cultura y su perspectiva a que causan lo afilian estos sucesos, nos contarán sus experiencias, si para ellos existen manera de curarlos, cuál es su primera conducta antes esta situación, es decir si aún lo siguen afiliando a lo sobrenatural y por lo tanto todavía optan por aislar a su paciente o ya buscan ayuda profesional.

4.3.1 IDENTIFICACION DE TRASTORNOS MENTALES

Al mencionar el término de enfermedad mental tenemos un gran abanico de trastornos que van desde la afectación del ánimo, pensamiento y del comportamiento, es decir sintomatología variada que van desde simples cambios de humor, tristeza o desanimo, euforia o irritabilidad hasta desconexiones de la realidad, con delirios, paranoias, alucinaciones y entre otras llegando además a presentar hasta afectación física que simularía una afectación orgánica de otro tipo.

persona (Adulto medio mujer 43 años, zona rural, casada, ama de casa, grupo foca).

En Ecuador en Enero del 2018 el Ministerio de Salud Pública registro 42.823 casos de trastornos mentales según la prensa escrita, y la OMS menciona que una de cada cuatro familias tiene un miembro afectado por una enfermedad de este grupo, en El Carmen de alrededor de 30 entrevistas realizadas, por lo menos 6 familias refirieron tener un miembro con alguno de estos trastornos, otros 8 nos hablan de conocidos o vecinos. Nos cuentas los casos que conocen:

... Mi hermano se ponía loco que se iba, que se iba y se iba de la casa sin rumbo, lejos, lejísimos, se iba caminando (Testimonio adulto maduro, hombre 58 años, zona urbana, divorciado, comerciante)

... Mi hermana nunca tuvo hijos solo tuvo uno criado desde que lo criaron desde niño y no se ella porque paso eso si el marido ya no deseó, y se quedó con ese niño y ya después creció y lo abandonó también y ella se casó con otro señor y también a los pocos tiempos falleció, y mi hermana hacia todas las cosas, la cocina ella hacia bien todo, pero después del segundo esposo que falleció ella quedó que no podía pero ni prender la cocina, mi hermana antes tenía como un desvío del cerebro, por ejemplo ella veía ese cuadro y se ponía a aplaudir ese cuadro, a cantarle, y nosotros ahí nos dimos cuenta que tenía un problema del cerebro, y yo iba de repente y entonces ahí la veía así (Testimonio de anciano joven, mujer de 72 años, zona urbana, casada, ama de casa, de grupo focal).

... Un cuñado de una hija mía, no sé si será enfermedad mental o que será, pero siempre está en las calles, nos ataca a las personas o pasa por ahí corriendo, le pega a la mamá, a los hermanos, o a veces se arrodilla y no se sabe si estará hablando con Dios, muchas cosas a ese señor si le tengo miedo porque es agresivo (Testimonio de Adulta madura, mujer de 60 años, zona rural, unión libre, ama de casa)

... Yo conocí a una persona un amigo, incluso es mi amigo aún, él tiene un problema que es esquizofrénico creo que es o sea actúa normal y de un rato a otro se desaparece y se pierde y llega a los dos meses como si nada, creo que es esquizofrénico (Testimonio de adulto joven, hombre de 33 años, zona urbana, unión libre músico).

Al hablar de la etiología de las enfermedades mentales la ciencia médica ha buscado explicaciones de las mismas, pero aún no se tiene claro las causas específicas de ciertas enfermedades de este grupo, sin embargo se considera que puede ser una combinación de varios factores tanto genéticos como ambientales es decir: causas psicológicas, sociales, familiares, consumo de sustancias, desordenes genéticos, causas estresantes o por enfermedades cerebrales. Algunas de estas causas son reconocidos por los moradores entrevistados, pero también hay quienes lo afilian a fuerzas espirituales, nos narran sus testimonios:

.. Un amigo que se fue al cuartel y estuvo dos meses en el cuartel y lo cogieron lo mandaron y decían que estaba loco y comenzó él a caminar solito y se desaparecía de la casa de ahí llegaba un pueblo otro pueblo y andaba mechón sucio pero si conversaba así con él y conversaba bien yo no sé qué le paso ahí en el cuartel capaz que recibió algún golpe, algo algún trauma algo psicológico, le impacto ver algo también que también sería ahí en el cuartel que sufrió el chico (Testimonio de adulto maduro de 57 años, zona urbana, casado, comerciante)

.. Mi veterano también se puso loco, hay enfermedades emocionales por decirlo, mi veterano él murió por enfermedad emocional, él era bueno, buenísimo, pero se separaron con mi veterana, se abrieron y todo hijo sigue a la madre, lo dejamos solo a él y él se quemó vivo por lo emocional, lo llevó a eso la soledad y emocional porque se quedó solo (Testimonio de adulto maduro, hombre de 58 años, zona urbana, divorciado, comerciante).

... La causa de los locos me imagino que es herencia, es como las enfermedades la diabetes, me imagino porque dicen que es hereditario, una señora que yo conozco tuvo una niña que es enferma y la otra le salió también enferma (Adulto maduro, hombre de 64 años, zona urbana, comerciante).

... Ellos son así, porque hay personas que sí, no sé si usted crea, hay personas que les siguen las cosas malas y ven cosa, por ejemplo aquí había un señor que corría sin zapatos o hablaba solito, no aquí hay personas así (Adulto medio, hombre de 35 años, zona urbana, unión libre, taxista).

Durante las 30 entrevistas notamos que aproximadamente 10 personas no tienen ningún tipo de conocimiento sobre estas enfermedades, refieren que no las reconocen ni han escuchado mencionarlas, y tampoco han visto casos, con esto notamos la importancia de dar a conocer a nuestros pacientes sobre este tipo de alteraciones

pues esta información puede asegurar el bienestar general de los individuos al reconocerlas y buscar ayuda profesional.

Al informar a la población es crucial que sepan no solo reconocerlas sino también que tengan claras las causas de las mismas, solo de esta manera tendrán un mejor abordaje, a continuación veremos primero lo que los entrevistados hacen o harían en caso de enfrentarse a estas, y posterior sus conocimientos sobre las terapias propuestas por la medicina convencional.

Tabla 15. Identificación de los trastornos mentales por parte de los habitantes de El Carmen.

Relatos de como identifican los Usuarios de El Carmen las enfermedades mentales
<p><i>...“Bueno talvez viendo a esa persona que está actuando mal, como loco, que se comporta de una manera diferente hay talvez si podría reconocer a una persona”</i></p>
<p><i>... “Yo conocí a una persona un amigo, incluso es mi amigo aún, él tiene un problema que es esquizofrénico creo que es o sea actúa normal y de un rato a otro se desaparece y se pierde y llega a los dos meses como si nada, creo que es esquizofrénico”</i></p>
<p><i>... “Ellos son así, porque hay personas que sí, no sé si usted crea, hay personas que les siguen las cosas malas y ven cosa, por ejemplo aquí había un señor que corría sin zapatos o hablaba solito, no aquí hay personas así”</i></p>

Fuente: Entrevistas y Grupos Focales
Elaborado por: Las investigadoras

En el siguiente esquema resume como los moradores del cantón El Carmen identifican a las personas que padecen enfermedades mentales (figura 19).

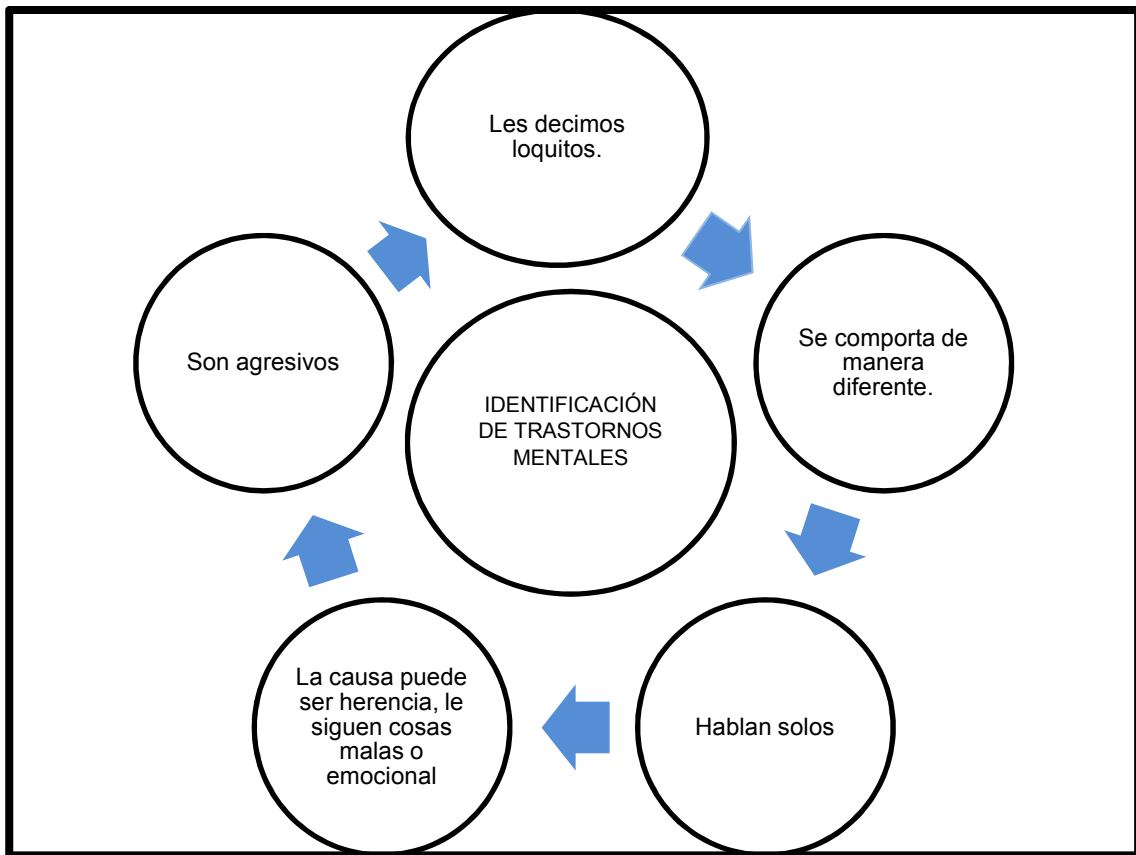


Figura19: Esquema Giddens que representa como los carmenses identifican a las personas con trastornos mentales
 Fuente: Entrevistas y Grupos focales
 Elaborado por: Las investigadoras

4.3.2 ABORDAJE DE TRASTORNOS MENTALES

Al hablar de abordaje de enfermedades mentales, la mayoría de las personas no buscan ayuda profesional, un gran número por desconocimiento de las mismas como ya vimos en la sección anterior, sin embargo estos trastornos en algunos casos son curables totalmente y otros con atención oportuna son controlables; las terapias generalmente son una combinación de medicamentos, psicoterapias y en algunos casos terapias de apoyo familiar.

lagunas mentales y se compuso la chica (Testimonio de adulta joven, mujer de 25 años, zona rural, casada, ama de casa).

... A también del espíritu yo creo que a veces ese espíritu, justo me tocó ver una chica así mismo que se le había metido el demonio que ella era que veía así personas y ahí está ahí esta y le digo ¿ahí está que pues?, porque el suegro no le ayudaba, el cuñado no le ayudaban, tenían miedo y justo una señora dice orinen en un recipiente a unas cinco a seis personas y láncele a la cabeza, y una vez llena pero que estaba desesperada la chica que tenían que a cogerla que veía el demonio y orinaron yo le cogí le lance en la cabeza la orina todo de ahí me fui a la casa pero cuando salí de ahí a la salida había una mata de higo al rato que yo salgo yo no soy miedoso y la cabeza como comienza así a hacerme como hormiguitas si de ahí salí insultando de ahí me fui, si dice que cuando ve así el demonio hay que putiar duro hay que insultarle de ahí me fui como a la semana y ya la chica ya había tenido marido consiguió marido, y ya se curó, todo normal (Testimonio de adulto maduro, hombre de 57 años, zona urbana, casado, comerciante).

Como médicos, al escuchar estas experiencias talvez nos resulte difícil creerlas, pero el punto principal no está en si son creíbles o no, más bien radica en la forma correcta de abordarlos al momento que enfrentan un trastorno mental ellos o uno de sus familiares y acuden a nosotros en busca de ayuda, es decir, una vez más insistimos en la importancia de la interculturalidad y de una buena relación médico-paciente, pues como relatan los siguientes comentarios quienes ya tiene experiencia en esto confían en que estas enfermedades son controlables en manos de médicos que supieron explicarle de manera correcta su implicación, disipando todas las dudas que se presentan. Los comentarios indican que los pacientes de El Carmen buscan cada vez más la ayuda de un profesional de salud incluso prefieren directamente dirigirse a un especialista psiquiatra o psicólogo:

... Cura (pensando) la verdad no sé, creo que hay esas terapias a base de inyecciones que tienen q ir todos los días, le dan esas terapias que tienen que comenzar a hablar y hablar, no creo que se puedan curar con cosas caseras, solo con esos médicos (Adulto joven, mujer de 21 años, zona urbana, unión libre, ama de casa).

... Creería que está teniendo alucinaciones y tendría que ir al psicólogo, al curandero no, porque mediante hierbas no hace nada. Esas personas deben

tener tratamiento con el médico, no tendrá cura completa pero si se curaría un poco, depende también como los traten los psiquiatras para que se curen (Adolescente mujer de 16 años, zona rural, soltera, estudiante).

... Si ahorita le tiene mi hermana en Santo Domingo y ella le está haciendo el tratamiento, yo no sé qué medicamentos le estén dando ahorita el doctor le ha de dar lo que es conveniente porque yo no sé qué será bueno, mi hermana le daba agüitas de monte también, pero yo no pienso que sea eso de espíritus malos, yo no pienso que sea eso (...) pienso que la medicación del médico sería lo más recomendable me imagino (Testimonio de anciano joven, mujer de 72 años, zona urbana, casada, ama de casa).

...Y yo digo que lo profesional, pues debería ser un tratamiento psicológico (...) sé que a esta señora le daban su medicamento no sé de qué tipo talvez sedante no sé, pero creo que lo psicológico debe ayudarle. Si fuera alguien de mi familia, si fuera mi esposa la haría ver con un especialista con un psicólogo, conversaríamos de pronto son recuerdos, yo siempre digo algo tiene que haber pasado un recuerdo, algo que no se supera por lo general un especialista, un psicólogo. (Adulto joven, hombre de 33 años, zona urbana, unión libre, músico).

Actualmente El Hospital Básico El Carmen cuenta con un programa de salud mental conformado por un equipo multidisciplinario integrado por un psicólogo, médicos generales, licencias en enfermería, médico familiar y TAPS, que se encargan de brindar atención médica especializada en la unidad o en la comunidad no solo a los pacientes sino a sus familiares explicando estas patologías, su tratamiento, efectos adversos y complicaciones; este equipo de profesionales de la salud está coordinado por un médico psiquiatra de otro distrito que asiste dos o tres veces al año a la unidad para impartir conocimientos a estos profesionales, ayudarlos a sus actualizaciones y dirigirlos hacia un adecuado abordaje de sus pacientes a la vez el resto del equipo pone en práctica todas estas sugerencias con todos aquellos pacientes que padecen estas enfermedades; esta estrategia tiene la finalidad de brindar una atención médica eficaz y mejorar la calidad de vida a los pacientes y familiares para de esta forma reincorporarlos a la sociedad.

A pesar de esta estrategia, con los comentarios de los usuarios notamos que aún el trabajo por hacer en esta comunidad es aún arduo y como recomendación educar sobre enfermedades mentales a la población no es una tarea solamente del equipo de salud mental sino de todos quienes conformamos esta institución

Tabla 16. Abordaje de los habitantes de la comunidad de El Carmen ante los trastornos mentales

Ejemplos de cómo abordarían los carmenses las enfermedades mentales
<p>...“Al curandero tengo que ir, porque esas cosas no son de doctor, sino de curandero, de la brujería, eso no le cura un doctor ni nada, claro ahí se cura...”</p> <p>...“Si fuera alguien de mi familia, si está en la casa lo llevaría con mi papá podría ser que sí y si no mejora que vaya al médico, pero estoy segura que él si lo cura, porque ya lo hizo una vez con una muchacha que la perseguía el diablo y ningún doctor la curaba...”</p> <p>... “Creería que está teniendo alucinaciones y tendría que ir al psicólogo, al curandero no, porque mediante hierbas no hace nada. Esas personas deben tener tratamiento con el médico, no tendrá cura completa pero si se curaría un poco, depende también como los traten los psiquiatras para que se curen”.</p> <p>... “Cura (pensando) la verdad no sé, creo que hay esas terapias a base de inyecciones que tienen q ir todos los días, le dan esas terapias que tienen que comenzar a hablar y hablar, no creo que se puedan curar con cosas caseras, solo con esos médicos”.</p>

Fuente: Entrevistas y Grupos Focales
Elaborado por: Las investigadoras

En el siguiente esquema sintetiza el abordaje que realizarían los carmenses en casos de enfermedades mentales (figura 21).

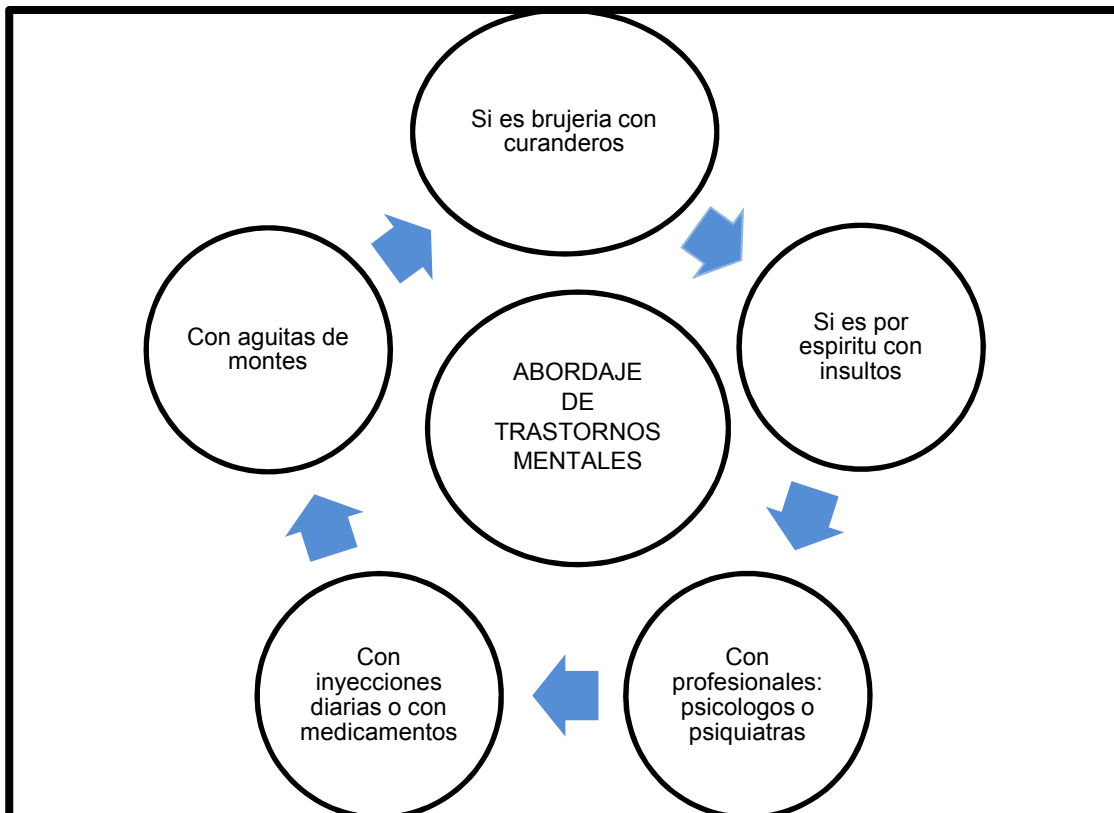


Figura 21: Esquema Giddens que ilustra como los habitantes de El Carmen consideran que debería ser el mejor abordaje para una persona con trastornos mentales.
Fuente: Entrevistas y Grupos Focales

4.4 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La salud sexual y reproductiva es parte fundamental en la vida del ser humano, por tanto es un factor importante a tener en cuenta a la hora de abordar la salud de un paciente. Pero ¿Cómo percibe el habitante de El Carmen este tema? Este capítulo mostrará los diferentes puntos de vista que tienen los entrevistados sobre la salud sexual y reproductiva, por lo tanto hemos dividido este capítulo en secciones:

La primera parte notaremos que opinan sobre su sexualidad, si son satisfactorias, su edad de inicio y todas sus vivencias que hace que siga siendo parte fundamental de sus vidas o más bien sea esto causa de discusiones en la pareja. Es importante a la hora de abordar a pacientes en edad reproductiva explicarles sobre el uso de anticonceptivos, pero no solo su utilidad como tal para este fin, sino también en la prevención de enfermedades de transmisión sexual, por ello dedicamos un segundo acápite a ver sus diferentes opiniones y conocimientos sobre este tema.

Planificar un embarazo habíamos mencionado debe ser desde antes de la concepción, pero en esta comunidad notaremos si este concepto también es percibido por ellos; la tercera y cuarta parte de este capítulo nos detallará sobre su conocimiento sobre el embarazo, y como se preparan o si no lo hacen para este proceso, además de sus creencias al respecto de acuerdo a su cultura.

Finalmente detallaremos que tan frecuente sigue siendo la preferencia de partos en casa, sus vivencias y de porque su elección a la hora de acudir a un hospital o preferir quedarse en casa con una partera, así como también el momento oportuno de buscar asistencia sanitaria en la etapa de puerperio.

Con este capítulo queremos describir y analizar todos los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes que se atienden en esta unidad respecto a todo lo relacionado a salud sexual y reproductiva, desde antes de la concepción hasta finalmente la etapa del puerperio.

4.4.1 SEXUALIDAD PLENA

Disfrutar de una sexualidad plena y segura es un derecho de todos, y para que se cumpla este principio de ser plena y deberían cumplir ciertos requisitos como por ejemplo la edad de inicio, deberíamos estar tanto físico como mentalmente preparados para asumir este derecho que también conlleva responsabilidades, otro factor a tener en cuenta son las razones por las cuales inician relaciones sexuales, sean estos por moda, verdadero amor, o simplemente curiosidad. El disfrutar con su pareja es otro punto importante, independientemente de la edad no debería ser esta una obligación sino como bien lo mencionamos es un derecho de todos.

Notamos que los entrevistados incluso coinciden que todo fue por un juego que llevo a la curiosidad, y realmente esta es una de las grandes razones por las que inician relaciones sexuales en la adolescencia, pero no es la única razón para iniciar sus relaciones sexuales, los siguientes comentarios muestran la diversidad de opiniones:

... Como a los doce años creo que tenía por traviesa aja, por experimentar que se sentía como doce o trece años tenía, en mi caso bueno fue curiosidad bueno eh.. yo decía como es eso, si era curiosidad, la curiosidad me empujo (se sonríe) (Testimonio de adulto joven, mujer de 34 años, zona rural, divorciada, ama de casa).

... No sé, No creo que él (señala a Miguel) o él (señala a John) que son chicos de catorce años en mi opinión porque la mayoría de los padres ya cuando los hijos andan en catorce años dicen ya está... el tío, el primo o el hermano llevémoslo al chongo ya está listo ya corren (se ríen). Mis compañeros del colegio a la edad de quince años ya tenían relaciones porque eran unos muchachos libertinos que Vivian con la abuela que ni los cuidaban. Siempre una persona mayor de edad tiene que llevar un menor de edad hasta por último dicen que le pagan al chico para que vayan dicen pero no se la verdad (Testimonio de adulto joven mujer de 25 años, zona rural, casada, ama de casa de grupo focal).

... Algunas veces son por que los papás no los dejan salir y con las que se van del colegio con el novio les dicen aún no porque mis padres no me dejan salir y les dicen si vámonos y el hombre que tan bien es calzón al revés (se ríen) se las llevan y ya pues hay sucede lo que sucede y hay cuando ya llegan del colegio le dicen lo hice eso porque vos no me dejabas salir, no por ni sé que cosas y un pilo de cosas más (Testimonio de adolescente de 16 años, zona urbana, soltero, estudiante, de grupo focal).

Cuando hablamos de sexualidad plena, sabemos que debemos estar no solo físicamente preparados, es decir no es solo la edad, sino también muchos otros factores que influyen, como el disfrutar del acto seguro, la responsabilidad de estar con una sola pareja, y en si el mismo deseo de practicarlo. Existe la creencia de que disfrutar de la sexualidad es solo para personas jóvenes pero los siguientes comentarios nos muestran que lo importante es el amor mutuo y la comprensión en la pareja:

... Todo bien todo bien, con mi esposo todo tranquilamente nunca tuvimos por ese lado, los dos disfrutamos para que nunca, como hay que duermen

separado nosotros no hasta lo último gracias a Dios... mi esposo tiene 5 años de muerto (Testimonio de Anciano mayor, mujer de 76 años, zona urbana, viuda, ama de casa).

...Si son plenas, y satisfactorias. No me ha pasado que sea por complacer a mi esposo, siempre he querido (Testimonio de Adulto joven, mujer de 23 años, zona urbana, casada, ama de casa).

... Bueno yo creo que cuando uno quiere la persona, bueno de repente me siento enferma yo le digo no, estoy enferma no me siento bien, me duele la cabeza, no me siento bien pues, y entonces él se queda tranquilo, yo creo que si hay un poco de amor hay que complacer al marido, yo me siento bien y si lo disfruto y si él me busca pues me encuentra (Testimonio de anciano joven, mujer de 72 años, zona urbana, casada, ama de casa).

Una sexualidad plena también es comprensión dentro de la pareja, sin embargo los moradores entrevistados nos hablan de la parte contraria, es decir en como la sexualidad o el acto sexual que generalmente el concepto está confundido, llega a ser simplemente un deber o un cumplir con su esposo principalmente:

... Mmm en que forma, a veces toca cumplir porque ya... Aunque uno no tenga gana porque a veces el hombre dice tú eres mi mujer porque si no me puedo buscar una en la calle (Testimonio de Adulto joven, mujer de 25 años, zona rural, casada, ama de casa).

... Y por eso tenemos relaciones solo porque él quiere nada más, me da rabia, no sinceramente ya uuuhh hace tiempos estoy así, no sé porque tengo rabia, no es como, como mi ñaña cuenta que el marido que esto...a mí no me da como otras mujeres sienten alegría, no tengo y nunca he tenido problemas con él no sé porque estoy así ya tengo con él 20 años y ya hace unos 4 o 5 años que estoy así, y siempre dice a porque no quieres estar conmigo es porque tienes otro pero no (Testimonio de Adulta madura, mujer de 52 años, zona urbana, unión libre, ama de casa).

Complacer a su pareja, notamos que es una opinión femenina, no encontramos entre los entrevistados varones que dijeran esto, lo que si tenemos opiniones dadas por ellos sobre su sentir cuando sus esposas no desean tener intimidad con ellos:

...Si hay veces me dicen que no quiere me guardo el coraje (risas) claro yo la respeto porque hay mujeres que quieren y les gusta y otras que no les gusta demasiado y como hombre hay unas que gustan y otras que no gustan tampoco. Yo la comprendo dos camas no pasan nada (risas) (Testimonio de adulto medio, hombre de 35 años, zona urbana, unión libre, taxista).

...No si todas las relaciones normales cuando mi esposa no quiere o no tiene ganas yo respeto a la decisión de ella casi no es frecuente que ella me diga eso (Testimonio de adulto joven, hombre de 21 años, zona rural, casado, agricultor)

La pérdida de la libido es una de las causas por las que las parejas dejan de disfrutar sus relaciones sexuales, por supuesto esto está condicionado a varias causas; los usuarios que se entrevistaron lo relacionan con patologías crónicas en especial con diabetes mellitus, una enfermedad que sigue atacando cada vez más a un número mayor de personas tanto en nuestro cantón como en el resto de nuestro país.

... Ha bajado un 70 % a raíz de que tuve la diabetes. No siento ganas, a raíz de que habido la diabetes no, No hay placer. Antes si normalmente (Testimonio de adulto medio, hombre de 49 años, zona urbana, unión libre, chofer).

... O sea yo pienso y he escuchado a varios doctores no solo de aquí sino de Santo Domingo, que cuando uno es diabético y hipertenso las relaciones sexuales se cortan, se cortan por el motivo de las pastillas, dicen que los glóbulos rojos no se ya eso ni entiendo ya pero a usted se le quieta el deseo. No yo no tengo deseos para estar con mi esposo, si lo quiero pero no para estar con él, ya en el día lo quiero pero en la noche ya no lo quiero (risas) eso es la plena eso me pasa (risas) (Testimonio de adulta madura, mujer de 60 años, zona rural, unión libre, ama de casa).

... Yo tengo azúcar ya y si la azúcar la mantengo en cien, ciento treinta, ciento cuarenta funciona todo pero si ya se me pasa hasta y para riba ya no funciona así sea lo que sea (Testimonio de adulto maduro, hombre de 58 años, zona urbana, divorciado, comerciante).

Los habitantes del cantón también mencionan que la edad es un factor importante para perder la libido, es decir creemos que con los años ya no deberíamos disfrutar de la sexualidad, pero lo más grave aún es que los pacientes no se sienten capaces de conversar este tema con sus médicos:

... Por decir cuando uno esta joven es diferente, es diferente, unos tienen sexo aquí, sexo allá, sexo con la otra bueno es un problema y cosas ya, entonces aún a la edad de esta ya no es igual uno tiene por decirle que se yo cada quince día, cada ocho día, según con quien se estrelle, según con quien sea, pero no es cosas como quien decirle con la inquietud de un pelado, un muchachito que si ve una mata de cacao ahí lo quiere meter, por eso yo no le digo nada al médico porque ya estoy viejo (Testimonio de adulto maduro, hombre de 58 años, zona urbana, divorciado, comerciante).

... Casi no, la verdad le digo a usted que no porque esta enfermedad no deja, no deja tener ya uno esas cosas, se levanta pero cae (risas) no hay fuerza, no puedo ya, hasta mi mujer no quiere dormir conmigo porque yo me la quiero jalar y no puedo nada, ya como 5 años tengo ese problema ya en ante si hacía por hay algo pero ahora no, ya hace cinco año no tengo relacione sexuales y no le he dicho nada al médico, una vez le pregunte a uno y me dijo que era eso que ya tenía mis años y la enfermedad también y ya no le di atención (risas) hay me he quedado (Testimonio de anciano joven, hombre de 65 años, zona urbana, unión libre, desempleado)

Para que exista una adecuada relación de pareja lo que incluiría salud sexual, dependerá mucho de la comunicación, y disfrutar de una sexualidad plena no es simplemente el acto sexual en sí, nos referimos más bien a esa intimidad en la pareja de confiarse uno al otro tanto sus deseos, temores y situaciones que estén atravesando. Parte fundamental es además el hablar con un profesional de la salud, quien debería guiar de la mejor manera para resolver algún conflicto en la pareja.

La salud sexual es parte fundamental de una persona como ya lo hemos mencionado, por lo tanto para afirmar que un paciente está sano es importante indagar en estos asuntos y más que todo como profesionales de salud estar atentos a las necesidades de nuestros habitantes.

Tabla 17. Experiencia de sexualidad plena en los habitantes del cantón El Carmen

Relatos de vivencias entorno a sexualidad en los entrevistados del cantón El Carmen
<p>... <i>“A los 7 años fue mi primera relación sexual. Ella tenía 12 años. En son de juego jugando a la familia se dio.”</i></p> <p>... <i>“Como a los doce años creo que tenía por traviesa aja, por experimentar que se sentía como doce o trece años tenía, en mi caso bueno fue curiosidad bueno eh yo decía como es eso, si era curiosidad, la curiosidad me empujo.”</i></p> <p>... <i>“Todo bien todo bien, con mi esposo todo tranquilamente nunca tuvimos por ese lado, los dos disfrutamos para que nunca, como hay que duermen separado nosotros no, hasta lo último gracias a Dios... mi esposo tiene 5 años de muerto.”</i></p> <p>... <i>“Mmm en que forma, a veces toca cumplir porque ya... Aunque uno no tenga gana porque a veces el hombre dice tú eres mi mujer porque si no me puedo buscar una en la calle.”</i></p> <p>... <i>“Ha bajado un 70 % a raíz de que tuve la diabetes. No siento ganas, a raíz de que habido la diabetes no, No hay placer. Antes si normalmente.”</i></p>

Fuente: Entrevistas y Grupos Focales

Elaborado por: Las investigadoras

El siguiente esquema resume las experiencias narradas por los usuarios de El Hospital Básico El Carmen sobre sexualidad (figura 23).

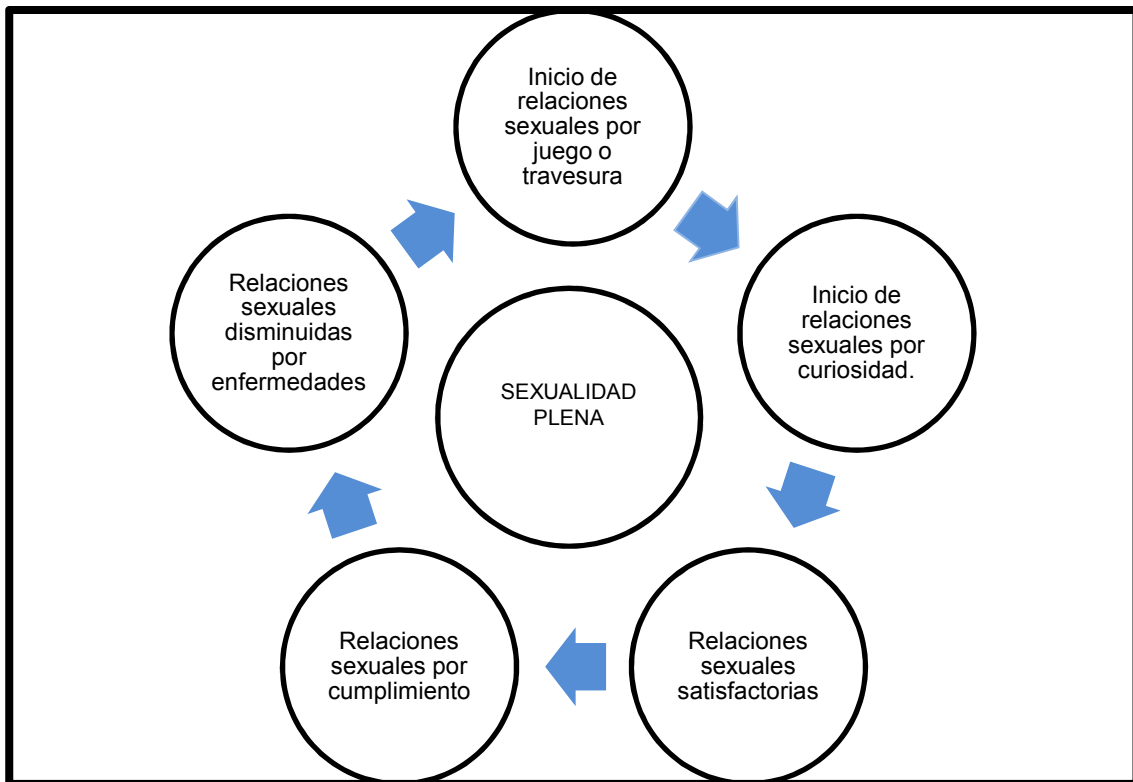


Figura 23: Esquema Giddens que enfatiza los relatos y punto de vista de los entrevistados sobre sexualidad plena.

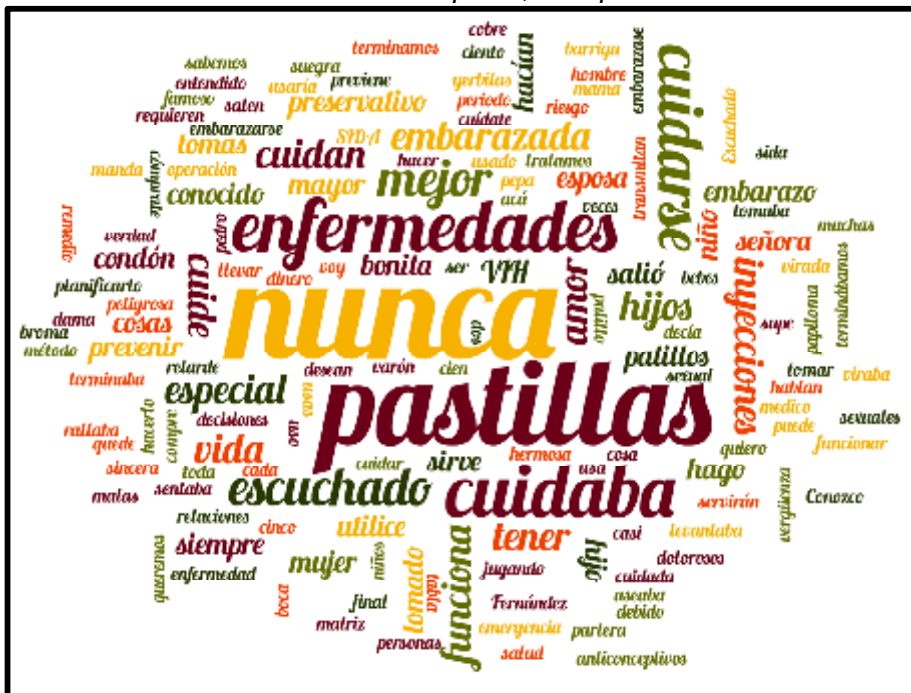
Fuente: Entrevistas y Grupos focales

Elaborado por: Las investigadoras

4.4.2 USO DE ANTICONCEPCIÓN

La anticoncepción es un tema de aparente conocimiento de la población en general, como médicos la tendencia a juzgar el número de hijos de una mujer es algo muy común, sin embargo jamás nos preguntamos si un colega nuestro se detuvo a explicarle primeramente que existen anticonceptivos que podrían ayudarla a planificar si tener o no más hijos, además de que podrían ayudarla a evitar enfermedades de transmisión sexual. Por esto en esta sección analizaremos sobre los conocimientos que tienen los habitantes de El Carmen sobre los anticonceptivos, y en aquellos que tienen algo de conocimiento que hace que lo suspendan o sigan con estos.

Figura 24. Wordsalad de Uso de anticoncepción, Hospital Básico El Carmen



Fuente: Entrevistas y Grupos Focales
Elaborado por: Las investigadoras

Prevenir embarazos a temprana edad ha sido una de las metas trazadas por el Ministerio de Salud Pública no solo de nuestro país, en toda América Latina se vive ya casi como algo normal el que una adolescente este en espera de un hijo, muchos programas lanzados precisamente por el MSP menciona que nuestros jóvenes deberían conocer sobre sexualidad y anticoncepción, las escuelas y colegios cada vez introducen estos temas en sus lecciones escolares, pues la idea es que mientras más información contengan, la cifra disminuiría. Sin embargo al realizar las entrevistas a los jóvenes, ellos sí reconocen que tienen todo tipo de información por todos los medios, mientras que los de edad avanzada mencionan no saber del tema, sus testimonios son los siguientes:

... Yo no sé nada porque nunca utilice eso, (Testimonio de adulta madura, mujer de 60 años, zona rural, divorciada, ama de casa).

... La verdad de eso no se nada porque nunca utilice nada de eso, nunca, nunca, yo nunca me cuide con las pastillas, ya le digo tuve cinco hijos pero nunca supe que es cuidarse con ello (Testimonio de Anciano joven, mujer de 72 años, zona urbana, casada, ama de casa).

... De eso nada porque nunca lo he usado. Escuchado que hablan de eso una cosa otra pero no (Testimonio de adulto medio, hombre de 49 años, zona urbana, unión libre, chofer).

... Doctora Yo le voy a ser sincera, yo nunca le conocido nunca he conocido esas cosas ni de varón ni de mujer, yo nunca me cuide. Yo no me cuidaba, ni él ni yo (Testimonio de adulta madura, mujer de 54 años, zona urbana, viuda, ama de casa).

La palabra anticonceptivo está estrechamente ligada con evitar embarazos en los habitantes de este cantón que generalmente al preguntarles sostienen que sirve para no tener hijos, sin embargo desconocen sobre la protección para enfermedades de transmisión sexual, ellos incluso los mencionan olvidando que existe el preservativo.

... Yo he escuchado que hay pastillas para cuidarse para prevenir el embarazo, y otras cosas más, unas se cuidan con la tabla, otras se cuidan después del periodo, se cuidan por ocho días. Hay inyecciones que los palillos, solo eso he escuchado, y no sé si servirán para algo más (Testimonio de anciano joven; mujer de 72 años, zona urbana, casada, ama de casa).

... Si, ehh lo que mi esposa se puso lo que es el palillo se puso la t. de cobre, ehh lo que es este pastillas, de ahí cada 4 años son mis hijos también. Sabe que yo casi eso no, siempre mi esposa se cuidaba con más con la t. y pastillas no. Para el hombre si debe de haber pero nunca he tomado yo eso nunca he tomado lo que me iba a hacer es la operación como se hizo este Pedro Fernández, pero no porque después vaya a ser dolorosos y por dinero (Testimonio de adulto maduro, hombre de 57 años, zona urbana, casado, comerciante).

... Son este... bueno hay unos que ayudan, que son para no tener bebes, niños porque hay personas que (pensando) que requieren mejor o queremos mejor planificarlo, tratamos de llevar una vida mejor así y son para eso, para eso no más sirve eso he escuchado y no sirve para enfermedades venéreas (Testimonio de adulto joven, mujer de 34 años, zona rural, divorciada, ama de casa).

Hacer que las personas de nuestras comunidades conozcan sobre métodos anticonceptivos sería un objetivo a trazarnos como médicos de familia, pues también tenemos testimonios incluso de ideas equivocadas de para qué sirven los anticonceptivos, nos hablan de curar enfermedades mas no prevenirlas, o de que sean responsables de tener niños con malformaciones, y por supuesto quien también no saben usarlos y los relaciona con fracaso terapéutico por lo que suspenden su uso:

... No sé mucho, eso tengo entendido que son para quitar algunas enfermedades como el VIH sida que es ese, y no sé qué más enfermedades y para los que no desean tener hijos también (Testimonio de adulto joven, mujer de 23 años, zona urbana, casada, ama de casa)

... Actualmente las pastillas pero dicen que salen embarazadas, pues una la mayor que tiene un niño especial, ella no se me dice que se cuidaba y salió embarazada, y tiene un niño especial, le salió especial (Testimonio de adulta madura, mujer de 60 años, zona rural, unión libre, ama de casa)

... Yo casi no me cuidada, yo de mi hijo mayor y para tener a ella me cuide porque mi suegra me decía cuídate y cómprate unas pastillas y de ahí me compre esas pastillas para cuidarse igual quede embarazada de mi hijo el mayor y dije no ya no voy a tomar pastillas (Testimonio de adulto medio, mujer de 39 años, zona rural, unión libre, ama de casa).

Los pacientes que refieren que al usar anticonceptivos han quedado embarazadas ellas o sus esposas, mencionan que no son seguros para prevenir embarazos y ante esto realizan prácticas usadas por sus madres o abuelas considerándolas efectivas por obtener buenos resultados, nos cuentan sus experiencias:

... Hay mismo cuando uno terminaba se sentaba y se apretaba la barriga duro para que uno retarde eso, así uno se cuidaba (Testimonio de adulto medio, mujer de 39 años, zona rural, unión libre, ama de casa)

... Le digo yo me cuidaba le digo personal, que hacíamos el amor cada cual se cuidaba así, verá nosotros terminamos de hacer el amor ya, el uno para acá y yo para acá ... vera terminábamos de hacer el amor, no le digo yo me viraba boca abajo porque, él me decía ya no le quiero ver, yo tampoco le decía pero de broma jugando, y ya pues después yo me levantaba me aseaba (Testimonio de anciano mayor, mujer de 76 años, zona urbana, viuda, ama de casa)

... Bueno que en antes se hacían remedio la señora para no embarazarse la señora rallaba pepa de aguacate con unas yerbitas y se tomaba para no embarazarse como también habían cosas así que se hacían las comadronas, partera que le dejaba virada la matriz de la persona todo eso he escuchado yo (Testimonio de anciano joven, hombre de 66 años, zona urbana, casado, jornalero de grupo focal).

Por supuesto, los moradores de El Carmen también saben sobre el tema, tenemos testimonios de quienes si recibieron información adecuada al respecto, y los utilizan tanto para prevenir embarazos como para evitar enfermedades de transmisión sexual, mencionamos sus comentarios al respecto:

... Y o sea te quedas como que lo hago o no lo hago paso la vergüenza o no y a la final muchas veces tomamos malas decisiones, ¿cuáles son? no las sabemos y una vez que no los usas vienen los problemas y no simplemente que haya embarazo sino las enfermedades de transmisión sexual como el VIH, sífilis y eso (Testimonio de adolescente, hombre de 17 años, zona urbana, soltero, estudiante de grupo focal).

...Yo sé que es para cuidarse, el condón es para cuidarse para cuando tengan relaciones sexuales, para que no se transmitan enfermedades a ti y para que no quedes embarazada. Conozco también las pastillas inyecciones y el condón, los palillos. Nos han dicho que casi por ejemplo si las pastillas si tú te las tomas así como manda el medico puede funcionar pero si no te las tomas como es pues no funciona, eso de las inyecciones si te la pones como es debido pues funciona, y si al otro mes no te la pones pues no funciona. Mi mamá no usa método anticonceptivos, yo si usaría (Testimonio de adolescente, mujer de 16 años, zona urbana, soltera, estudiante).

... Si, toda la vida, toda la vida uso, en mi cartera siempre ando con uno o dos los preservativo de emergencia digo yo (risas) porque previene para cuidar la salud de uno mismo porque tanta enfermedad que hay porque por más bonita, por más hermosa que sea una dama pero puede tener cualquier tipo de enfermedades que el papiloma, que tanto el famoso SIDA, entre más bonita una mujer más peligrosa es... y también sirve para prevenir, no tener hijo... claro que mejor es hacerlo sin preservativo el cien por ciento pero el riesgo que corre...(Testimonio de adulto maduro, hombre de 58 años, zona urbana, divorciado, comerciante).

Luego de analizar y describir los conocimientos que tiene los moradores de El Carmen sobre el uso de anticonceptivos nos queda la tarea de que aún debemos educar a nuestra población al respecto, no basta con que una paciente llegue a la consulta y tratemos solo la enfermedad o la molestia por la que se acerca, es importante sacar unos minutos de la consulta para orientar sobre el tema; queda claro también que no solo deberíamos hacer esto con personas en edad fértil, pues las prácticas utilizadas por ellos se van dando de generación en generación. Cuando acude una adolescente embarazada, no es juzgarla por lo que ya sucedió, sino invitarla a que sus posteriores hijos sean planificados.

Tabla 18. Uso de métodos anticonceptivos en los habitantes del cantón El Carmen

Criterios de los entrevistados del cantón El Carmen sobre el uso de métodos anticonceptivos
<p>... <i>“Doctora Yo le voy a ser sincera, yo nunca le conocido nunca he conocido esas cosas ni de varón ni de mujer, yo nunca me cuide. Yo no me cuidaba, ni él ni yo ”</i></p> <p>... <i>“Yo he escuchado que hay pastillas para cuidarse para prevenir el embarazo, y otras cosas más, unas se cuidan con la tabla, otras se cuidan después del periodo, se cuidan por ocho días. Hay inyecciones que los palillos, solo eso he escuchado, y no sé si servirán para algo más .”</i></p> <p>... <i>“No sé mucho, eso tengo entendido que son para quitar algunas enfermedades como el VIH sida que es ese, y no sé qué más enfermedades y para los que no desean tener hijos también.”</i></p> <p>... <i>“Hay mismo cuando uno terminaba se sentaba y se apretaba la barriga duro para que uno retarde eso, así uno se cuidaba.”</i></p> <p>... <i>“Y o sea te quedas como que lo hago o no lo hago paso la vergüenza o no y a la final muchas veces tomamos malas decisiones, ¿cuáles son? no las sabemos y una vez que no los usas vienen los problemas y no simplemente que haya embarazo sino las enfermedades de transmisión sexual como el VIH, sífilis y eso.”</i></p>

Fuente: Entrevistas y Grupos Focales
Elaborado por: Las investigadoras

El siguiente esquema resume lo narrado por usuarios entrevistados con respecto al uso de anticonceptivos. (Figura 25).

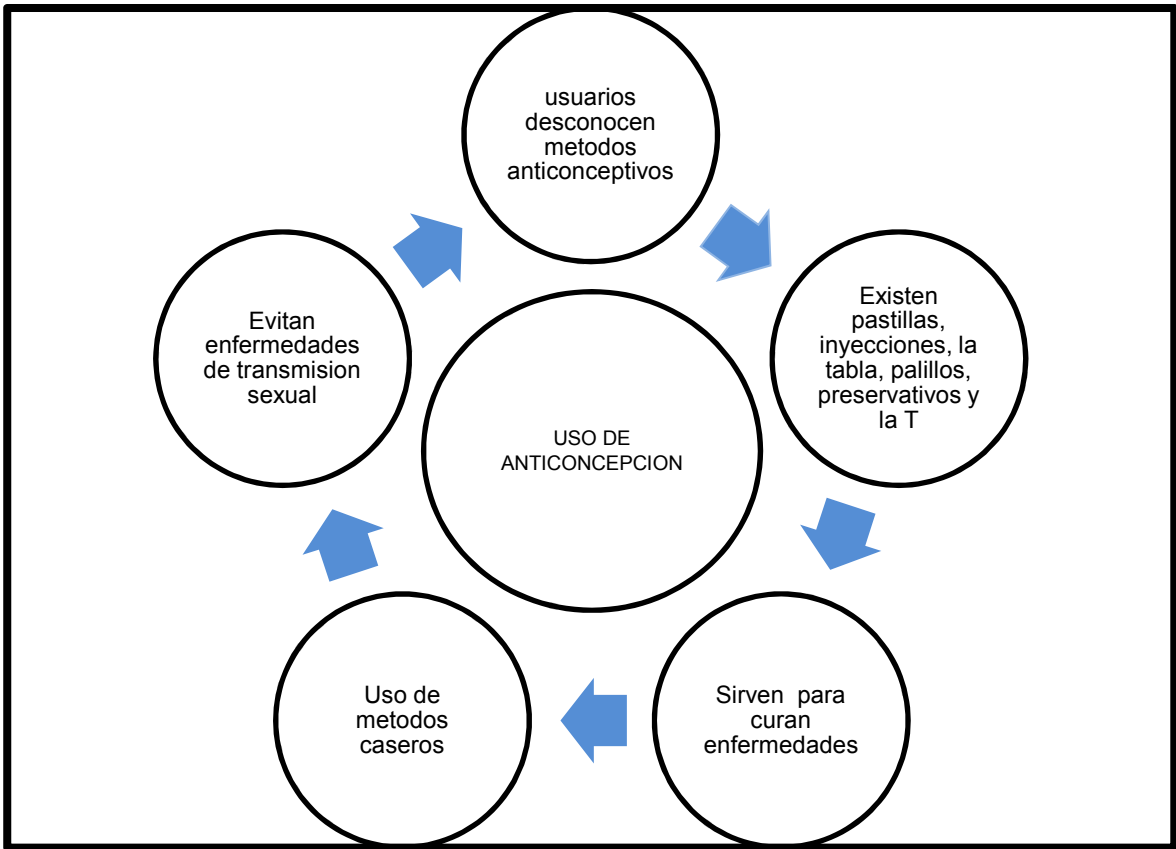


Figura 25: Esquema Giddens que resume conocimientos e ideas del uso de métodos anticonceptivos según lo expresado por los entrevistados.

Fuente: Entrevistas y Grupos focales

Elaborado por: Las investigadoras

4.4.3 PLANIFICACIÓN DE EMBARAZO

La Sociedad Española de Ginecología recomienda realizar una consulta preconcepcional un año antes a la concepción, pues esta tiene como objetivo valorar el riesgo de la mujer y a la vez realizar actividades preventivas y dar consejería junto a promoción de salud, proporcionando recomendaciones individualizadas para cada caso.

... Yo nunca pensé en tener hijos nunca se me vino a la mente lo mío era tener una mujer y tener relaciones pero hijos no, para mi edad era muy temprano tenía una idea que a los treinta en adelante tener hijos. Porque usted sabe primero el bienestar de uno y luego tener hijos pero ya cuando vino que podía hacer, ahora la actualidad la verdad ninguno y ahorita a estas alturas ni un hijo hubiera querido (Adulto medio, hombre 49 años, zona urbana, unión libre chofer).

...A los 14 años porque me fui y rápido salí embarazada, nosotros la gente del campo rapidito sale embarazada, yo tengo 7 hijos vivos y un aborto y yo pensaba uno o dos talvez no quería mucho (se ríe) no quería mucho hijo, pero ya le digo antes no había para cuidarse solo se daban y ya (Adulta madura, mujer 60 años, zona rural, unión libre, ama de casa).

Para planificar un embarazo la mujer debe estar en óptimas condiciones, sin embargo como vemos los comentarios dados por personas mayores a los 45 años, no se prepararon para esto, simplemente llego. Pero ¿qué sucede con nuestros jóvenes? Ellos tienen la idea de planificar el número de hijos y la edad o las condiciones en que los tendrán:

... Cuando tenga unos 25 o 20 años cuando ya sea mayor de edad tenga mi esposa ahí quisiera tener unos tres hijos (Testimonio de adolescente, hombre de 14 años, zona rural, soltero, estudiante)

... Solo 2 hijos me gustaría tener, y cuando me gradúe, sea profesional. (Testimonio de adolescente hombre de 17 años, zona rural, soltero, estudiante)

... Me gustaría a los 25 años, después que me gradué y después que viaje y conozca, solo dos si es posible que sean gemelos (Testimonio de adolescente, mujer de 16 años, soltera, estudiante).

Aprovechamos el tema para preguntar que si tienen claro esa visión de prepararse para tener un hijo, ¿Por qué si existiendo embarazos en adolescentes sin planificación? Ellos nos dan sus criterios:

... Embarazo en adolescentes muchas veces no se previene esto por vergüenza o tabú porque no es que es fácil vas a la farmacia y dices oye amigo véndeme unos condones o sea quien va a ir a comprarlos si te pones todo rojo (se ríen) (Testimonio de adolescente, hombre de 17 años, zona urbana, soltero, estudiante, de grupo focal)

.. He escuchado chicos y chicas que lo hacen por curiosidad y como la mayoría de personas dicen, eso es una falta de responsabilidad en no usar protecciones y en el caso de mis compañeras ellas son por libertinaje porque ellas la mamá si la dejaba salir por eso ella lo confundió con libertinaje ella salía a todos lados que la invitaban y siempre era solo con chicos no con chicas (Testimonio de adolescente, mujer de 16 años, zona urbana, soltera, estudiante de grupo focal)

... O sea que hay muchas chicas que no tienen precaución hoy en día y no piensan y lo primero que hacen es meterse con el primero que ven y no ven con qué clase de persona te vas a meter, no se cuidan y no se protegen y eso es lo que hay hoy en día chicas embarazadas y si no están embarazadas están con VIH SIDA por no tener la precaución de cuidarse y tener en cuenta todas las cosas que se les dice porque en cada institución hay charlas que se les dan a todos los jóvenes y en el colegio si hay y si se dan, se les informa, en quinto y en sexto se ve más porque hay una materia de biología y es la materia que más te explican del tema...pero hay chicas que inician vida sexual a los 14 años, y no se la verdad porque si en el colegio si les dan información y porque en mi casa mi mamá si me da clases, me dice de los métodos de precaución y todas esas cosas de los métodos anticonceptivos, con mi mamá si hay confianza (Testimonio de adolescente mujer de 18 años, zona urbana, soltera, estudiante).

Notamos que no hay desconocimiento del tema, aparentemente información en los colegios si existe, sin embargo por más esfuerzos que se ha hecho por disminuir las tasas de embarazos en adolescentes, está realmente continua alta. Y por supuesto asistir a una consulta preconcepcional ni siquiera está concebida la idea. En otro grupo focal con personas más adultas se preguntó también al respecto ellos nos cuentan:

... Para mí que ya se quieren hacer libre antes de tiempo yo vivo atrás del colegio nacional, pero a lado de la capilla hay horrendo hueco y ahí se meten...Tienen que ser más abierto con los padres contarles más a las madres que no les dejen tocar (Testimonio de adulta madura, mujer de 52 años, zona urbana, unión libre, ama de casa).

... El problema es la debilidad de la mujer, que antes de enfermarse y después que se enferma y después va teniendo una debilidad en la cabeza, un poquito

de todo, porque si la tiene mucho presionada entonces ni mucha libertad ni mucha presión (Testimonio de anciano joven hombre de 66 años, zona rural, casado, desempleado de grupo focal).

... Ha de ser mucho químico, mi sobrino tiene dos hijos y el chiquito le dice mira papi esa pompi de esa chica o mira a mis nietos les gusta (Testimonio de adulto maduro, hombre de 57 años, zona urbana, casado, comerciante).

... Mucha libertad les dan a los hijos, y eso que ahora les pasan videos de sexo ahí aprenden más. Ya a los trece año tienen enamorado, eso es lo malo porque ya pueden hacer lo que quieran ya hay mucho libertinaje ya. No hay comunicación con los hijos (Testimonio de adulto maduro, mujer de 55 años, zona urbana, casada, comerciante)

Veamos ahora el comentario de una mujer que se embarazo a temprana edad, ella habla de todo lo contrario a los comentarios dados por las demás personas que no tuvieron esta vivencia:

... Mis padres no me dejaban salir ni a la esquina, a ningún lado en ese momento conocí a un señor, que era muy mayor que mí, y comete el error creo que era por el encierro, y creo que eso hostiga, y a veces es descuido de uno como mujer (Testimonio de adulto joven, mujer de 34 años, zona rural, divorciada, ama de casa, de grupo focal).

El Ministerio de Salud Publica continuara trabajando en estrategias para disminuir las tasas de embarazos en adolescentes, pero insistimos en que nuestro deber como médicos es el de informar al paciente, al crear una adecuada relación médico-paciente logramos en ellos confianza y que de esta manera planifiquen realmente un embarazo y no se sumen a esas estadísticas. Al igual que mencionamos en la sección anterior, no es dar educación sexual o de planificación familiar simplemente a la mujer en edad reproductiva, sino a todo paciente sea hombre o mujer independiente de la edad que tenga al momento que nos llegue a la consulta, pues un adulto mayor también puede orientar a sus nietos sobre este tema y cambiar así el final de estos adolescentes haciéndoles más responsables de su salud reproductiva.

Tabla 19. Planificación de embarazos en los habitantes del cantón El Carmen

Relatos de los entrevistados sobre planificación de embarazos
<p>... “A los 14 años porque me fui y rápido salí embarazada, nosotros la gente del campo rapidito sale embarazada, yo tengo 7 hijos vivos y un aborto y yo pensaba uno o dos talvez no quería mucho (se ríe) no quería mucho hijo, pero ya le digo antes no había para cuidarse solo se daban y ya.”</p> <p>... “Me gustaría a los 25 años, después que me gradué y después que viaje y conozca, solo dos si es posible que sean gemelos.”</p> <p>... “Embarazo en adolescentes muchas veces no se previene esto por vergüenza o tabú porque no es que es fácil vas a la farmacia y dices oye amigo véndeme unos condones o sea quien va a ir a comprarlos si te pones todo rojo (se ríen).”</p> <p>... “Mucha libertad les dan a los hijos, y eso que ahora les pasan videos de sexo ahí aprenden más. Ya a los trece año tienen enamorado, eso es lo malo porque ya pueden hacer lo que quieran ya hay mucho libertinaje ya. No hay comunicación con los hijos. ”</p> <p>... “Mis padres no me dejaban salir ni a la esquina, a ningún lado en ese momento conocí a un señor, que era muy mayor que mí, y comete el error creo que era por el encierro, y creo que eso hostiga, y a veces es descuido de uno como mujer.”</p>

Fuente: Entrevistas y Grupos Focales

Elaborado por: Las investigadoras

El siguiente esquema resume los testimonios vertidos por los entrevistados acerca de planificación de embarazos. (Figura 27).

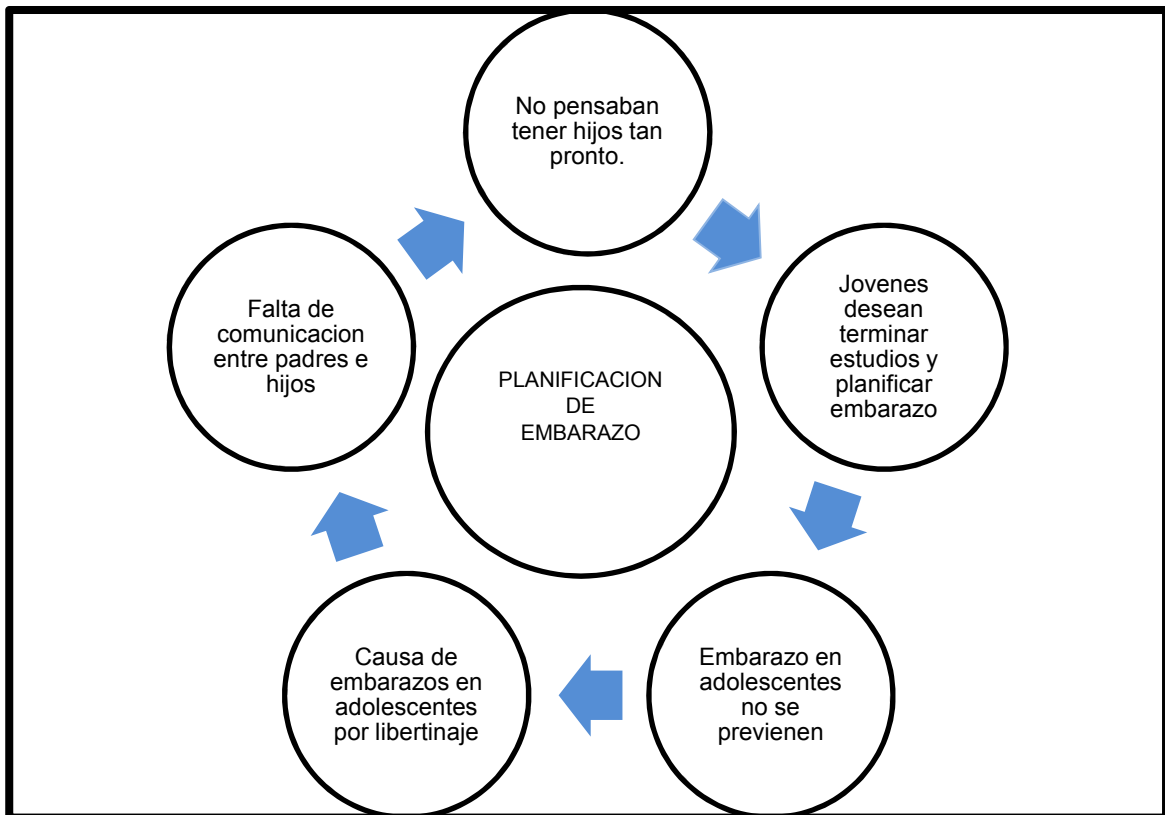


Figura 27: Esquema Giddens que resume los puntos de vista de los entrevistados del cantón El Carmen sobre planificación de embarazo

Fuente: Entrevistas y Grupos Focales

Elaborado por: Las investigadoras

4.4.4 CONOCIMIENTOS DEL EMBARAZO

El embarazo para la mayoría de mujeres es un periodo de mucha felicidad, sin embargo en el camino puede encontrarse con momentos más bien desagradables, y esto está condicionado por lo general a la no planificación del mismo. Cuando ya cursa un embarazo una mujer debe estar alertada sobre las posibles complicaciones de acuerdo a sus factores de riesgo, realizarse sus controles correspondientes y sobre todo acudir a emergencia ante cualquier signo de alarma que se presente.

Figura 28. Wordsalad de Conocimientos del embarazo, Hospital Básico El Carmen



Fuente: Entrevistas y Grupos Focales
 Elaborado por: Las investigadoras

De las personas que entrevistamos en El Hospital Básico El Carmen, tenemos testimonios de que acuden a sus controles continuamente o cuando su médico les indica que deben ir, ellas nos cuentan:

... Porque voy a los controles de embarazo, lo que me dicen yo hago por ejemplo las pastillas los calcios yo los tomo. Yo sé que mi embarazo ya no está normal cuando ya veo que me comienza a doler comienza a sangrar (Testimonio de adulto joven, mujer de 21 años, zona urbana, unión libre, ama de casa).

... Porque yo acudía cada vez que me decían venga al médico y yo me iba a los controles cada que era necesario. Pues bueno no es necesario tener un sangrado para ir al médico no, sino que se siente un dolorcito, una molestia yo pienso que hay que ir al médico (Testimonio de adulto joven, mujer de 34 años, zona rural, divorciada, ama de casa)

... Si, por que no sentía molestia y por qué me cuidaba adecuadamente, seguía a los controles y ya pues sabía que mi embarazo estaba bien (Testimonio de adulto medio, mujer de 43 años, zona rural, casada, ama de casa)

Reconocer signos de alarma es una de las cosas primordiales que debe saber una gestante, y ellas mencionan que es lo que haría que acudan inmediatamente a emergencia, nos manifiestan:

... Yo sé que mi embarazo ya no está normal cuando ya veo que me comienza a doler comienza a sangrar así, en eso hay que tener mucho cuidado no se le vaya a venir con todo, y ahí si hay que ir al hospital a hacer ver que es lo que pasa (Testimonio de adulto joven, mujer de 21 años, zona urbana, unión libre, ama de casa)

... Uno lo siente, yo tuve mis hijos casi de mis hijos mayores no tuve controles como en ese tiempo no había tanta cosa solamente las vacunas, con el que tuve un poco de problemas fue con el niño porque en el último niño botaba agua, agua, agua y se me dejaba de mover y hay ya me iba donde el doctor para ver que estaba pasando y me mando hacer un eco y me dijo q estaba bien el niño pero no tenía líquido suficiente, sentía como que estaba orinando no más (Testimonio de adulto medio, mujer de 39 años, zona rural, unión libre, ama de casa).

Es importante saber que cuando un signo de alarma se presenta en la mujer embarazada se debe acudir inmediatamente a buscar asistencia sanitaria, sin embargo nuestros entrevistados reconocen que no todos lo harían, pues el acudir a una partera esta entre sus opciones, nos cuentan sus testimonios:

... Si me venían el vómito y vómito, malestar, malestar y malestar y me pasaba, a las 2 o 3 meses solito y me hacía ver con la comadrona y me decía está bien (Testimonio de adulta madura, mujer de 60 años, zona rural, unión libre, ama de casa).

... Cuando en veces como mi mamá era partera yo le decía en veces me duele por acá, a veces por acá, mi mamá llamaba Petita y nunca nos acostumbábamos a decirle mamá y le decía me duele por acá, me duele por acá dice ha de ser la criatura decía ella que se ha movido entonces ahí me sobaba la barriga ya ahí me sentía bien yo (Testimonio de anciano joven, mujer de 72 años, zona urbana, casada, ama de casa).

... Hay también fui el otro mes a la partera porque decían que el niño estaba pegado al útero como decían (Testimonio de adulto medio, hombre de 35 años, zona urbana, unión libre, taxista).

Para disminuir las estadísticas de muerte materno neonatal en nuestro país hace falta brindar por el personal médico mucha información a nuestras mujeres, notamos que existe diversidad en cuanto a lo que una embarazada considera una emergencia que debería ir a buscar asistencia sanitaria, otras buscarían una comadrona, sin embargo en el resto de entrevistas realizadas mencionan no tener conocimientos al respecto, en especial la parte masculina, mostramos los comentarios:

...Yo les daba plata para que afuera se hagan ver, porque no se de eso (Testimonio de Adulto maduro, hombre de 58 años, zona urbana, divorciado, comerciante).

... Mi hermana está embarazada pero yo no me daría cuenta cuando el niño este mal y tenga que venir a la emergencia (Testimonio de adolescente hombre de 14 años, zona rural, soltero, estudiante).

Las complicaciones que ocurren durante el embarazo es un problema grave a nivel mundial y presenta un gran impacto familiar, individual y social; por ende como médicos de familia debemos educar a la población para que aprendan e identifiquen los signos de alarma que si se detectan a tiempo se evita la muerte materna y del neonato para de esta manera poder marcar una diferencia entre la vida y la muerte y saber dónde acudir en estos casos, y lo más importante darle la atención debida cuando un paciente nos llega a la emergencia, pues de nuestra atención dependerá también el que la siguiente ocasión nuestra paciente regrese a nuestra consulta o busque ayuda en otro sitio con personas no calificadas para atender este tipo de complicaciones.

Tabla 20. Conocimiento sobre embarazos en la comunidad del cantón El Carmen

Experiencias y conocimientos sobre embarazos en las habitantes de El Carmen
<p><i>... “Porque voy a los controles de embarazo, lo que me dicen yo hago por ejemplo las pastillas los calcios yo los tomo. Yo sé que mi embarazo ya no está normal cuando ya veo que me comienza a doler comienza a sangrar así, en eso hay que tener mucho cuidado no se le vaya a venir con todo, y ahí si hay que ir al hospital a hacer ver que es lo que pasa. ”</i></p> <p><i>... “Uno lo siente, yo tuve mis hijos casi de mis hijos mayores no tuve controles como en ese tiempo no había tanta cosa solamente las vacunas, con el que tuve un poco de problemas fue con el niño porque en el último niño botaba agua, agua, agua y se me dejaba de mover y hay ya me iba donde el doctor para ver que estaba pasando... ”</i></p>

... “Si me venían el vómito y vómito, malestar, malestar y malestar y me pasaba, a las 2 o 3 meses solito y me hacía ver con la comadrona y me decía está bien.”

... “Mi hermana está embarazada pero yo no me daría cuenta cuando el niño este mal y tenga que venir a la emergencia.”

Fuente: Entrevistas y Grupos Focales
Elaborado por: Las investigadoras

El siguiente esquema resume los testimonios vertidos por los entrevistados acerca de planificación de embarazos. (Figura 29).

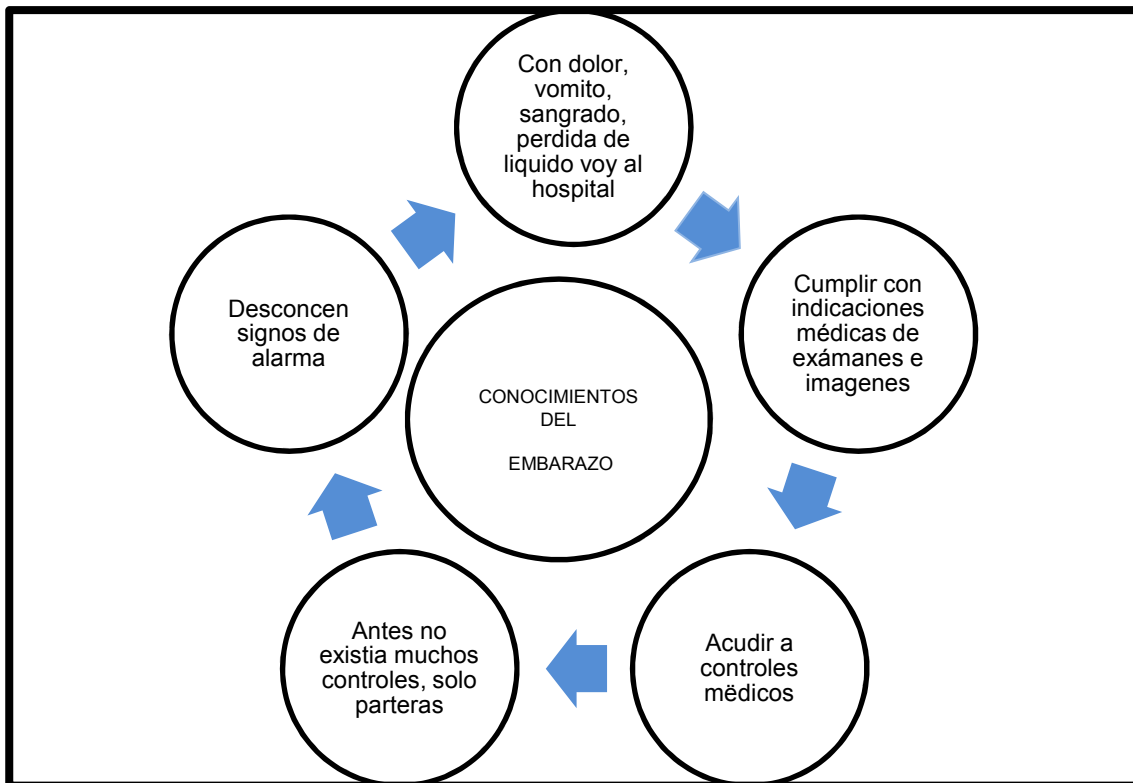


Figura 29: Esquema Giddens que resume los conocimientos que tienen los habitantes de El Carmen sobre el embarazo a través de experiencias.

Fuente: Entrevistas y Grupos focales
Elaborado por: Las investigadoras

4.4.5 PREFERENCIAS DEL PARTO

El momento del parto generalmente es un momento emocionante tanto para los padres como para el resto de la familia, la llegada de un nuevo ser puede definir muchas cosas dentro de una familia, y todos esperamos que tanto la madre como él bebé se encuentren en óptimas condiciones. Sin embargo existen muchas cosas que

sus derechos. Pues sus temores a que ocurra todo lo contrario es una de las razones que hace que ellas no acudan a buscar ayuda profesional en un hospital:

... Como era primeriza tenia temor a vergüenza no se falta de información por eso no acudí a una clínica ni nada de hospital (Testimonio de adulto medio, mujer de 43 años, zona rural, casada, ama de casa).

... Las personas no recomiendan ir a la emergencia porque dicen que no mas están sin saber nada, como dicen que se han muerto algunos prefieren irse donde parteras o al hospital en Santo Domingo, a este hospital no le tienen confianza, prefieren irse para allá o a otro médico en otro lado (Testimonio de adulta madura, mujer de 52 años, zona urbana, unión libre, ama de casa).

... Porque me hacían dar miedo decían que los doctores son malos y las enfermeras y que habían mujeres que ya pues que gritaban, no se querían yaa pues ponerse en posiciones abrir las piernas y les retan... (Testimonio de Adulta madura, mujer de 60 años, zona rural, unión libre, ama de casa).

Las complicaciones que se pueden presentar durante un parto son muchas, y algunos de los moradores de El Carmen que se entrevistó reconocen algunas de estas por lo que piensan que es mejor idea acudir a una casa de salud para recibir sus partos:

... Los partos han sido muy excelente por la atención médica y lo higiénico y las precauciones que toman al momento del parto los niños están mejor controlados en cambio sí nacen en casa nacen al intemperie sin ninguna seguridad sin ningún método higiénico hay riesgo de contaminación de infección y quien es una partera para un médico preparado antes nacían en casa y todavía nacen en casa yo conozco una amiguita que es partera y los niños nacen en la casa de ella hay los llevan y nacen y tienen mucho sangrado quedan media convalecientes las madres las llevan después al hospital (Testimonio de Adulto medio, hombre de 49 años, zona urbana, unión libre, chofer).

... Si fuera como antes que no habían hospital y solo parteras ya en casa pero ahora que hay hospital hay que venir acá. A mi prima le aconsejaría venir al hospital, no creo que sea conveniente un parto en casa, y ahorita no hay muchas parteras mejor venir al hospital (Testimonio de Adolescente mujer de 16 años, zona urbana, soltera, estudiante).

...No, parto en casa no, a veces hay como le dijo hay veces madres que dan luz y como al día siguiente se muere el niño, se muere ella, no es como una

clínica o un hospital (Testimonio de adulto joven, hombre de 29 años, zona rural, unión libre, agricultor).

... De los partos en casa es valentía (se ríe) es algo que bastante arriesga porque imagínese sin un doctor, sin una anestesia o un medicamento que sea necesario en ese momento me muero, entonces yo pienso que si es necesario parir en un hospital (Testimonio de Adulto joven, mujer de 34 años, zona rural, divorciada, ama de casa).

Preferir un parto en casa o en un hospital depende de muchos factores, como vimos al inicio mucho tiene que ver con el trato que reciben de parte del personal médico y su falta de privacidad, este hecho hace que busquen ayuda en otros lugares, sean médicos particulares o por falta de dinero prefieren parto en casa que resulta más económico que un médico particular, pero también en un factor importante es la distancia que existen entre los moradores y la unidad de salud, parece incluso ser una de la principales causas por lo que nuestros moradores continúan teniendo partos en casa:

... Mis hijos todos nacieron en casa, porque vivíamos en el campo bien lejos y ahí no había controles ni nada y como me sentía bien y mi mamá era partera pues ya no más daba a luz ahí en casa, nunca se me complicó ninguno que nació con ella (testimonio de Anciano joven, mujer de 72 años, zona urbana, casada, ama de casa).

... Ella si nació con partera, porque el papá le busco una señora que me atendiera por que la mamá de él era partera pero estaba ella operada y no podía atenderme ahí conseguí una vecina que era partera y como ya estaba enseñada a dar normal no siga dando normal porque ya no había plata para pagar al doctor ya el doctor cobraba más (Testimonio de Adulta madura, mujer de 54 años, zona urbana, viuda, ama de casa).

... Yo a mis hijos si me tocaba tenerlos en casa yo daba a luz en casa, el que está aquí nació a las once de la noche porque la doctora me dijo vaya a dar a luz a Quevedo yo le digo que voy hacer en Quevedo, si me mandaron a Quevedo, yo que voy hacer por allá y si es de parir para eso me voy a parir en la casa no más y me voy me voy a parir en casa, y el niño lo tuve en la casa no más (Testimonio de Adulto medio, mujer de 39 años, zona rural, unión libre, ama de casa).

Al conocer todos estos criterios de los pacientes de sus preferencias, de las experiencias negativas que han tenido, se tocó el tema en el grupo focal, personal de salud, y sus comentarios van dirigidos igualmente a la costumbre que se trasmite de generación en generación y a las distancias que existen entre esta casa de salud y el lugar que residen sus moradores:

... Ya a veces las pacientes ya tienen familias que les atienden a veces las mismas abuelitas entonces ya se han acostumbrado a que les atiendan en casa, por el mismo hecho que son pacientes que no les gusta que les examine, que les vean, son pacientes cohibidas que no quieren mostrar sus partes, y entonces ellas dicen no, yo paro en mi casa y yo toda la vida he parido en la casa y no ha pasado nada (Testimonio de Médico tratante de ginecología del grupo focal de personal institucional).

... Pero la causa más común es por la lejanía que no vienen, comienzan el trabajo de parto en las madrugadas una dos o tres y no tienen como salir, en algunos casos ha sido por eso (Testimonio de Médico general de la emergencia de 28 años de grupo focal de personal institucional).

... Mi mami daba luz en casa dicen que la mayoría de nosotros que somos 7 nos parió en casa y sola sin ayuda de nadie, solo llegan y ya a corta el cordón umbilical y ya, porque No vivíamos cerca del hospital, vivíamos a unas 2 horas y no había carro, todo era porque no había como traerla (Testimonio de adulto joven, mujer de 25 años, zona rural, casada, ama de casa).

El Ministerio de Salud Pública ha desarrollado varias estrategias para disminuir las estadísticas de muerte materno neonatal, una de ellas es eliminar el parto en casa, sin embargo la estrategia desarrollada reconoce el parto culturalmente, por lo que se crea incluso una guía para vincular a las parteras al MSP y puedan ellas estar presentes de manera activa durante el desarrollo del parto, pero en caso de complicaciones pues el personal médico entraría en acción inmediatamente. Los médicos nos hablan sobre este plan:

... A mí me gusto la estrategia del MSP de tratar de respetando ese tipo de creencias, capacitar a las comadronas, parteras, a ellas que se les haga un carnet eso es una buena experiencia, por ejemplo una paciente vino con su suegra que era partera y ella entró entonces dijo doctora como se da la oportunidad de que entre un familiar voy a entrar con mi suegra y entró la

paciente con su suegra obviamente con la ayuda de su familiar yo le estaba atendiendo el parto (Testimonio de Medico General de Emergencia, mujer de 29 años, de grupo focal de personal institucional).

... Cuando estaba aquí mismo que estaba María Loor ella lo llevaba al programa, ella sí hizo promoción, ellas si se reunía con las comadronas y las capacitaba a las comadronas... y mientras estaba ahí por lo menos en el Carmen si mejoró y ya no se morían tantas, porque si venia que se complican y se mueren. (Testimonio de Médico Tratante de Ginecología, mujer de 48 años de grupo focal de personal institucional).

... Si esa estrategia es muy buena la gente acude más, pero dándoles a conocer con la promoción como dice la doctora, porque la gente ah ya se puede acompañar dicen, la gente no sabe, porque hay gente que no tiene aún conocimiento (Testimonio de Medico General de Emergencia, mujer de 28 años, de grupo focal de personal institucional).

Reconocer que nuestras mujeres de El Carmen aún desean un parto de acuerdo a su cultura y que debe ser un momento que deberían recordar con alegría es la meta que debemos trazarnos como personal de salud, solo así lograremos que más mujeres confíen en nuestro sistema de salud y no se expongan a complicaciones que sabemos son muy comunes. Nos cuentan experiencias desagradables que vivieron:

... Sí vi a la mujer de un primo así mismo estaba con dolores y fueron donde una partera, y yo no sé qué le hizo pero también se fue, se desangro y se murió, no pudieron hacer nada porque ya fue muy tarde cuando lo llevaron al hospital, porque se demoraron porque allá donde vivía había que esperar la marea y en ese tiempo la marea estaba alta y no pudieron sacarla, se murió ahí. (Testimonio de Adulta madura, mujer de 52 años, zona urbana, unión libre, ama de casa).

... Una amiga que es cuñada de mi esposo, aquí en el Carmen hay una comadrona que yo no sé por dónde queda, incluso la llevaron allá y pobrecita como sufría que no sé cómo, la niña salió moraditita que la niña no mas ya se moría por eso no me gustan, por suerte la niña sobrevivió pero hay ¿qué hicieron? volando y traerla para acá (Testimonio de Anciano joven mujer de 65 años, zona urbana, casada, ama de casa).

... *Eso sí es verdad depende del parto porque yo de los partos en casa yo también tuve a mis hijos y yo los daba a luz con mi suegra después dos con mi mamá pero eran partos rápidos, rápidos pero ya en los últimos me vi asustada por eso depende el parto porque uno no tiene la certeza de todo salga bien en casa* (Testimonio de adulta madura, mujer de 55 años, zona urbana, casada, comerciante, de grupo focal).

Este capítulo nos ha mostrado la diversidad de preferencias que existen a la hora de traer a la vida un nuevo ser humano, la madre según nuestra constitución tiene derecho a la autonomía, por lo tanto su manera de cómo vivir su parto debe ser respetado, nuestra tarea una vez más se enfoca en educar a la población sobre el riesgo que pudiera existir a la hora de elegir el lugar para su parto, además otra tarea es lograr una mejor relación médico-paciente para que más madres confíen en nosotros y elegir la opción que no arriesgue ni su vida ni la de sus bebés.

Tabla 21. Opiniones acerca de las preferencias al momento del parto en habitantes del cantón El Carmen

Relatos referente a sus preferencias al momento del parto en El Hospital básico El Carmen
<p>... <i>“Bien, no me trataron mal, me trataron bien, excelente me trataron allá en el hospital, ahí me explicaron que tenía que pujar y como.”</i></p> <p>... <i>“No, parto en casa no, a veces hay como le dijo hay veces madres que dan luz y como al día siguiente se muere el niño, se muere ella, no es como una clínica o un hospital.”</i></p> <p>... <i>“Como era primeriza tenía temor a vergüenza no se falta de información por eso no acudí a una clínica ni nada de hospital.”</i></p> <p>... <i>“... Pero la causa más común es por la lejanía que no vienen, comienzan el trabajo de parto en las madrugadas una dos o tres y no tienen como salir, en algunos casos ha sido por eso.”</i></p> <p>... <i>“Cuando estaba aquí mismo que estaba María Loo ella lo llevaba al programa, ella sí hizo promoción, ellas si se reunía con las comadronas y las capacitaba a las comadronas... y mientras estaba ahí por lo menos en el Carmen si mejoró ya no se morían tantas, porque si venía que se complican y se mueren.”</i></p>

Fuente: Entrevistas y Grupos Focales
Elaborado por: Las investigadoras

El siguiente esquema resume los testimonios vertidos por los entrevistados acerca de las preferencias de los partos. (Figura 31).

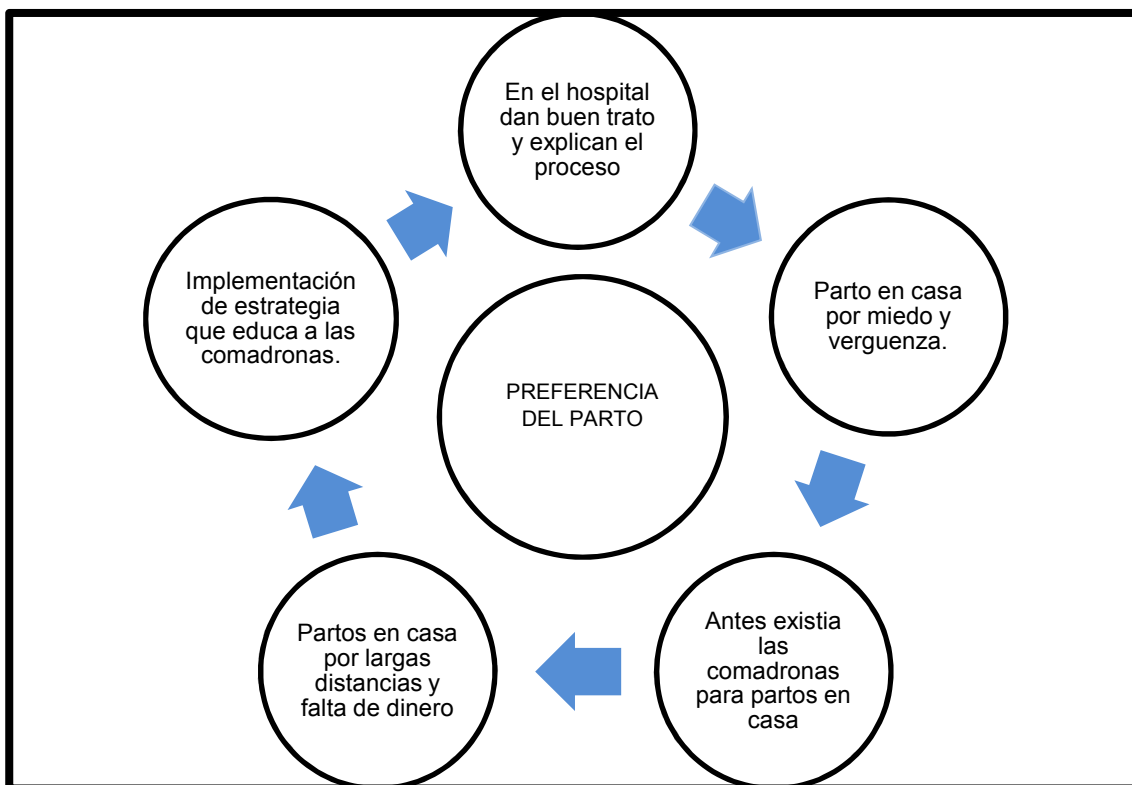


Figura 31: Esquema iddens que resume las preferencias al momento del parto, sus experiencias y puntos de vista de los pacientes y médicos del Hospital Básico El Carmen.

Fuente: Entrevistas y Grupos focales

Elaborado por: Las investigadoras

4.4.6 ACTITUD DURANTE EL PUERPERIO

El periodo que comprende desde el parto hasta 35 a 40 días posterior, es lo que se denomina puerperio, en este tiempo el organismo de la mujer se recupera progresivamente, y además los bebés en este periodo necesitan cuidados especiales pues están en la etapa neonatal.

Por supuesto también tenemos testimonios de moradores que después del parto si buscaban un chequeo médico en especial para el bebe, el tiempo en que lo buscaban varia, y más que todo la motivación era el colocarle las vacunas que necesitaba.

... A los niños que tuve en casa los traía a los 8 días o 15 días que yo podía venir y les puse todas las vacunas después del parto ya no me hice controles ahí si ya dejé eso para los niños si les daba el control. A mi último niño lo traje a los 15 días (Testimonio de adulta madura, mujer de 54 años, zona urbana, viuda, ama de casa).

... Ella hacía la forma de salir para el hospital cuando ya se sentía mejor después de dar a luz, cuando mi abuelita vivía aquí la hacía venir aquí cuando estaba pequeñitos los niños también (Testimonio de adolescente hombre de 14 años, zona urbana, soltero, estudiante).

... Pero en antes no porque yo daba mis partos y no se los llevaban en ese tiempo no se llevaba pero ahora si se lleva porque mi hija ahora poco dio a luz en casa y se lo llevo al bebe al hospital (Testimonio de adulta madura, mujer de 55 años, zona urbana, casada, comerciante, de grupo focal).

Es importante también conocer las prácticas que realizan las madres o familiares de los recién nacidos cuando el parto se dio en casa. Una práctica muy peculiar que coincidieron fue lo que realizan para el ombligo de su bebe, transcribimos lo que nos cuentan:

... Cuando ya nacía, ya ahí mi mamá lo ponía un plato y lo calentaba con sebo de vaca y canime le ponía a uno en la barriga para el dolor de barriga no más la frotaba y le ponía encima de la barriga, y para el niño lo bañaba y le ponía ropita y le ponía velita de esperma para el ombligo y también lo curaba con alcohol y yodo y también una venda, de ahí no lo llevaba al médico (Testimonio de anciano joven, mujer de 72 años, zona urbana, casada, ama de casa).

... Bueno como mi abuelita en más en ante era partera hay no más le ponían le quemaban le ponían canime, canime que se echaba a los lados en el ombliguito para cualquier resfriadito ahí le quemaban el ombliguito, le quemaban y se le aflojaba (Testimonio de adulto medio, mujer de 39 años, zona rural, unión libre, ama de casa).

... *Mi madrecita parió catorce hijos y yo fui el mayor y nuca busco médico , solo uno murió pero mi papá era como tema que llegaba la partera solo iba a cortar el ombligo al niño, mi madre paría como una chanchita (se ríen) y mi mamá a los tres días ya estaba en el río pos, pos, pos lavando y el día siete decían ellos se embalaban un ratito, mi mamá murió hace un años de 85 años mi mamá decía ya mi cuerpo me lo conoció mi marido y no me voy hacer tantear de nadie* (Testimonio de anciano joven, hombre de 66 años, zona urbana, casada, jornalero).

El puerperio es una etapa fundamental en la vida de la madre y de su hijo, existen varias orientaciones que se deberían dar para esta etapa, por ello es fundamental que exista una buena comunicación con nuestros pacientes a fin de orientarlos en una más de las etapas por las que atraviesa el ser humano.

Cada vez más mujeres acuden en busca de ayuda médica aún si sus hijos nacieron en casa, nuestro trabajo está en dedicarles unos minutos a educar a nuestros pacientes en todas las etapas que comprende la salud sexual y la reproductiva es decir desde anticoncepción hasta esta etapa final del puerperio.

Tabla 22. Relatos acerca de las actitudes de los moradores del cantón El Carmen durante el puerperio

Los habitantes de El Carmen narran sus actitudes durante la etapa del puerperio
<p>... <i>“Todos mis partos en casa, nunca fui al médico No nunca, nunca, nunca, nunca de ningún embarazo, tampoco a las vacunas, solo a la última si ya tiene las vacunas.”</i></p> <p>... <i>“Pero en antes no porque yo daba mis partos y no se los llevaban en ese tiempo no se llevaba pero ahora si se lleva porque mi hija ahora poco dio a luz en casa y se lo llevo al bebé al hospital. ”</i></p> <p>... <i>“Bueno como mi abuelita en más en ante era partera hay no más le ponían le quemaban le ponían canime, canime que se echaba a los lados en el ombliguito para cualquier resfriadito ahí le quemaban el ombliguito, le quemaban y se le aflojaba.”</i></p> <p>... <i>“Si por mi casa aún hacen, hay paren y se quedan en casa no van al médico, a veces hay como le dijo hay vece madre que dan luz y como al día siguiente se muere el niño, se muere ella, pero no van al médico a buscar ayuda.”</i></p>

Fuente: Entrevistas y Grupos Focales
Elaborado por: Las investigadoras

El siguiente esquema resume las historias contadas por los usuarios de El Hospital Básico El Carmen acerca de su actitud durante el puerperio. (Figura 33).

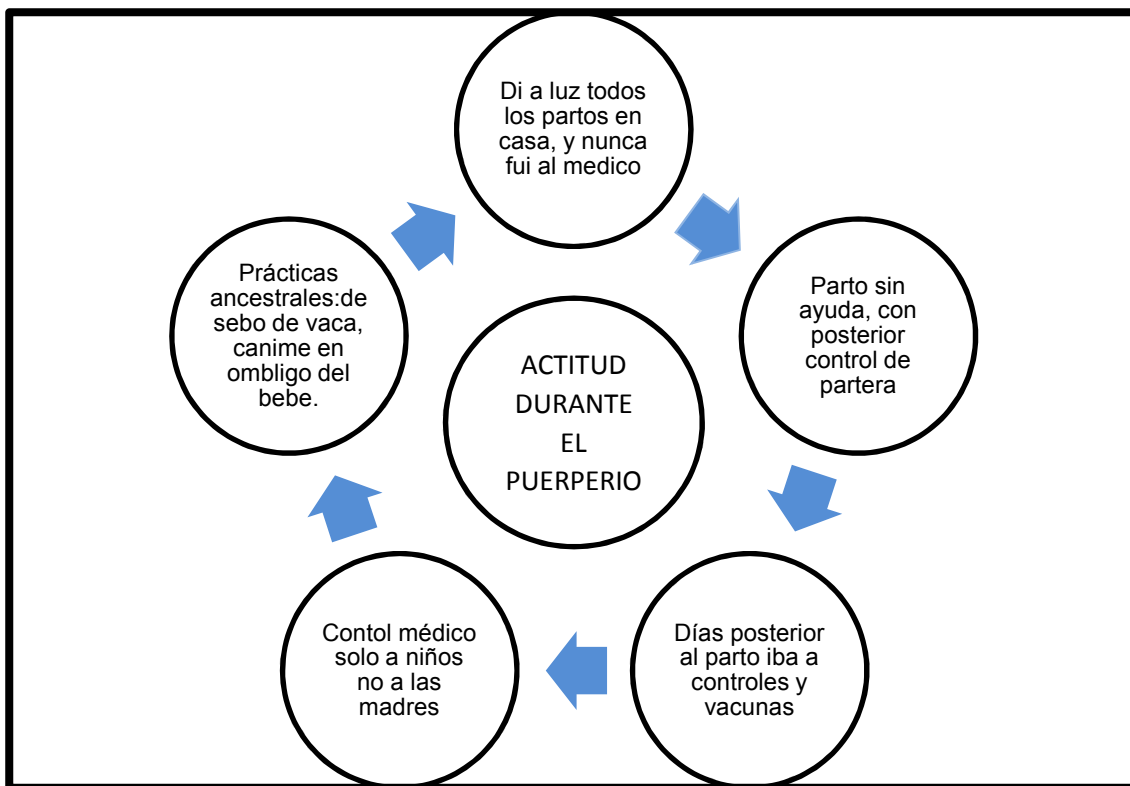


Figura 33: Esquema Giddens que resume las diversas actitudes de los carmenses durante el puerperio.

Fuente: Entrevistas y Grupos focales

Elaborado por: Las investigadoras

4.5 MUERTE

Uno de los momentos más difíciles de todo ser humano es pasar por la muerte de un ser querido que es una experiencia devastadora que por lo general nadie está preparado y se sabe que es un acto irreversible en donde las personas tienen diferentes formas de aceptarla y encontrar resignación ante tan fatal suceso. En este apartado se detallará como los habitantes de El Carmen afrontan y superan este proceso de muerte y duelo a través de sus experiencias, por lo que se ha dividido en dos secciones a este capítulo, las cuales son:

Como primer punto a tratar es el impacto biopsicosocial, como afecta el fallecimiento de un ser querido en su vida diaria como individuo, su entorno familiar, laboral, social y académico, independientemente de la edad y también se abordará sobre las creencias que existen en la comunidad al momento de la velación y si las ponen en prácticas; como segundo ítem se abarca el tema de superación del duelo si se lo ha logrado o

porque él me lo llevaba a la casa, incluso los vestidos maternos que se usaba antes él me los llevaba en el bolsillo, y me decía que me ponga eso. Cuando él murió yo me sentí destrozada. Ni siquiera quisiera acordarme porque fue tan triste me tocó llorar, gritar patallar, se me destrozó la vida porque imagínese una madre que queda con todos sus hijitos pequeños que me tocó, dejarlos con mi suegra y usted sabe que ya a uno así le toca irse sola para luchar por su vida, tocó independizarme e irme a trabajar a Guayaquil yo les mandaba para mis niños y todo eso fue mi solución, trabajar que no estaba acostumbrada y yo seguía adelante, tenía que seguir adelante no podía enfermarme y dejar a mis hijos botados entonces ya tuve que luchar sola yo luche sola, porque no tuve madre, no tuve papá ni con una madre por ejemplo uno va y deja a sus hijos con su madre así le toque lucharla pero su madre le cuida a sus niños en cambio en mi caso no (Testimonio de anciano joven, mujer 65 años, zona urbana, casada, ama de casa).

...Ese fallecimiento fue duro, difícil ella murió de un infarto, yo estaba trabajando, mi papá también, mis hermanas en el colegio y prácticamente le encontramos fallecida en la casa, fue un poco duro ese cuadro, vivíamos en Quito y si nos afectó bastante porque cambió todo el rol familiar, en el aspecto de que mis hermanas estaban jóvenes una iba a cumplir 15 años, la otra tenía 16 yo iba a cumplir 18 años también prácticamente estaba grande también; cambió el rol prácticamente porque mis hermanas, bueno con mi papá nos venimos acá al Carmen, bueno tengo una hermana mayor que se hizo cargo de mis hermanas de darle el estudio y bueno todo cambió porque estábamos acostumbrados a vivir todos juntos y digamos se fueron mis hermanas yo me quedé con mi papá luego mi papá hizo su nuevo compromiso y yo me quedé viviendo solo (Testimonio de adulto joven, hombre 33 años, zona urbana, unión libre, músico).

... Doctora yo me quedé sin gusto sin ilusión de nada, de nada, me da igual andar cochambroso vestido lo que sea, nosotros hace unos bastante tiempo nos fuimos, yo tenía una nisán, fuimos veintiuna personas a playa todo preparado con la familia, mi hermana mi única hermana un primer día de año nuevo y de ahí llegando nosotros nos accidentamos, me accidente, yo me quedé dormido hasta ahí supe lo que fue, ya me da igual una fiesta o no ir a fiesta y murió mi hermana, cuatro personas murieron, mi única hermana mujer esa muerte claro que me pegó porque era un día de año nuevo y que pasa que nos fuimos a las doce para llegar como a la siete de la mañana aquí a la casa

como con cuatro muerto, muerto fuera de heridos y día de año nuevo no hay doctor, doctora ni enfermera no hay nadie mejor dicho todo el mundo está enfiestado o caído de borracho eso es una tragedia grandísima y los heridos, una monjita ahí nos ayudaron ahí en Chone en el Hospital pero eso es horrible entonces eso fue hace treinta años (Testimonio de adulto maduro, hombre 58 años, zona urbana, divorciado comerciante).

...A él le dio cirrosis y ya con eso él falleció, casi me enferme, me enferme del estómago estuve bastante mal, lloraba mucho, es que quería a mi papá, me envenene porque tenía problemas con el papá de mis hijos y en ese momentico mi papá y eran dos cosas a la vez y yo en cambio no vi solución porque si mi papá ya está muerto para que me sirva la vida (Testimonio de adulta joven, mujer 34 años, zona rural, divorciada, ama de casa de grupo focal).

Entre los entrevistados también tuvimos comentarios de usuarios que han sufrido la pérdida de un ser querido de manera inesperada o posterior a una enfermedad crónica y han aprendido a prepararse para este momento considerando en la actualidad que son sucesos que forman parte del ciclo vital y aceptan con resignación este proceso final de vida.

...Ufff bastantes están mis padres, todos dos ya se fueron, los tíos, hermanos y mis hijos, bueno estaban pequeños todavía y no sentía mucho pero si me dolía un poquito porque eran míos ya más grandes si afecta más. Con mis padres el corazón se me sofocaba mucho pero ya uno se va aconsejando y preparando, ya se va olvidando porque son cosas que tienen que llegar (Testimonio de anciano joven, hombre 65 años, zona urbana, unión libre, desempleado).

...Con la muerte de mi mamá tomaba bastante, la madre es una sola, lloraba hasta los seis meses, un año todavía lloraba, me toca resignarme, seguir adelante por mi hermano y hermana la más pequeña, hasta llegue a tomar alcohol hasta que un día me dije no más porque tengo que ayudar a mi padre y ya cuando él murió no me afecto mucho porque uno ya estaba preparado (Testimonio de adulto maduro, hombre 64 años, zona urbana, unión libre, comerciante).

... Bueno si me he sentido mal por lo que uno extraña a su familiar porque los ha perdido para siempre pero hay que tener resignación y fuerza para superar

esa perdida y claro que algún día a todo nos toca entonces por eso debemos resignarnos, si ya murió no se puede hacer nada, eso nos toca a todos, que no es que ellos han querido es que es una ley (Testimonio de anciano joven, hombre 66 años, zona urbana, casado, jornalero).

... Fue difícil, muy duro pero yo creo que sabemos y tenemos que entender que todos vamos a fallecer y que tarde o temprano nos vamos a ir y pienso que aunque fue dolorosa la muerte de mi mamá pienso que fue lo mejor porque he visto a muchos familiares que tiene mucho tiempo enfermas a las personas sufriendo y de igual fallece, igual si mi mamá no hubiera fallecido hubiera quedado tal vez media discapacitada eso es algo doloroso y difícil y creo que más bien ahí las personas se decaen más (Testimonio de adulto joven, hombre 33 años, zona urbana, unión libre, músico).

Al morir una persona de acuerdo a las tradiciones propias de su cultura existen ciertas creencias como en el caso de los niños que mueren sin ser bautizados, al morir si lloran mucho el muerto pena, que en el cementerio los muertos salen de tumbas y sin números de historias más y en ocasiones se realizan rituales para espantar o aislar estos malos espíritus y la población de El Carmen no es la excepción por lo que nos narran sus historias:

... Mi abuelita si se levanta se le ve la sombra en la casa de ella donde vivía ella. Cuando uno va a la casa de ella, yo la he visto solo una vez cuando fui a casa de ella y la sombra es blanca yo sí creo que es ella, ella busca sus cosas, ella busca una cajita que ella tenía eso dice mi mami. Ella solo pasa por ahí, mi mami también la ha visto y no me asusta y si creo en eso (Testimonio de adolescente mujer 14 años, zona urbana, soltera estudiante).

... No sé pero dicen que cuando alguien muere peleado con alguien muere con la boca abierta, con la lengua fuera y los ojos abierto así dicen, mi papi dice que una hermana de él murió así con la lengua fuera y los ojos abierto y no se llevaban y que él, ya llevo dice que mi mami vio a lo que él se acerco dice que ella ya guardo la lengua y cerró los ojo porque era con el único que peleaba y eran hermanos, pero por una mentira de ella (Testimonio de adulto joven mujer 25 años, zona rural, casada, ama de casa).

...Un solo hijo, que estuvo en la barriga yo digo que uno es novata yo no sabía porque yo hubiera sabido que esto era así de los nervios mi hijo no se muere,

yo a mí me cogió ese malestar que yo me acuerdo a las cuatro de la mañana, para mí fue difícil, y cargarlo nueve meses, y que me diga el doctor sabe que su niño ya nació pero está muerto, muy difícil, tener las cositas, y llegar a mi casa sin mi bebé, lo bautizaron completo los nombrecitos, mi comadre habló con el padrecito que me ayude para bautizarlo porque decían que se va morito, no recibido ni se cómo decían que andaba penando decían que penaban eso me decían que mi hijo se fue bautizado completo (Testimonio de anciano mayor, mujer 76 años, zona urbana, viuda, ama de casa).

... Mire sobre el alma yo le voy a contar una cosa yo pensaba que uno se moría y se hacía polvo y todo, mi marido hacía antenas de televisión, y entonces le tocaba, él dormía allá, trabajábamos y en la finca dormíamos ahí, y entonces un cliente le había pedido unas antenas y no le había pagado me dijo que lo acompañe a cobrar y justamente teníamos que pasar por el cementerio, le cuento que yo me he de morir, hay personas que no creen, nosotros a lo que pasamos por ahí, en un lado del cementerio no había luz no más con la claridad del otro lado y yo le digo a mi marido oye cristo le digo toda esa gente de puro negro con blanco, andaba pero así, viejitos, niños, todos caminaban por ese lado oye le digo esos son muertos, muertos patitas para que tenemos salimos corriendo de ahí y le contamos a la vecina y dice que en tiempos de los muertos andan así, yo ahí sí creí que andan (Testimonio de adulta madura, mujer 52 años, zona urbana, unión libre, ama de casa).

Con el pasar de los años las creencias sobre la existencia de muertos que habitan en el mundo de los vivos se van perdiendo por varias causas entre ellas tenemos por religión o por considerarlas historias antiguas y así como existen personas que si creen, también existe otra parte de la población que no creen en esto y nos explican sus puntos de vista:

...Sé que eso es una equivocación que no tiene sentido porque los muertos están muertos, ellos no escuchan, ellos no hacen bien ni mal a nadie, ellos de ahí no van a salir hasta el día en que Dios de su permiso, de eso habla el estudio bíblico y que sabemos que de eso de prender vela y flores tampoco es por gusto porque ya están en su tumba fría no le vale nada esa vela, no le vale nada ese canto, no le hace nada ese rezo ya no escucha nada ni tampoco está en el cielo, está en una parte que Dios lo tiene hasta el momento del juicio final

y entonces lo que si debemos hacer es tenerlo en el corazón (Testimonio de anciano joven, hombre 66 años, zona urbana, casado, jornalero).

...Antes de estudiar la biblia yo sentía que si escuchaba una cosita por ahí, y era una rata que pasaba por ahí, yo decía ahí viene mi esposo o mi mamá que me viene a llevar o algo así, porque eso le hacían creer a uno que el alma está en pena, pero ahora ya no pienso eso porque en la biblia dicen que los muertos no tienen conciencia, que los muertos están muertos y ya se van y ya no vuelven y por eso ya no tengo miedo, porque en la biblia aprendí que los muertos, muertos están, Dios va a juzgar a los vivos y a los muertos pero por ahorita están dormidos en las tumbas conmemorativas de ellos entonces no tiene conciencia, no hablan no caminan, no ven no escuchan (Testimonio de anciano joven, mujer 72 años, zona urbana, casada, ama de casa).

... Las creyentes de algunos es el alma queda penando pero el que está con Dios él no tiene que seguir penando va al cielo directamente y si ando en camino incorrecto ese se queda, se tiene que quedar penando el alma, yo para serle sincero nunca me ha tocado un caso de esos y no tampoco no creo en eso los fantasmas ni en las brujas en las apariciones, no creo esos porque yo soy cristiano evangélico el cuerpo de ellos es tierra y queda ahí pero el alma Si se porta bien con Dios y va al cielo pero si se porta mal va al infierno (Testimonio de adulto joven. Hombre 21 años, zona rural, casado, agricultor).

La muerte es la compañera inapelable de vida que llega en cualquier momento por eso es un tema difícil de aceptar y aún causa temor por la carga emocional y cambios que se pueden generar ante este suceso ya que por lo general las personas no están preparadas para vivir ese momento ni pensar en seguir su vida sin el ser querido; en la actualidad en este mundo globalizado se fomenta la ilusión de vivir más tiempo dejando de lado la realidad de la muerte. Ante la muerte de un ser querido las personas realizan varias creencias de acuerdo a sus costumbres con la finalidad de que el alma del fallecido vaya en paz a su destino y al mismo tiempo ellos tener la tranquilidad de que han hecho todo lo que ha estado a su alcance para darle una cristiana sepultura y para ello se cuenta con la presencia de personas cercanas que los acompañan en su momento de dolor; por esto es importante que en el primer nivel de atención como médicos respetemos y entendamos sus creencias sin prejuicios para de esta manera afianzar lazos en la relación médico-paciente y abordar este tema muy esencial y preparar a los pacientes en su luto y duelo.

Tabla 23. Impacto biopsicosocial en pobladores del cantón El Carmen ante la muerte de un ser querido

Testimonios brindados por los moradores de El Carmen sobre el impacto biopsicosocial que sufren posterior a una muerte irreparable
<p>... “A él le dio cirrosis y ya con eso él falleció, casi me enferme, me enferme del estómago estuve bastante mal, lloraba mucho, es que quería a mi papá, me envenene... porque si mi papá ya está muerto... para que me sirva la vida...”</p> <p>... “Con la muerte de mi mamá tomaba bastante la madre es una sola, lloraba hasta los seis meses, un año todavía lloraba, me toca resignarme, seguir adelante por mi hermano y hermana la más pequeña hasta llegar a tomar alcohol...”</p> <p>... “No sé pero dicen que cuando alguien muere peleado con alguien muere con la boca abierta, con la lengua fuera y los ojos abiertos así dicen, mi papi dice que una hermana de él murió así con la lengua fuera y los ojos abiertos y no se llevaban y que él ya llegó dice que mi mami vio a lo que él se acercó dice que ella ya guardó la lengua y cerró los ojos porque era con el único que peleaba y eran hermanos...”</p> <p>... “Las creyentes de algunos es el alma queda pensando pero el que está con Dios él no tiene que seguir pensando va al cielo directamente y si ando en camino incorrecto ese se queda, se tiene que quedar pensando el alma... no creo en eso los fantasmas ni en las brujas en las apariciones, no creo esos porque yo soy cristiano evangélico el cuerpo de ellos es tierra y queda ahí pero el alma si se porta bien con Dios y va al cielo pero si se porta mal va al infierno.”</p>

Fuente: Entrevistas y Grupos Focales
Elaborado por: Las investigadoras

El siguiente esquema resume como la muerte provoca un impacto biopsicosocial en los habitantes de El Carmen. (Figura 35).

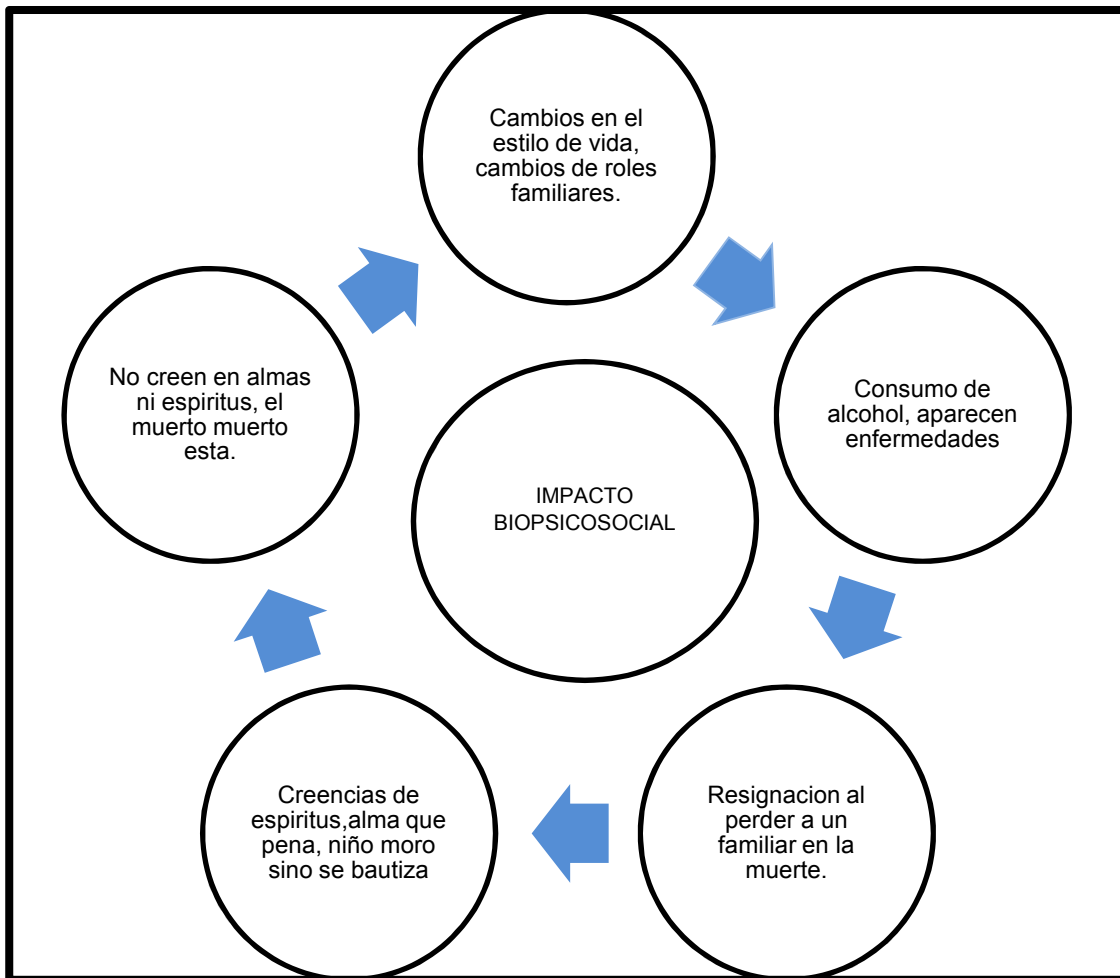


Figura 35: Esquema Giddens que resumen como los moradores del cantón padecen un impacto biopsicosocial posterior al fallecimiento del ser querido.

Fuente: Entrevistas y Grupos Focales

Elaborado por: Las investigadoras

4.5.2 SUPERACION DEL DUELO

El duelo “es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo; o, también, la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe” (Meza, García, Torres, Castillo y Suarez, 2008, p. 28).

Figura 36. Wordsalad de Superación del duelo luego de enfrentar la muerte de familiar en usuarios de Hospital Básico El Carmen



Fuente: Entrevistas y Grupos Focales
Elaborado por: Las investigadoras

El duelo es una etapa de crisis en el que una mayor parte de las personas evolucionan satisfactoriamente mientras un pequeño porcentaje presenta una alteración del duelo, y provocan un desequilibrio emocional. Esta etapa de duelo se presenta con sintomatología típica como la sensación de dolor, insomnio, llanto, dificultad para emprender sus actividades diarias, irritabilidad, entre otras. Cada persona es un mundo distinto y se adapta a este proceso lo más pronto o en ocasiones más lentamente por esto los habitantes de El Carmen nos cuentan sus historias de cómo viven esta etapa de duelo y como lo han superado.

... El doctor me ayudó a superar, yo pensaba en mi hijo en tenerlo, mi cuñada me ayudo bastante me decía Carmita piénsalo algo le iba a pasar al niño más grande ya así convino que vamos hacer tiene que seguir adelante pensar... como vas a creer que no quieres tener más hijo, y mi marido por lo menos unito dice, sentía malestar horrible a mí me dio fiebre me dio vómito, fiebre, escalofrío. Ya he superado yo pienso que tengo una estrella en adelante, que ya tengo una ayuda, ya ahora tengo mis 5 hijas (Testimonio de anciano mayor, mujer 76 años, zona urbana, viuda, ama de casa).

...Estaba ahí en la casa, cuando mi esposo falleció no quería salir a ninguna parte, pero ahí fueron unas amigas me dijeron que no que tenía que salir que la vida seguía y que tenía que salir porque si estaba no más ahí me iba a enfermar así ellas me llevaban por ahí a lado ellas mismo me llevaban. Lo que más me han ayudado son las amistades, las amigas, pidiéndole a Jehová ya le digo pidiéndole que me ayude a salir de eso. Estuve cinco años yo sola, cuando apareció mi esposo que tengo ahora y con él me casé, y así no le voy a decir una vida bien formada pero ahí como pobres ahí estamos (Testimonio de anciano joven, mujer 72 años, zona urbana, casada, ama de casa).

... Sí, mi papá. Hace tres meses, es una perdida bastante dolorosa Apenas tratándolo porque hay veces en la casa donde estoy ahora le digo, siento ese vacío, mi hijo era engreído de mi papá y cuando vamos a la casa donde vivíamos antes ellos buscan y le digo no está el abuelito, se fue. Y cuando voy a la casa yo parece que lo veo. He sentido Un poquito de depresión no mucho, mi hermana ella si lo llora, yo no lo lloro porque dicen que no llore al bebé le hace mal y trato de ser fuerte pero a veces si lloro porque es mi padre el que murió le digo, no es otra persona y siento el vacío. Ahorita todavía estoy tratando porque no creo que pueda todavía, todavía murió en la fecha de cumpleaños de él, y eso me cuesta digo porque yo en el cumpleaños de él pensaba darle una serenata pero ya no le pude dar (Testimonio de adulto joven, mujer 23 años, zona urbana, casada, ama de casa).

Posterior a la muerte de un ser querido la familia cursa por un proceso de duelo que presenta diferentes etapas, las cuales no existe un tiempo límite para cada una de ellas, pero se debe pasar por todas las etapas para superar el duelo, en ciertos casos existen personas que no pueden avanzar y se estacionan en este proceso a pesar de los años y este es el caso de algunos de los testimonios brindados por los entrevistados:

... Mi tía falleció del cáncer hace 1 año y 6 meses, no lo he superado, ahora me dicen que ella está bien que deje de llorar por ella porque ella no me quiere verme mal y eso. En cambio la muerte de mi sobrino, él también murió de cáncer de también lo mismo, él luchó con el cáncer 1 año y medio, a mí me afectó full porque primero fue la de él y después la de ella porque mi sobrino era engreidísimo mío y 3 o 10 días antes de que muera lo llevaron a la casa me abrazó me dijo te amo tía y de ahí se fue y como a los 3 días falleció el niño,

era el único sobrino que tenía hasta ese entonces hace 5 años. La de mi tía es más difícil porque era como una mamá, es como mi segunda mamá, solo oro y pido por ella que me ayude a recuperarme. Yo pienso que está en el cielo con dios que es un angelito más que me cuida (Testimonio de adolescente mujer 18 años, zona urbana, soltera, estudiante).

... Mi hijo, él tenía una enamorada ella lo engañó con otro y se ahorcó, lo trajimos acá a la clínica, le faltaban veinte días para cumplir veinte años me dolió bastante pero él quiso hacer eso, ya tiene once años fallecido, mi padre tenía tres meses de fallecido cuando él se mató. Yo aún no supero esto pero bueno siempre he ido a la iglesia, calmándome, trabajo para no recordar (Testimonio de adulto maduro, hombre 64 años, zona urbano, unión libre, comerciante).

... El de mi papá creo que no lo he superado porque... (Pensando) no se es como que lo extraño mucho y como que hace falta... no es como, es que hace falta a pesar de los once años pienso que es normal como hija y el engreimiento, el apegamiento que tenía sobre él, pero si ya llorando le digo bueno yo tengo que ya pararle a esto porque bueno ya Dios se lo llevo él sabrá porque lo hizo pero bueno todo tiene su momento su tiempo y, y digo ya párale pero a veces vuelta, a veces de vuelta ayy dios mío santo, esa pérdida de un padre es como medio imposible de superar así como pienso el de la mamá y el papá es imposible. Yo lo que hago es dejar de pensar, dejar de pensar en esa persona, dejar esas fotos porque uno mira las fotos y bueno....eso ya fui dejando un poco y dejar de ir a la casa (Testimonio de adulto joven, mujer 34 años, zona rural, divorciada, ama de casa).

Aún no lo he superado, claro o sea por lo que eso es cosa de que no se puede superar de la noche a la mañana, son heridas que quedan para toda la vida. Esa muerte me afectó la de mi hermana que hubo muerte y mi culpa es, es mi culpa porque yo me accidente yo iba manejando me quede dormido, así es el sueño es traicionero así no dice nada y ese cambio de la noche al día como que los ojos se quedan como adormitado que usted vaya con mala noche no supe en qué hora me quede dormido solo supe cuando iba dando la segunda vuelta (Testimonio de adulto maduro, hombre 58 años, zona urbana, divorciado comerciante).

El duelo es una fase de dolor posterior a una muerte significativa que en algunas circunstancias afecta en el diario vivir con el núcleo familiar, desempeño laboral y social siendo esto una causa frecuente en la consulta médica en el primer nivel de atención y como médicos debemos estar preparados para brindar un abordaje integral y oportuno y en caso de ser necesario ofrecer un tratamiento adecuado con un equipo multidisciplinario; también debemos tener presente que no todos los duelos tienen un curso satisfactorio y como profesionales de la salud debemos estar alerta para poder reconocer sintomatología propia de un duelo patológica y evitar sucesos desafortunados .

Tabla 24. Superación del duelo ante el fallecimiento de una persona en los moradores del cantón El Carmen

<p>Relatos por parte de los habitantes de El Carmen de como superan el duele por la muerte del ser querido</p> <p>... <i>“El doctor me ayudó a superar, yo pensaba en mijo en tenerlo, mi cuñada me ayudo bastante me decía Carmita piénsalo algo le iba a pasar al niño más grande ya así convino que vamos hacer tiene que seguir adelante pensar...Ya he superado yo pienso que tengo una estrella en adelante, que ya tengo una ayuda, ya ahora tengo mis 5 hijas.”</i></p> <p>... <i>“Mi hijo, él tenía una enamorada ella lo engaño con otro y se ahorcó, lo trajimos acá a la clínica, me dolió bastante pero él quiso hacer eso, ya tiene once años fallecido, mi padre tenía tres meses de fallecido cuando él se mató. Yo aún no supero esto pero bueno siempre he ido a la iglesia, calmándome, trabajo para no recordar.”</i></p> <p>... <i>“Aún no lo he superado, claro o sea por lo que eso es cosa de que no se puede superar de la noche a la mañana, son heridas que quedan para toda la vida. Esa muerte me afecto la de mi hermana que hubo muerte y mi culpa es, es mi culpa porque yo me accidente yo iba manejando me quede dormido, así es el sueño es traicionero así no dice nada y ese cambio de la noche al día como que los ojos se quedan como adormitado que usted vaya con mala noche no supe en qué hora me quede dormido solo supe cuando iba dando la segunda vuelta. ”</i></p>
--

Elaborado por: Las investigadoras.
Fuente: Entrevistas y Grupos Focales
Elaborado por: Las investigadoras

El siguiente esquema resume los testimonios sobre como los usuarios de El Hospital Básico El Carmen superan el duelo ante la muerte de una persona querida (Figura 37).

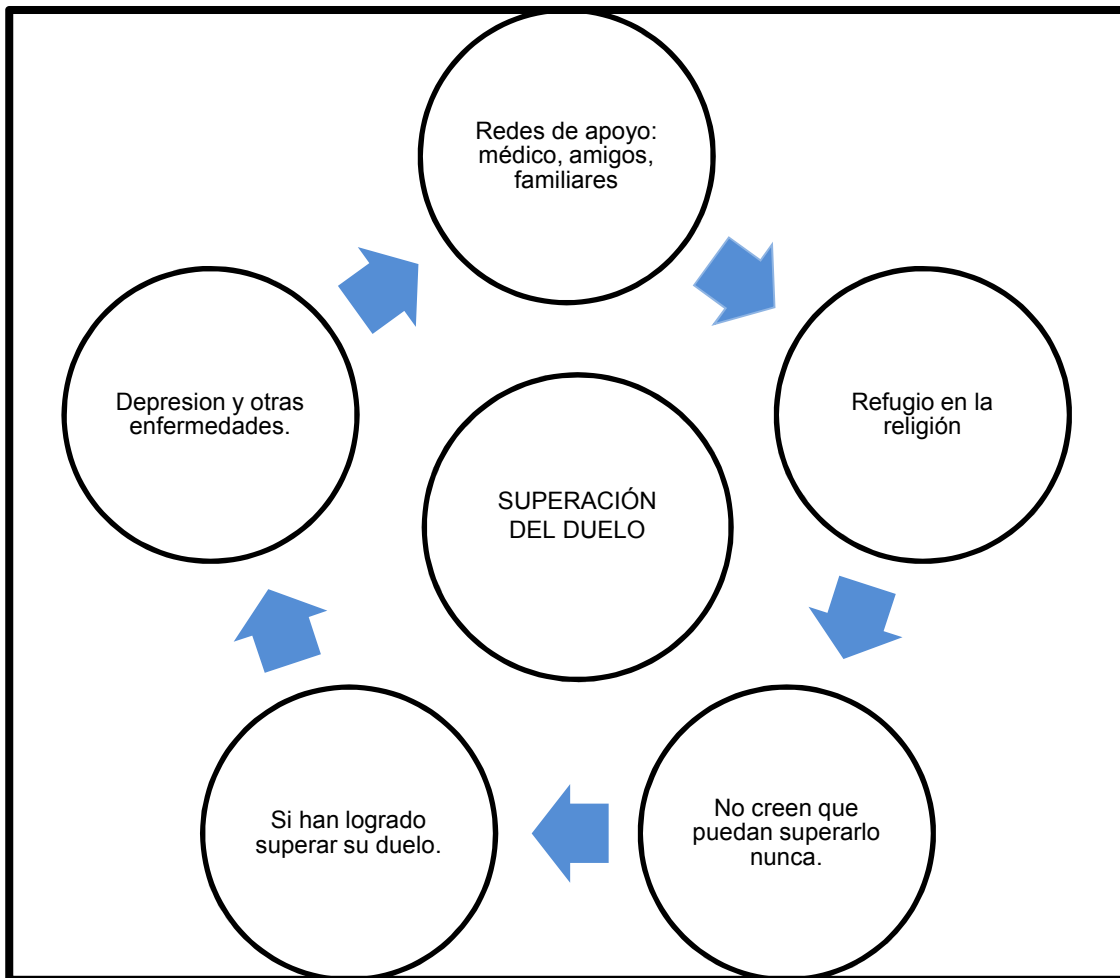


Figura 37: Esquema Giddens que resumen la superación del duelo por parte de los entrevistados pertenecientes al cantón El Carmen.
Fuente: Entrevistas y Grupos focales

4.6 CONSUMO DE SUSTANCIAS

Sustancias como el alcohol, marihuana y nicotina son consideradas adictivas con gran repercusión en la salud, por lo que hemos llamado a este capítulo consumo de sustancias y nos referiremos principalmente al abuso del alcohol y al consumo de drogas.

Los daños para la salud van desde los físicos como alteraciones en la presión arterial, problemas cardiacos, poco desarrollo cerebral en especial en la adolescencia, también provoca problemas psicosociales como alteración del comportamiento, suicidios, accidentes, altercados familiares, violencia intrafamiliar, perdida del trabajo, problemas en la escuela, financieros y legales, en fin son muchos más los daños que la literatura reporta como consecuencia del consumo de estas sustancias.

experiencias. Se mencionó que la edad de riesgo para iniciar el consumo está entre los 13 y 25 años, y coinciden con estos datos los comentarios dados por los pacientes entrevistados:

... Yo consumí pero fueron por la curiosidad de cada joven a los 22 años, coca, marihuana, primera vez coca después marihuana (Testimonio de Adulto medio, hombre de 35 años, zona urbana, unión libre, taxista).

... Las edades que más consume 12, 14, 18 años, yo los he visto. Yo me doy cuenta de todo. Aquí lo que más consumen es marihuana. Lo que más consumen marihuana La H más la consumen en Santo Domingo (Testimonio de Adulto medio, hombre de 49 años, zona urbana, unión libre, chofer).

... Conocidos, vecinos tiene aproximadamente unos 19 años, no sé qué consume porque casi no me gusta llegar a preguntarles a ellos de eso (Testimonio de Adulto joven, hombre de 21 años, zona rural, casado, agricultor).

... Tengo un primo el sí fuma pero por ahorita ya no, el empezó chance ya ahorita tiene la misma edad que tengo yo, el comenzó como a los 17 años, consume ese montecito que le dice la marihuana creo que es, una plantita, él trabajaba y reunía dinero solo para eso, era soltero (Testimonio de adulto joven, mujer de 21 años, zona urbana, unión libre, ama de casa).

Al entrevistar a los pacientes de El Hospital Básico El Carmen encontramos también edades mucho más precoces en que inician a consumir sea alcohol o drogas, el siguiente párrafo es el comentario de alguien que vivió en este mundo desde muy chico:

... Por mi lado mi historia es bien, bien oscura, yo aprendí a la edad de los 10 años empecé con marihuana empecé a tomar, a fumar cigarrillo y luego vino la marihuana vino la cocaína heroína pasta amarilla pasta café, de todo... (Testimonio de Adulto medio, hombre de 49 años, zona urbana, unión libre, chofer).

Al hablar de factores de riesgo genéticos existe una controversia aún en la literatura, no hay datos claros que exista un gen que pueda ser el causante de tener una predisposición por consumir estas sustancias, los moradores entrevistados nos hablan de que si la madre o el padre consumió pues los hijos lo hacen también:

... Me imagino que salió a la madre ella fue porque vio a la madre, porque por ejemplo yo fui criado por abuelo he sido criado casi en la calle he reconocido he visto y no me ha gustado eso ni la droga ni la vida fácil y normal usted sabe hay gente que nace y otros que se hacen, Me gustaba y me gusta por eso me arrepentí, tomo al mes una vez en cada 6 meses (Testimonio de adulto medio, hombre de 35 años, zona urbana, unión libre, taxista).

... Yo creo que salió borracho como el papá, el suegro también tomaba y le dijo un día tomate un poquito dice, ya tiene la edad para que tomes, y empezó igual que el padre (Testimonio de Anciano mayor, mujer de 76 años, zona urbana, viuda, ama de casa).

El entorno familiar es un factor clave y que predispone en especial a los jóvenes a refugiarse en el alcohol y demás drogas, nos cuentan cómo influyen de manera negativa la incomprensión de los padres, parejas, u otro familiar para que inicie a consumir este tipo de sustancias:

... He escuchado que la una consume por la depresión porque no tienen el cariño de sus padres y los botan de las casas y eso es lo que dicen que los ayudan y los alivian y los llevan a otro mundo y se olvidan de todo con la droga (Testimonio de Anciano joven, hombre de 65 años, zona urbana, unión libre, desempleado).

... Ellos por problemas, he visto caso porque lo dejan las novias empiezan a tomar, a fumar a drogarse, o por ejemplo empiezan a drogarse y las madres los botan de la casa y hay empiezan a fumar más (Testimonio de Adolescente, hombre de 14 años, zona urbana, soltero, estudiante).

... La soledad me parece a mí, la soledad, la incomprensión, porque el tenía al primo allá donde estaba lo dejaba afuera, la incomprensión mas bien y porque él se fue lejos de mí también porque incluso en esa época él se enamoró de una chica porque incluso yo lo tenía estudiando en el colegio y se me enamoro y me dijo que no quería ya estudiar y la chica tenia malos antecedentes le gustaba robar incluso mis cosas me las cogía y yo le dije que a mí no me gustaba eso que yo prefería mandarlo a otra parte pero que con esa chica no, y eso me parece también a mí que le afecto a él y empieza a emborracharse y fumar drogas (Testimonio de Anciano joven, mujer de 65 años zona urbana, casada, ama de casa).

El último factor de riesgo para iniciar a consumir sustancias adictivas al que la literatura hace referencia es el medioambiental, es decir el lugar donde se desenvuelve cada persona, en el caso de los adolescentes, su lugar de estudio y sus compañeros más cercanos son quienes le propician la droga:

... A veces los amigos, tomate ese trago que no hace daño, tomate no más y el otro que es de cabeza débil hace, un amigo tiene un hijo ese uffff si es barriga juma, toma todo los fines de semana, es un pelado de 23 año es uff tremendo el muchacho y él papá nunca ha tomado, se dejan convencer porque si dice yo no quiero no quiero (Testimonio de Adulta madura, mujer de 60 años, zona rural, unión libre, ama de casa).

... Bueno para mí ellos consume esas cosas porque se creen que son más hombre, más grande, más conocimiento, ellos quieren más fuerza, alguno dicen que quieren para tener más relaciones y algunas chicas consumen eso porque quieren ser más mujeres, hay así no entiendo, eso no entiendo, para más sabiduría, más viveza, talvez más valor y quedar bien con los amigos, pero más desconocimiento pienso yo (Testimonio de Anciano joven, hombre de 65 años, zona urbana, casado, jornalero).

... Para mí que la principal causa no son lo problemas familiares no tiene nada que ver, para mí es el encame de los amigos, porque ellos te dicen, mira asado, que eres tal cosa, que eres esto y te meten maravillas en la cabeza y eso es lo que llegan digo yo que es lo que me han contado que les gusta y quieren sentir eso nuevo y siguen con algo más fuerte (Testimonio de Adolescente hombre de 17 años, zona rural, soltero, estudiante).

... Mis hermanos consumen por vagos desocupados meses desocupaos todo vicio aprende eso es vago son todos mis primos sobrinos amigos todos los que se juntan con lobos aullar aprenden y le digo que la vagancia y el desocupado se adapta más rápido al vicio por malas juntas el vago siempre busca la calle y se junta con perros y lobos y de ahí aprenden lo malo (...) es fácil aprender y difícil dejar son mentalidades muy débiles de carácter muy débil mis sobrinos aún consumen (Testimonio de Adulto medio, hombre de 49 años, zona urbana, unión libre, chofer).

Finalmente para concluir esta sección mencionaremos que el alcohol es la sustancia mayormente consumida en esta población, y en el caso de las drogas tienen sus preferencias, los comentarios siguientes nos muestran los tipos más usados según sus experiencias y lo que han escuchado:

... Una prima pero no sé si horita está consumiendo droga polvo, cocaína, mire donde la llevo a ella a la cárcel, ya está por salir (Testimonio de adulto medio, hombre de 35 años, zona urbana, unión libre, taxista).

... Amigos del colegio, consumen marihuana me dijeron (Testimonio de adolescente mujer de 16 años, zona urbana, soltera, estudiante).

... En el colegio yo como era uno de los más altos yo me sentaba en la parte de atrás, y ya pues súper amiguero y me llevaba con todo el mundo y justo en la parte de atrás llegaba los famosos grifitos o los dañados y ahí se ponían a fumar esa o a armar como dicen todos los porritos, si me brindaban, decían maravillas de eso, pero no les creí, y una vez hasta llegue a probar que para ver, era como una intriga para ver que se sentía, pero sentí la misma cosa fue mariguana con ácido, LCD es el ácido, según eso era como más fuerte que probar THC purita pero no me atrajo para nada, de ahí no quisiste probar nada, sino que no me dieron así fumando sino que era como masticando que produce otro efecto como más fuerte (Testimonio de adolescente hombre de 17 años, zona rural, soltero, estudiante).

... Mis hermanos son menores consumen cocaína heroína llevan consumiendo hasta donde me han contado más de 15 años consumiendo. Aquí lo que más consumen es mariguana La H más la consumen en Santo Domingo (Testimonio de adulto medio, hombre de 49 años, zona urbana, unión libre, chofer).

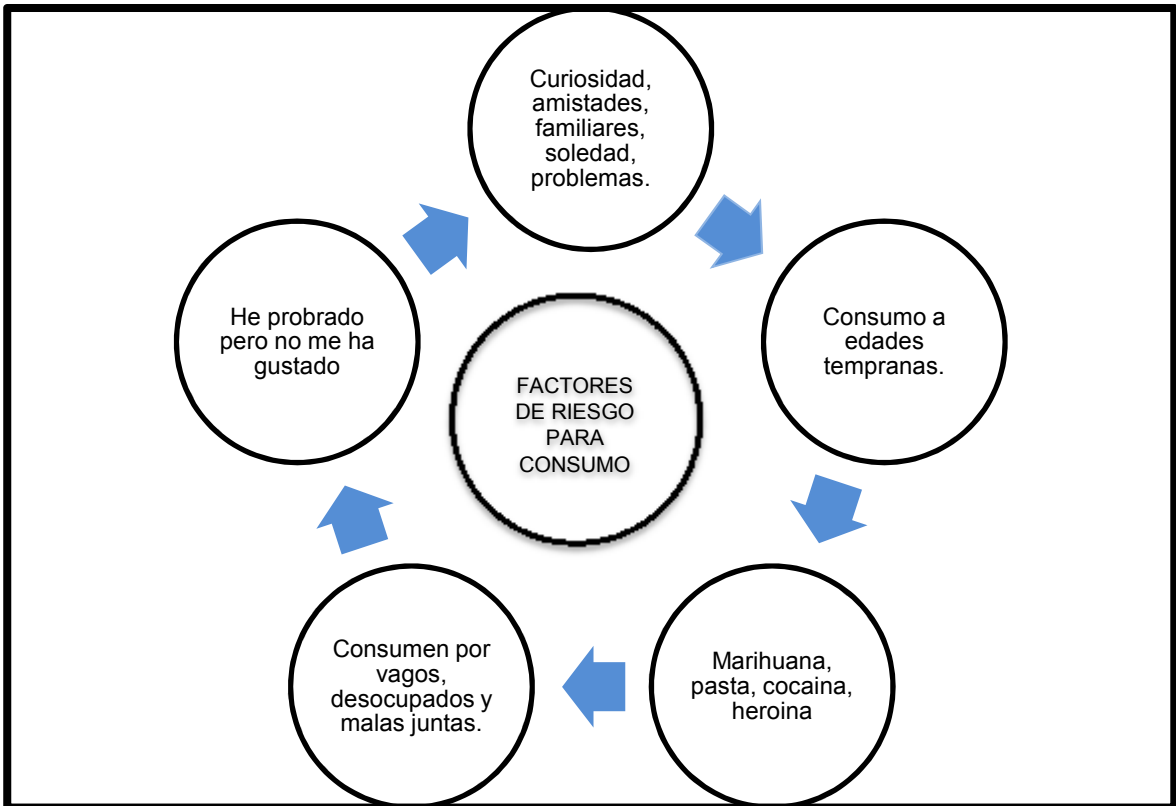
Los factores de riesgo para que en especial los adolescentes terminen refugiándose en el mundo de las drogas y abuso de alcohol en su gran mayoría podrían ser prevenibles, y además se puede hacer una intervención en toda la familia a tiempo, pero lo lograremos solo si estamos atentos a los signos que nos den estos cuando estén en la consulta, o cualquiera de los demás miembros de la familia, preguntar durante la consulta médica de un adulto mayor sobre sus nietos adolescentes, sobre su comportamiento o sobre su desarrollo académico, la dificultad al enfrentarse a la sociedad son solo algunas de las preguntas que podemos hacer incluso si el paciente en riesgo no es el que acudió a nuestra consulta. Una vez enfocamos en el hecho de dar una atención integral no solo al paciente sino a la familia como tal.

Tabla 25. Factores de riesgo para consumo de sustancias en moradores del cantón El Carmen

Entrevistados del cantón El Carmen narran los factores de riesgos para consumo de sustancias
<p>... <i>“Yo consumí pero fueron por la curiosidad de cada joven a los 22 años, coca, mariguana, primera vez coca después mariguana.”</i></p> <p>... <i>“Por mi lado mi historia es bien, bien oscura, yo aprendí a la edad de los 10 años empecé con mariguana empecé a tomar, a fumar cigarrillo y luego vino la mariguana vino la cocaína heroína, pasta amarilla, pasta café, de todo.”</i></p> <p>... <i>“Ellos por problemas, he visto caso porque lo dejan las novias empiezan a tomar, a fumar a drogarse, o por ejemplo empiezan a drogarse y las madres los botan de la casa y hay empiezan a fumar más.”</i></p> <p>... <i>“A veces los amigos, tomate ese trago que no hace daño, tomate no más y el otro que es de cabeza débil hace, un amigo tiene un hijo ese uff si es barriga juma, toma todo los fines de semana, es un pelado de 23 año es uff tremendo el muchacho y él papá nunca ha tomado, se dejan convencer porque si dice yo no quiero no quiero.”</i></p> <p>... <i>“Mis hermanos son menores consumen cocaína heroína llevan consumiendo hasta donde me han contado más de 15 años consumiendo. Aquí lo que más consumen es mariguana La H más la consumen en santo domingo.”</i></p>

Elaborado por: Las investigadoras.
Fuente: Entrevistas y Grupos Focales
Elaborado por: Las investigadoras

El siguiente esquema resume los factores de riesgo para el consumo desde el punto de vista y experiencias. (Figura 39).



Elaborado por: Las investigadoras.

Figura 39: Esquema Giddens que resumen las vivencias e ideas sobre el consumo de sustancias en los habitantes del cantón El Carmen.

Fuente: Entrevistas y Grupos focales

4.6.2 CONSECUENCIAS EN LA FAMILIA POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Las afectaciones para la salud por el abuso de alcohol y el consumo de drogas son muy diversas. Las consecuencias biológicas que pueden provocar no es objetivo de esta tesis, pero si la repercusión a nivel familiar y de la comunidad que los entrevistados pueden reconocer a nivel personal y lo visto de los conocidos.

Figura 40. Wordsalad de Consecuencias en la familia por el consumo de sustancias, Hospital Básico El Carmen



Fuente: Entrevistas y Grupos Focales
Elaborado por: Las investigadoras

Los pacientes que se entrevistó mencionan que una de las cosas que más afecta el consumo de estas sustancias es la parte económica dentro del hogar, pues ellos por supuesto destinan su presupuesto más en estos vicios que en cubrir los gastos básicos de la casa:

...En la familia, mi papá toma y la familia se disgusta, da coraje y si solo pasas ahí y ahí y solo tienes plata para eso, puede dejar a sus hijos botados, no les importa nada porque solo quiere eso, da coraje, si provoca molestias, así como inconvenientes, no inconvenientes sino que fastidia así una persona (Testimonio de adolescente, hombre de 17 años, zona rural, soltero, estudiante).

...Si nos afectaba bastante porque no nos gustaba ver que tomaba, decíamos bueno si vale que tome, pero no tome en exceso, porque en exceso le hace daño, nos costó bastante al menos a nosotras porque mis hermanas les hablaba a los hijos más salía bravísimo, eso nos hacía salir un poco mal, él trabajaba y decía es mi plata y como tenía trabajo, y como es la plata de él dejaba dinero para la comida y con el resto tomaba, pero no veía que hacía falta más cosas en casa y se gastaba esa plata en trago (Testimonio de adulto joven, mujer de 23 años, zona urbana, casada, ama de casa).

...Mi tío toma todo el fin de semana, prefiere el trago antes de preocuparse que hacen los hijos o mandarle dinero a sus hijos (Testimonio de adolescente mujer de 18 años, zona urbana, soltera, estudiante).

Al beber alcohol o consumir drogas realmente no controlamos nuestro comportamiento al cien por ciento, esto nos puede llevar a decir o hacer cosas de las cuales después nos podemos arrepentir, o lo que es peor a mantener una conducta agresiva y violenta, poner en peligro la vida propia del consumidor y de toda su familia. Las personas que entrevistamos nos cuentan experiencias difíciles que tuvieron que soportar, en especial violencia domestica:

... Mi primer esposo el fumaba eso sí pero menos droga eso si nunca utilizó droga, cigarrillo si y aguardiente cada fin de semana, tomaba y llegaba borracho a casa, él era celoso, él cuando escuchaba que una persona le ponía los cachos al marido el ya parecía que yo hacía lo mismo y llegaba de por allá bravísimo con cuchillo golpeando la escalera, pero solo era cuando estaba tomado, mientras tanto no. Eso me afectaba mucho a mi misma porque yo ya sabía que cuando él se iba a tomar ya sabía cómo venía ese hombre borracho a hacer problema (Testimonio de anciano joven, mujer de 72 años, zona urbana, casada, ama de casa).

... En su hogar a mi prima como ella vive por otro lado, ella va abajo adonde vivíamos nosotros, ella ya quería venirse a su casa y el marido quería seguir tomando y ahí se ponían bravísimos porque ella ya quería venirse a su casa a descansar y el marido sigue tomando, no sé si le pegaba, pero ella le tenía mucho miedo cuando estaba borracho (Testimonio de adulto joven, mujer de 23 años, zona urbana, casada, ama de casa).

...Bueno si tenía un vecino que era borracho si tomaba bastante, todos los días 3 botellas diarias, él se había separado de la vecina dormía x ahí andaba en las calles, a veces iba y trabajaba y a la salida del trabajo tomaba. Si le hacía problema a la vecina porque ella contaba que cuando llegaba del trabajo tomado le pegaba sin ella hacerle nada por eso cuando él llegaba y como tenían una niña pequeña ella cogía las cosas y se iba porque decía que ella no iba a esperar que él llegue para que él le pegue, ellos ya tienen 5 o 6 años separados hasta que un día amaneció muerto en una verada el año pasado pero dicen que lo mataron le dieron machetazos (Testimonio de Adolescente mujer de 16 años, zona urbana, soltera, estudiante).

...Bueno en casa de mi mamá en el caso de mi hermano, verá hay un motivo que a veces se pasan de trago son muy problemático, hacen relajo a la mujer, la maltratan, hasta en veces se desquitan con los niños (Testimonio de adulto medio, mujer de 39 años, zona rural, unión libre, ama de casa).

Otra de las consecuencias graves a las que lleva el consumo de estas sustancias es el robar por necesidad de comprar droga o alcohol, robar no solo en las calles sino hasta a la misma familia, también nos cuentan los moradores el hecho de llegar a asesinar una vez dentro de este mundo tan oscuro y difícil de salir:

... Yo estaba recién operada de mi dedo me había ido a curar a Santo Domingo, yo regrese y me apareció en el departamento de mi hija así, sofoquito oiga que me dio hasta miedo, dice suegra, suegra dice tiene que présteme 20 dólar, digo no yo tengo así sea 10 dice pero era como que necesitaba él, le digo no Jonathan le digo yo no tengo plata ahorita, dice así sea 5 pero como que necesitaba fumar eso, oiga yo de los nervios yo 5 dólar tenía y le di, pero no le diga nada a su hija, se fue y que hasta ha sido para eso que quería. De ahí otro día también ha ido donde una comadre en el centro que le emprestara 10 dólar que es que tenía que comprar no sé qué cosa para el colegio y era mentira era para fumar el (Testimonio de adulto medio, mujer de 43 años, zona rural, casada, ama de casa).

...A la familia les afecta en el sentido que cuando ellos ya sienten la ansiedad de que no tienen esa sustancia ya empiezan a robar, y empiezan a robar hasta en sus propias casas y llegan hasta el punto de querer matar solo por conseguir esas sustancias, y les afecta porque ya no es la persona la querida que siempre vieron con buenos ojos y talvez si las quieran ver con buenos ojos pero les ha de doler porque ya no es la misma persona de antes puesto que ya las drogas les han cambiado (Testimonio de adolescente mujer de 16 años, zona rural, soltera, estudiante).

... Afecta en el sentido de que piensa que le va a ir mal, que va asesinar, maten a alguien o le atropelle un carro un auto, hagan un asalto, un asesinato o una violación y uno piensa que vayan a la cárcel y verlo en la cárcel por 20 30 año le estoy contando de un primo que cayó 17 año en Santa Elena, bueno se dice que no tenía la culpa que otro disparó al policía y dicen que fue él, al final el culpable también es él porque él vendía droga a la gente y todavía no sale,

muchacho joven con 20 o 30 años (Testimonio de anciano joven, hombre de 66 años, zona urbana, casado, jornalero).

...Siempre con droga mataba a alguien. Para coger el valor y todo y no estar retrocediendo Solo era la droga, cuando ya se cumplía el trabajo nos poníamos a beber y se cumplía. Después de los 18 años a sangre fría porque ya me acostumbré. Ya las cosas hacía ya cualquier cosa (Testimonio de adulto medio, hombre de 49 años, zona urbana, unión libre, chofer).

En un acápite anterior hablamos sobre enfermedades mentales y los moradores mencionaban que una de las causas es justamente el alcohol y las drogas, al tocar este tema también lo relacionan con las enfermedades mentales, sus comentarios son:

... Nos ha afectado full, se pone como loco y empieza a decir cosas incoherentes que ni vienen al caso, a chantar a terceros, está ya loco ya no sabe ni lo que dice (Testimonio de adolescente mujer de 18 años, zona urbana, soltera, estudiante).

... Mi familiar consume drogas, y eso nos afectado mucho, y no se de pronto si el tipo de droga también te puede llevar a tener problemas psicológicos, porque por ejemplo el caso de él ya para mí ya es medio crónico porque el cuándo se pone en un estado así ya incluso se pone como a desnudarse, se pone a masturbarse frente por ejemplo si usted vive ahí es su vecina el man se masturba delante suyo, ya me parece que eso está fuera de orden. No sé qué consume pero para mí él ha estado consumiendo todo el tiempo desde los 18 pero los últimos 3 años ya se ha puesto que sin eso se desespera no vive, y tiene que estar a cada rato ya ha comenzado a cogerse las cosas, de la mamá y ya no se puede estar así (Testimonio de adulto joven, hombre de 33 años, zona urbana, unión libre, músico).

El consumo de alcohol y drogas notamos que puede provocar graves consecuencias, incluso llevara a la muerte prematura no solo del consumidor sino de quienes lo rodean, por lo tanto es imprescindible prevenir el consumo de estas sustancias, trabajar con adolescentes que no lleguen a caer en estos vicios es una tarea que nos queda al personal de salud. Nuestro cantón realmente está afectado pero esta problemática, acceder a estas sustancias es cada vez más fácil según los comentarios dados por los adolescentes principalmente. Por todo esto es

imprescindible conversar con nuestros pacientes sobre las alternativas que existen para ayudar a sus familiares con estos problemas, sobre esto hablaremos en la siguiente sección.

Tabla 26. Consecuencias en la familia por el consumo de sustancias en los habitantes de El Carmen.

Usuarios entrevistados de El Carmen comentan sus experiencias y puntos de vista sobre las consecuencias surgidas por el consumo de sustancias.
<p>... <i>“En la familia, mi papá toma y la familia se disgusta, da coraje y si solo pasas ahí y ahí y solo tienes plata para eso, puede dejar a sus hijos botados, no les importa nada porque solo quiere eso...”</i></p> <p>... <i>“Bueno en casa de mi mamá en el caso de mi hermano, verá hay un motivo que a veces se pasan de trago son muy problemático, hacen relajo a la mujer, la maltratan, hasta en veces se desquitan con los niños.”</i></p> <p>... <i>“Siempre con droga mataba a alguien. Para coger el valor y todo y no estar retrocediendo Solo era la droga, cuando ya se cumplía el trabajo nos poníamos a beber y se cumplía. Después de los 18 años a sangre fría porque ya me acostumbré.”</i></p> <p>... <i>“Nos ha afectado full, se pone como loco y empieza a decir cosas incoherentes que ni vienen al caso, a chantar a terceros, está ya loco ya no sabe ni lo que dice.”</i></p>

Elaborado por: Las investigadoras.
Fuente: Entrevistas y Grupos Focales
Elaborado por: Las investigadoras

El siguiente esquema resume las consecuencias que se presentan posterior al consumo de sustancias. (Figura 41).

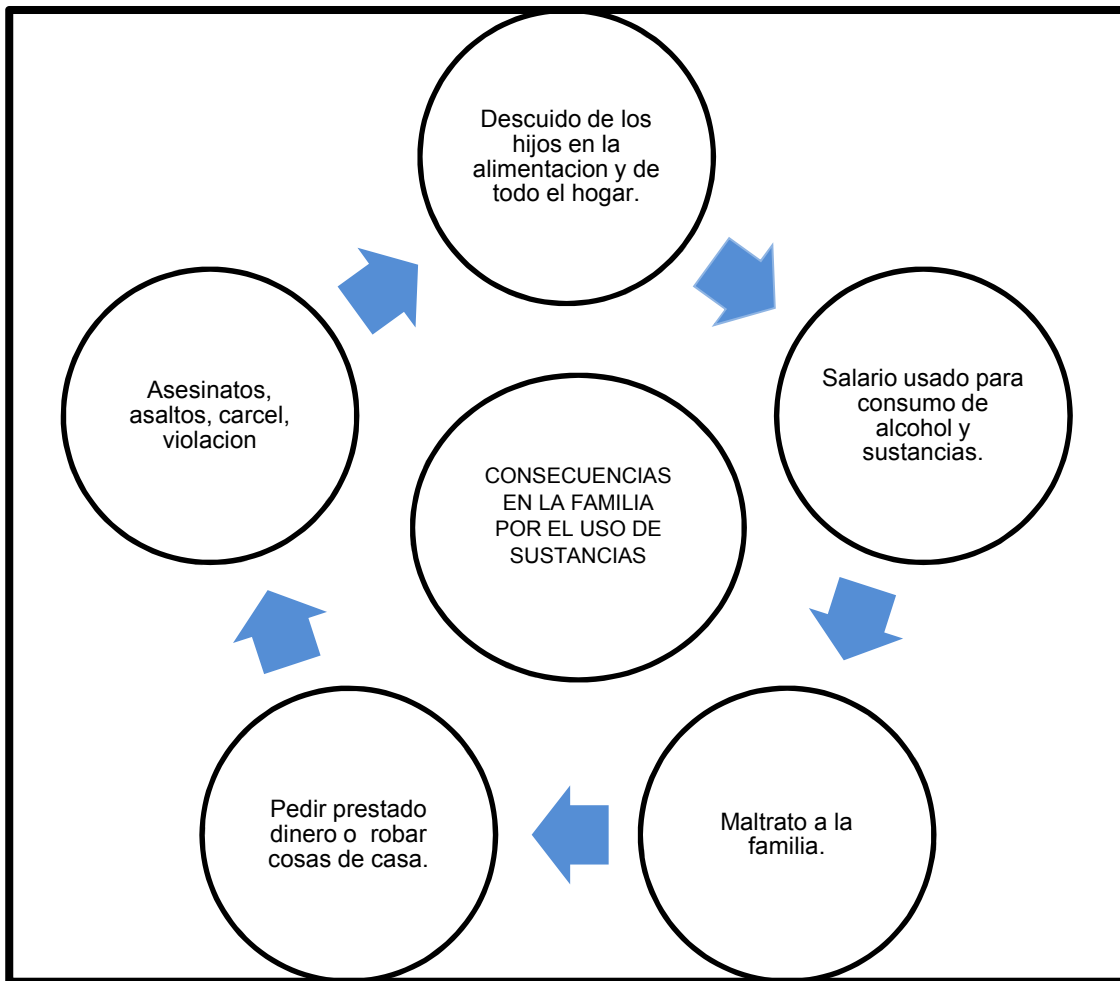


Figura 41: Esquema Giddens que resumen las consecuencias que originan a raíz del uso de sustancias en el cantón El Carmen.

Fuente: Entrevistas y Grupos focales

Elaborado por: Las investigadoras

4.6.3 PROCEDER ANTE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

El problema de consumo de sustancias se ha convertido en un mal moderno, que se considera crónico y grave, y cuando dentro de la familia uno de los miembros está afectado por esto es importante que existan cambios en su estilo de vida para adherirse al tratamiento. Lograr la abstinencia a largo plazo es uno de los objetivos del mismo, pero este proceso puede incluso pasar por recaídas. La literatura nos habla de los dos pilares fundamentales para tratar la adicción: las intervenciones psicosociales y el tratamiento medicamentoso, que juntos logran aumentar los días de abstinencia.

Figura 42. Wordsalad de Proceder ante el consumo de sustancias, Hospital Básico El Carmen



Fuente: Entrevistas y Grupos Focales
Elaborado por: Las investigadoras

El primer proceder para lograr un cambio es el reconocer y buscar ayuda profesional, en muchos casos esperan que algún evento drástico en su vida motive este cambio, otros simplemente porque entendieron que les está ocasionando daño personalmente y también a la familia. Los moradores entrevistados mencionan que el cambio empieza por la persona que consume, es decir que deben reconocer que están enfermas para poder iniciar un cambio, ellos nos cuentan:

... He visto personas que si cambian pero son personas que de verdad quieren un cambio, el chico dice que si quiere cambiar pero no depende de mí dice, no sé qué será que no tiene fuerza de voluntad, de pronto las amistades, yo pienso que el cambio debe empezar por uno mismo pero si a mí me obligan ahí si no funciona (Testimonio de adulto joven, hombre de 33 años, zona urbana, unión libre, músico).

... Hay personas que van a 15 o 20 clínicas y siguen lo mismo ya no quieren cambiar, por eso ellos son los primeros que deben querer cambiar (Testimonio adulto medio, hombre de 35 años, zona urbana, unión libre, taxista).

... Yo creo que si está a tiempo, si busca ayuda, reconoce porque lo primero es aceptar que tiene un problema no, porque si el no acepta no se le puede

ayudar no que reconozca que tiene un problema si y buscar ayuda (Testimonio de anciano mayor, mujer de 76 años, zona urbana, viuda, ama de casa).

Cuando un miembro de la familia abusa del alcohol y consume drogas, generalmente los demás miembros intentan ayudarlo a salir de ese mundo, los pacientes entrevistados nos cuentan que su primer actuar sería el intentar persuadir a los consumidores para que dejen de hacerlo:

... Doctorita, lo único q nosotros hemos hecho con la familia es aconsejarle, suplicarle que no hagan eso que cambien de vida que dejen eso, que eso no es bueno, pero parece que no hay ningún resultado que diga no y he cambiado, yo cambie, yo he dejado, hasta aquí ninguno, siguen con la misma mal (Testimonio de Anciano joven, hombre de 66 años, zona urbana, casado, jornalero).

... Mi papá le da como consejos que no tome que vea él, el trago no es bueno es malo y ya uno le da consejo que se puede hacer (Testimonio de adulta madura, mujer de 54 años, zona urbana, viuda, ama de casa).

... Si un familiar inicia a consumir drogas trataría de aconsejarlo para que ya no lo haga, le diría que eso está mal, si tuviera en la familia que piense en la familia, si tiene hijos que talvez los hijos lo han de ver y han de seguir el mismo ejemplo (Testimonio de adolescente mujer de 16 años, zona urbana, soltera, estudiante).

Es importante plasmar en este trabajo que existen también en esta cultura ciertas prácticas diferentes que realizan, que mencionamos a continuación:

... Bueno remedio para eso si hay, hay remedio el de casa (risas), vea yo he visto el que hacen en casa que le hacen con ratón en el puro ratón recién nacidito, dicen que les da una enfermedad con vómito y diarrea, plantan con eso y hay dejan de tomar trago (Testimonio de adulto medio, mujer de 39 años, zona rural, unión libre, ama de casa).

... Mi mamá ponía la escoba detrás con un sombrero detrás de la puerta porque dice que con eso ya deja de tomar y bueno mi mami si le hizo un buen tiempo tomaba pero cuando le ponía y ya dejaba de tomar y se iba a dormir,

eso le funcionaba a mi papá y para los otros también ya se iban a dormir, y si funcionaba ese rato, me desespera verlos borrachitos y ya que estén descansando decía (Testimonio de adulto joven, mujer de 23 años, zona urbana, casada, ama de casa).

... Me vine a esos naturistas yo le comuniqué y me dijo cómpreme las pastilla esa quita vicio o el jarabe y me dice el jarabe y le dije ya deme y él toma y cuando se termine me avisa y el mismo compra me dijo el naturista dele en la comida, sino quiere tomar voluntariamente dele en la comida póngale en un vaso de jugo, lo que más le apetezca a él y en las ensaladas. Y si el uno de enero no toma, hasta hora no toma ya lleva 6 meses, y el jarabe ya se lo terminó y el compra acá donde los naturista ahora dicen que le han dado unas pastillitas unas vitaminas y hasta se está haciendo gordo mire ya paso la navidad y paso el año nuevo y no ha tomado nada, está trabajando normal (Testimonio de anciano mayor, mujer de 76 años, zona urbana, viuda, ama de casa).

Buscar ayuda profesional para personas afectadas por este trastorno es imprescindible para su recuperación, los habitantes del Carmen sí reconocen unos cuantos que buscarían directamente a un psicólogo nos mencionan:

...Yo creo que el sí, si también aceptar él, que no está curado y que los familiares busquen apoyo profesionalmente para que lo puedan ayudar (Testimonio de adulto medio, mujer de 43 años, zona rural, casada, ama de casa).

... Ya una persona que ya se acostumbra a eso por gusto es hablar con él, en ninguna de las cosas, ya una vez que prueba esas cosas es por gusto ya es difícil que deje ya se acostumbra a esas cosas, lo único que hay que llevarlo a un psicólogo que le den terapia ahí, porque eso es lo que ellos requieren terapia, o esas programas he visto que hasta mujeres toman ahí y ahí se muestra que esas mujeres se arrepienten de estar toma y toma ahí, eso hasta le hace daño el tomar mucho, esas personas van al psicólogo y dejan de tomar. Yo por eso recomendaría que vayan al psicólogo para que les ayude (Testimonio de adulto joven, mujer de 21 años, zona urbana, unión libre, ama de casa).

Las clínicas de rehabilitación son también lo que más conocen nuestros usuarios para mejorar este trastorno, sin embargo nos cuentan los usuarios que no encuentran que los pacientes ingresados hayan mejorado al ingresar a estas, nos cuentan sus experiencias:

... Si por ahí la gente ha ido a centro de rehabilitación, se tira 2 meses, 4 meses llegan los manes como que si no mataran una mosca ya después se desbaratan vuelve a lo mismo gastan la plata (Testimonio de adulto joven, hombre de 29 años, zona rural, unión libre, agricultor).

... En algunos casos los centros de rehabilitación si ayuda a bastantes personas aunque el costo es demasiado elevado, en otros casos en la minoría así sea que ingrese dos o tres veces no más por gusto es dependiendo de la persona de su fuerza de voluntad (Testimonio de adolescente hombre de 17 años, zona rural, soltero, estudiante).

Al consultar sobre las causas del porque no son de gran ayuda los centros de rehabilitación, nos narran lo vivido y mencionan que dentro de estos centros especializados aparentemente existe corrupción, es decir que dentro del local se consigue droga; además que hay preferencias en la alimentación por ejemplo, todo esto hace que las personas generalmente no confíen en estos lugares:

... Si la recomendaría pero la clínica tiene su situación si usted tiene su hijo engreído o su hija y usted a la clínica le manda su paquete de comida y toda la cuestión nunca va a cambiar, entonces las clínicas funcionan con sufrimiento, Bueno yo cargaba, temía plata era un man que tenía su dinero y fumaba con mi plata, plata, plata y pagaba a unos manes para que me armaran esas cuestiones pero la juventud que no tiene a usted la deja sin nada, le roba lo que puede, si ve los teléfonos se los llevan, si ve memorias se lo llevan o sea para irlo a cambiar con que, con dos paquetes de polvo, la licuadora, la cuchara todo se le lleva (Testimonio de adulto maduro, hombre de 58 años, zona urbana, divorciado, comerciante).

... Los centros de rehabilitación depende de donde este porque hay centros de rehabilitación que a veces ahí mismo le dan droga hay maltrato y eso no le ayuda a que una persona haga un cambio. Depende de uno, de quien le esté tratando y de uno (Testimonio de adulto medio, hombre de 49 años, zona urbana, unión libre, chofer).

Por supuesto los moradores también creen que si existe solución al ingresarlos a estos centros de rehabilitación, siempre y cuando no estén en contacto con estas sustancias y que por supuesto deseen realmente curarse, pero también es importante señalar un comentario diferente que nos realizó un usuario, que dejó de consumir sin buscar ayuda profesional:

... Consumí hasta los 18 años hasta ahí llegue consumí de ahí ya para allá me dedique al narcotráfico, solamente a traficar vender. Una mañana me levante con un chuchaqui una resaca que ya me moría ya en eso me voy a rasurarme al espejo y me quedo viendo la cara me quería parecer cara de mostro entre yo mismo me hice la pregunta que estás haciendo con tu vida, destruyéndola el espejo fue mi retrato ese fue mi retrato y mi consejo más grande me estaba viendo yo mismo y dije hasta aquí llegaste fue la última vez (Testimonio de adulto medio, hombre de 49 años, zona urbana, unión libre, chofer).

Por ultimo mencionaremos que en las entrevistas tenemos testimonios de personas que están seguras que un paciente que ingresa al consumo de sustancias jamás va a salir de aquí, es decir que no hará cambios ya una vez que empiece a consumir:

... Si le da consejo a la gente por gusto, si uno lo mete en una clínica ante sale peor, no hay solución para esto (Testimonio de adulto joven, hombre de 29 años, zona rural, unión libre, agricultor).

El consumo de sustancias es una enfermedad que afecta a todo tipo de población, independientemente de su condición económica, la adolescencia es la edad mayormente afectada, por ello es importante estar atentos a los factores de riesgo que pueden existir para que un adolescente inicie su consumo. Además es importante darles a conocer las complicaciones que existen al consumir estas sustancias, y por supuesto darles también herramientas para que puedan salir de esta enfermedad.

La comunidad de El Carmen es una de las comunidades con mayor consumo de sustancias, por tanto el trabajo por hacer con la comunidad es grande para disminuir estadísticas. Como médicos de familia este tema es imprescindible manejarlo para ayudar a la población en la prevención de esta enfermedad que afecta cada vez más a más adolescentes y adultos. Una intervención a tiempo pone la diferencia en la vida de nuestros pacientes.

Tabla 27. Proceder ante el uso de sustancias desde sus propias experiencias y las observadas en los moradores de El Carmen

Los habitantes del cantón El Carmen detallan el proceder ante el consumo de sustancias
<p>... <i>“Hay personas que van a 15 o 20 clínicas y siguen lo mismo ya no quieren cambiar, por eso ellos son los primeros que deben querer cambiar.”</i></p> <p>... <i>“Mi papá le da como consejos que no tome que vea él, el trago no es bueno es malo y ya uno le da consejo que se puede hacer.”</i></p> <p>... <i>“Bueno remedio para eso si hay, hay remedio el de casa (risas), vea yo he visto el que hacen en casa que le hacen con ratón en el puro ratón recién nacido, dicen que les da una enfermedad con vómito y diarrea, plantan con eso y hay dejan de tomar trago. ”</i></p> <p>... <i>“En algunos casos los centros de rehabilitación si ayuda a bastantes personas aunque el costo es demasiado elevado, en otros casos en la minoría así sea que ingrese dos o tres veces no más por gusto es dependiendo de la persona de su fuerza de voluntad .”</i></p>

Fuente: Entrevistas y Grupos Focales
Elaborado por: Las investigadoras

El siguiente esquema resume como es el proceder de los pobladores de El Carmen ante el consumo de sustancias. (Figura 43).

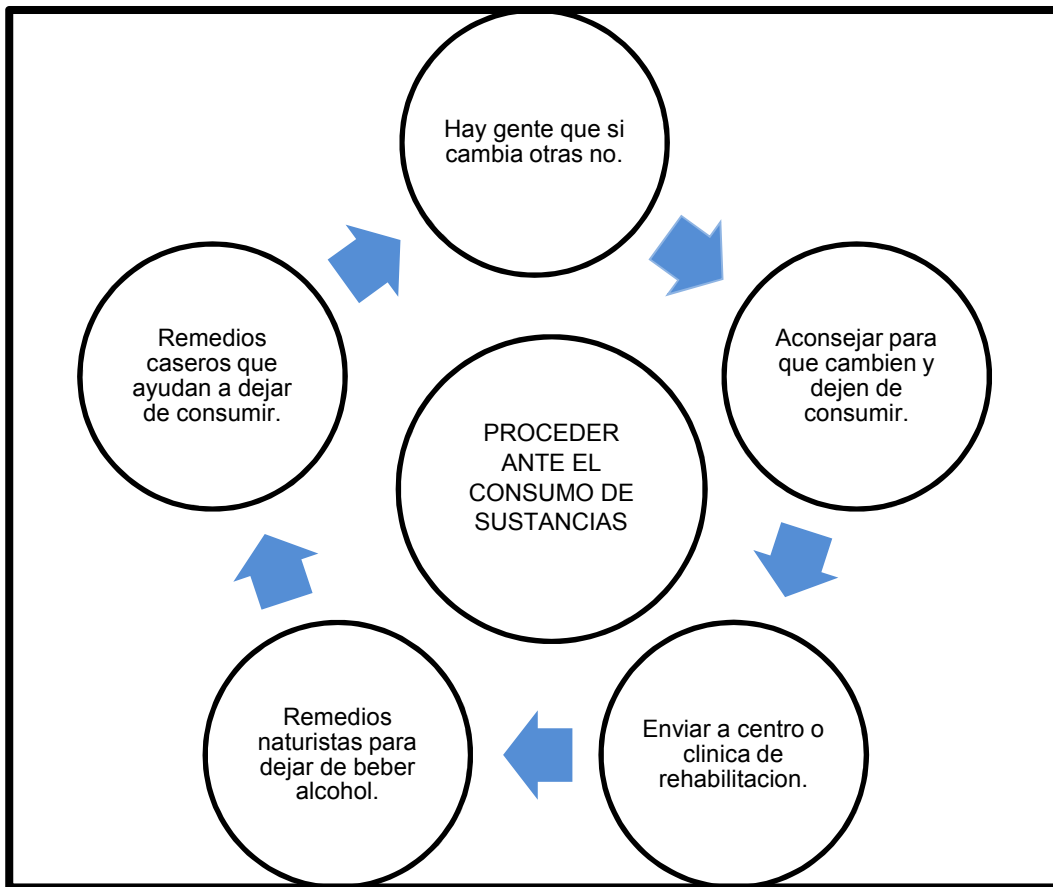


Figura 43: Esquema Giddens que resumen el proceder de los entrevistados del cantón El Carmen ante el consumo de sustancias.

Fuente: Entrevistas y Grupos focales

Elaborado por: Las investigadoras

4.7 VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

El vocablo violencia proviene del latín vis cuyo significado es fuerza, de las cuales existen varias formas de expresarla ya sea física o emocional y muy a menudo se palpa en el hogar sin dejar atrás otros lugares como escuela, colegio, trabajo e incluso en la vía pública. Estos casos de violencia se suscitan en personas con un nexo afectivo en el cual uno tiene más autoridad sobre el otro ya sea entre cónyuges, padres e hijos o entre hermanos provocando un daño físico o psicológico de manera crónica, persistente y periódica (Montero, 2011, p.p. 4-5).

La definición de violencia intrafamiliar brindada por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) es la siguiente:

Es un acto de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier integrante de la familia, dentro o fuera del domicilio familiar, por quien tenga o haya tenido algún parentesco por afinidad, civil, matrimonio, concubinato o a partir de una relación de

hecho y que tenga por efecto causar un daño (Comisión Nacional de los Derechos Humanos 2016, p. 2).

La violencia intrafamiliar es un tema que afecta frecuentemente a nuestra sociedad, siendo el más común el maltrato en casa que conlleva consigo graves afectaciones físicas y psicológicas no solo para la persona violentada sino para su familia, por consiguiente consideramos apropiado integrar en nuestro trabajo de investigación esta problemática social que repercute de manera negativa en nuestra sociedad. Este capítulo se divide de la siguiente manera:

La primera parte se trata de los conocimientos que tienen los habitantes del cantón El Carmen sobre maltrato intrafamiliar desde sus propias experiencias y las evidenciadas a terceros, tipos de maltrato que existe y por último como esta altera su entorno familiar. De esta manera conoceremos que tan frecuente es el maltrato intrafamiliar en los pobladores de El Carmen y como dominan o comprenden sobre este tema.

La segunda parte se hablará sobre las barreras que existen ante el maltrato que impiden a las personas violentadas tomar la decisión adecuada, oportuna para su respectiva denuncia y posterior separación definitiva. Al abordar este contenido nos permite saber la conducta y puntos de vista de las personas que han sido víctimas de violencia y las personas no violentadas y que tan frecuente es ver a las personas denunciar este hecho, si ha requerido de asistencia médica y en caso de haberlo necesitado si han asistido al Hospital o han preferido quedarse en casa.

4.7.1 CONOCIMIENTO SOBRE MALTRATO INTRAFAMILIAR

Existen varios tipos de maltrato como el físico, psicológico, sexual, patrimonial, económicos y reproductivos. Las causas para que esta se efectuó es multifactorial entre las que tenemos: desigualdades de género, consumo de sustancias, patologías psiquiátricas, conyugales, antecedentes de violencia en casa entre padres, conflictos familiares.

Figura 44. Wordsalad de Conocimiento de los habitantes de El Carmen sobre el maltrato intrafamiliar y cómo influye en la dinámica familiar



Fuente: Entrevistas y Grupos Focales
Elaborado por: Las investigadoras

Es importante conocer los tipos de maltratos que existen para evitarlos, no crear un círculo vicioso y romper con este patrón de violencia.

Ante este tema los usuarios del Hospital básico el Carmen acotan sus conocimientos sobre violencia y los tipos de maltrato que existen sin excepción de género ni edad, en algunos casos para los moradores existe solo el maltrato físico, mientras para otros existen más, también hacen referencia a nuevos conceptos de maltrato entre niños este es el caso del bullying:

...Sí, es cuando el hombre le pega a la mujer o avece la mujer le pega al hombre o cuando le pegan a los niños, horita que han sacado el maltrato psicológico, que le dicen una palabra al niño entre niño y la es bullying y lo maltrata psicológicamente (Testimonio de adulto joven mujer 25 años, zona rural, casada, ama de casa).

... A veces le pega a la mujer, a los hijos, golpe entre hermanos, abuelo tantas cosas y a veces la gente se cae a puñete, sino es puñete es a machetazo con tal se pegan algo saca la gente (Testimonio de adulto joven hombre 29 años, zona rural, unión libre, agricultor).

... Yo pienso que no solamente con los golpes es el maltrato a veces la humillación, las palabras duelen muchísimo, que se yo una actitud peor que dicen la palabra o la boca es peor que un golpe o sea eso puede dañar y herir y eso puede dañar y afectar mucho en lo psicológico (Testimonio de adulto joven hombre 33 años, zona urbana, unión libre, músico).

...Conozco el infantil como quiera, maltrato a la mujer y de ahí solo esos dos, los insultos bueno dependiendo de qué grado sea, no sé... si son demasiado fuertes ya son maltrato, pero en son de broma son normal, si ya es en serio ya es maltrato verbal (Testimonio de adolescente hombre 17 años, zona rural, soltero, estudiante).

El amor hacia los demás, tanto el amor de pareja, como el de los padres hacia sus hijos y viceversa se basan en el respeto, amor y confianza, sin llegar a pensar que esto se puede fragmentar e iniciar una vida basada en la violencia intrafamiliar. Ante esto los usuarios de El Hospital Básico El Carmen nos indicaron haber visto un episodio de maltrato e incluso haberlo experimentado entre los más comunes el físico, y psicológico ya sea por parte de su cónyuge, o padres y un caso de abuso sexual:

... Me maltrató, me golpeó fuerte me dejó la espalda fea, fea, porque supuestamente le habían dicho que yo el año pasado yo andaba borracha en un taxi, cosa que no era así, yo estaba en la casa de mi compañera haciéndole un regalo a mi hermana porque era el cumpleaños (...)yo llegué del colegio y me pegó con un bollero lo había mojado y me tenía dándome golpe como usted no se imagina dándome cachetada y me golpeaba y me golpeaba, no podía caminar ni pararme y la señora dijo que me había ido con ella a comprar (Testimonio de adolescente mujer, 18 años, zona urbana, soltera, estudiante).

... Él me cogió a la fuerza de ahí salí embarazada, considero una violación porque fue a la fuerza. En el momento del abuso si me dio mucho enojo porque no quería, yo no quería porque estábamos por un proceso de separación y él no quería, entonces yo ya quería alejarme de él y él como que me cogía y decía a esta me la cojo así y ya, o sea como que estaba seguro que iba a salir embarazada porque no me estaba cuidando (Testimonio de adulto joven, mujer, 34 años, zona rural, divorciada, ama de casa)

... Mi padrastro le pegaba a mi mamá y no sabía qué hacer y bueno no podía hacer nada pero me lo sigo repitiendo y todas las cosas y siempre le digo

diciendo a mis amigos pana yo te veo algún día golpear a una mujer no me importante cuantos años tengamos, siempre se lo he dicho (Testimonio de adolescente, hombre 17 años, zona urbana, soltero, estudiante de grupo focal).

...Yo viví eso por parte de mi abuelo y por parte de dos tías, me humillaban me maltrataban, me ignoraban, y nunca supe lo que era sentarse a una mesa a comer con ellos, siempre me tiraban la comida al piso y eso creo que también fue mucho que influyo mucho mi vida a la vida que cogí (Testimonio de adulto medio, hombre 49 años, zona urbana, unión libre, chofer).

Una vez ya establecida la violencia intrafamiliar, no es extraño ver que el grupo más vulnerable es la mujer o los hijos, y estos hechos suelen estar asociados con el consumo de alcohol, responsabilizando y justificando de esta manera este acto nefasto, sin considerar que la ingesta o el abuso de bebidas alcohólicas puede ser un factor desencadenante de la agresión. Nuestros entrevistados relatan sus experiencias:

... Verá yo en el caso de mi hermana el esposo no le ha pegado a ella, sino que los hijos si al papá porque se han criado al puñete y a la borrachera el papá mismo le da malos ejemplos a los hijos porque debe hacerse respetar como hombre, padre, ahora no se lleva con el hijo porque no se pueden conversar con los hijos con la familia. (Testimonio de adulto medio, mujer 39 años, zona rural, unión libre, ama de casa).

... Mi papá si tomaba cada semana, mi papá ayyyyy con esas pistolas mi papá quería matar a mi mamá, mi papá sí le pegaba, llegaba borrachito en la casa y comenzaba con machete, hacha... ayy créalo para nosotros era un calvario, mi papá si tomaba semana tras semana (Testimonio de adulta madura, mujer 52 años, zona urbana, unión libre, ama de casa).

...Los problemas más era borracho, bueno y sano se le olvidaba lo que hacía o me decía así enojón que si era pero nunca nunca me pego, borracho nunca me dijo porque me pegaba nunca por esto, por esto, me pegaba en el cuerpo, los golpes no eran muy a menudo pero si cuando a veces tomaba sí, no sé qué le pasaba pero algo le pasaba, yo aguante doce años (Testimonio de adulto joven, mujer 34 años, zona rural, divorciada, ama de casa).

Ante una vida de constante de maltrato intrafamiliar la persona violentada tiene dos opciones, entre la primera tenemos: seguir bajo este patrón de agresividad y la segunda que es cortar esta cadena para dejar atrás esta lamentable etapa de su vida; durante nuestras entrevistas existieron personas que decidieron optar por el primer camino y de esta manera cortaron con este círculo vicioso de violencia e incluso comentan que ellas se tornaron agresivas como medio de defensa y nos detallan a continuación como lo lograron:

...Le cuento que a mí una vez mi marido me alcanzó una cachetada y yo cogí un cuchillo y quería matarlo y a partir de eso yo nunca me deje y él más bien me dice que yo soy la que me porto mal con él y sinceramente yo soy mala con él, porque yo lo trato mal en el sentido que yo lo insulto, cuando me trae algo que no me gusta le tiro por las patas como dicen vulgarmente y también, pero él nunca, yo lo tengo amenazado que el día que él me pegue yo se las corto (se ríe) (Testimonio de adulta madura, mujer 54 años, zona urbana, viuda, ama de casa).

... Cuando mi hermano le pegó en la vista le hincho la vista, que le dijo a mi cuñada no sé pero cogió valor no sé del dolor sería porque era mi compadre y le dio un garrote en la cabeza y de ahí no le pegó más, cogió valor y cogió un garrote de leña que antes se usaba leña y le dio un garrotazo yo le dije más duro dele (se ríe) es que por gusto la castigaba, por gusto nada más le pegaba (Testimonio de adulta madura, mujer 60 años, zona rural, unión libre, ama de casa).

... Conmigo el 24 diciembre por una mínima pelea no era ni discusión era por una funda de caramelo (...) me comenzó a putear, a tratarme mal verbalmente y a decir cosas incoherente y trato mal a mi mamá y obviamente me defendí, defendí a mi mamá pero nunca le he faltado el respeto a él y él como le dije una cosa que no le gustó me agarró del cuello me tenía tan fuerte el cuello con un desarmador como que me quería matar y con la pierna derecha lo agarré y lo empuje al otro lado y de ahí él se fue y me fui yo también de mi casa y regrese de nuevo como el 8, yo estaba en la casa de mi abuela, y ahora que he regresado no me dice nada ni se ha portado tampoco tan mal (Testimonio de adolescente, mujer 18 años, zona urbana, soltera, estudiante).

... Hasta que llegó un tiempo en que colapsa, en que ya tú te cansas y dices ya bien te matas o bien me matas una de las dos cosas y eso paso conmigo y dije hasta hoy lo último, yo ya no le iba a aguantar y bueno llegó un día miércoles

me acuerdo que llego a quererme golpear, a maltratar y me levante y bueno le dije si me vas a pegar y estuvo así ya para darme, le dije dame y si me vas a matar eso si mátame no me dejes viva porque en la otra vez te mato le dije yo así y otras cosas que no sé cómo me habré puesto para que él se quede así sin pegar esto fue en la segunda vez porque si hubiera sido en la primera tal vez ni hubiera pasado nada (Testimonio de adulto joven, mujer 34 años, zona rural, divorciada, ama de casa).

Al mismo tiempo existen mujeres que ante el hecho de violencia intrafamiliar no han podido cortar con este ambiente agresivo y han permitido que esto avance y reconocen que en la actualidad no han sido maltratadas porque su pareja ha cambiado su conducta agresiva o por intervención de terceras personas:

... Mi hermano el que se mató si le insultaba a la mujer cuando llegaba borracho le pegaba y solo una vez a mi papá le daba coraje que hasta un día él le quiso pegar después se arrepintió y desde ahí cambio, se controlaba, llegaba y se quedaba tranquilo (Testimonio de adulto maduro, hombre 64 años, zona urbana, unión libre, comerciante)

...La familia, la mamá, el papá que le hablaba porque el papá se llevaba muy bien conmigo, se llevaba porque él ya falleció, él estaba ahí siempre con él hablábamos mucho porque él era el que me defendía y el padre de mis hijos cambio ya no me maltrataba fueron los primeros (Testimonio de adulto medio, mujer 43 años, zona rural, casada, ama de casa).

También podemos mencionar que durante las entrevistas realizadas a mujeres tanto solteras como casadas y de diversas edades se encontró los mismos puntos de vista con respecto a la violencia intrafamiliar entre estos tenemos que en sus familias nunca existió ningún tipo de maltrato ni en sus hogares actuales y en caso de que existiera, refieren no permitirlo y optarían por denunciar y separarse de manera definitiva acogiéndose a este refrán “que quien te pega una vez te lo hará siempre”

Con respecto al maltrato intrafamiliar el agresor en la mayoría de los casos es el hombre por consiguiente se habla este tema con los entrevistados, en el cual una parte de ellos admiten haber agredido física y psicológicamente a su pareja e hijos, mientras que la otra parte refieren no haber cometido ningún tipo de maltrato y nos dan sus puntos de vista referente a este tema:

... Una vez cometí el error y dije nunca más porque los niños de 3 o 4 años se dan cuenta, una vez le pegue a mi esposa algo leve, yo le dije a ella que cometí un error que me disculpe que nunca más en la vida y que si es preferible me voy de la casa, ella reaccionó mal porque a toda mujer le va a doler (Testimonio de adulto medio, hombre 35 años, zona urbana, unión libre, taxista).

... Yo si les pegaba fuerte y la mujer clama con justa razón yo les decía anda chucha anda para ya y no jodas chucha que tu solo... y ya coge mis cosas que me largo y ya pues así yo me iba cogía mis cosas y me iba, pero son errores, errores en ambas personas, en la mujer que se deja y en el hombre que se va encima. A mí me hubiera parado mi mujer yo me hubiera quedado con ella y que me diga ven acá tu no me vas a pegar, tu no me vas a venir a maltratar, tampoco te me vas a ir con cualquiera, aquí repartimos esto los dos, sino que la mujer se deja pues, ese man es malo y me pega, ese man carga una pistola allí y me pega un tiro... la mujer puede poner parar y parar con respeto también. A mis hijos eso si le he dicho, si le he dicho y se hecho bien mandarina (se ríe) (Testimonio de adulto maduro, hombre 58 años, zona urbana, divorciado, comerciante).

...El maltrato familiar son personas que no tiene conocimiento de que a una mujer no se le puede pegar ni con el pétalo de una rosa ni de palabra verbal tampoco no hay que hacer porque la mujer es la que nos trajo a la vida y a una mujer nunca se la debe maltratar yo toda la vida he respetado y no puedo ver a un hombre machista (Testimonio de adulto maduro, hombre 64 años, zona urbana, unión libre, comerciante)

...Con mi ex esposa llegamos a las patadas, a los puñetes porque eso es una mala costumbre ahora porque uno no conoce la ley de dios uno que no conoce la educación que vive en el campo discúlpeme la expresión pero como la bestia que uno a golpe y puñete pero ahora que ya hay una mejor educación ya conocemos porque de lo que se siembra se cosecha se recibe (Testimonio de anciano joven, hombre 66 años, zona urbana, casado, jornalero de grupo focal).

A pesar de tener un mundo globalizado, el maltrato intrafamiliar es un tema que en la actualidad va en ascenso y causa asombro en la sociedad y no es fácil comprender como aún se mantiene este tiempo de conducta agresiva, por ello al hablar de este tema en el grupo focal se dieron algunas recomendaciones y puntos de vista:

...Pero si le recomiendo a los hombres, a las mujeres, a las pareja que eso se ve horrible porque sé que por medio de la biblia sé que dios unió a las personas para que las dos personas sean casados, sean una sola carne y que el dolor sea del otro y yo como hombre no sería capaz ante dios faltarle a mi mujer con otra porque lo mismo que ella siente siento yo y así como la respeto yo deseo que ella me respete a mí y como yo confié en ella, ella confié en mi (Testimonio de anciano joven, hombre 66 años, zona urbana, casado, jornalero de grupo focal).

... No, a mi principalmente no me gusta la violencia en casa y se lo digo a mis hijos porque desde ese punto de vista se van criando a los hijos, si ve a uno que se maltrata entre pareja los hijos igual van a comenzar a maltratar entre ellos y a uno los padres a no respetarlos y yo siempre me he hecho respetar, y mis dos hijos me respetan mucho gracias a dios y yo he tenido pareja y mi ex pareja si hemos discutido así calladito y mis hijos nunca se han enterado (Testimonio de adulto maduro, mujer 56 años, zona urbana, divorciada, estilista de grupo focal).

... Yo digo que a veces es por falta de dialogo y les digo a mis hijas eso porque si en usted no hay respeto no hay nada por eso en mi caso en mi familia yo siempre le digo a ella que cuando quiere hacer un problema por favor siéntese ahí vamos a comenzar un dialogo y hay ya nos entendemos (Testimonio de adulto maduro, hombre 56 años, zona urbana, casado, comerciante e grupo focal).

La violencia intrafamiliar es una herencia que se está dejando a las nuevas generaciones y poderla vencer para tener un ambiente de paz, tranquilidad y mejor calidad de vida es un reto. Ante esto se abordó el tema de maltrato intrafamiliar tanto en las entrevistas como en los grupos focales con adolescentes en donde refieren no estar de acuerdo con este tipo de maltrato expresando sus puntos de vista y sus propias experiencias:

... Que está muy mal eso porque bajo ninguna circunstancia no importa que te hayan hecho uno nunca, nunca debe golpear a una mujer nunca, ese está mal del cerebro (Testimonio de adolescente, hombre 17 años, zona urbana, soltero, estudiante de grupo focal).

... O sea ya sean varones o mujeres, sean en caso familiar o de caso de amistad por ninguna razón debemos utilizar la fuerza, está mal si un hombre le paga a una mujer porque para mi parecer un hombre antes de golpear a una

mujer debe pensar bien que es parido por una mujer y que una mujer le dio la vida y no debería hacer eso (Testimonio de adolescente, mujer 16 años, zona urbana, soltera estudiante de grupo focal).

...Nadie debe pegarle a nadie porque no somos animales y ni a los animales se tratan así, y esas son personas que ni sumas en nuestras vidas (Testimonio de adolescente, mujer 18 años, zona urbana, soltera, estudiante).

Al estar expuestos en un ambiente de violencia intrafamiliar por muchos años trae consigo repercusiones como individuos ya sea está afectando nuestra autoestima y las relaciones afectivas y en nuestro entorno familiar, social. Durante las entrevistas los moradores de El Carmen hacen referencia de como a influenciado la violencia en su núcleo familiar

...Para mi es maltrato porque es verbalmente y para mí me afecta demasiado porque una palabra duele más q un golpe, se ve con frecuencia en mi casa completamente si hasta la cabeza me sabe doler (Testimonio de adolescente, mujer 18 años, zona urbana, soltera, estudiante).

...El maltrato, la pelea los golpe ya él siempre le pegaba y ella iba a la casa una vez por casi la ahorca entonces todo eso ella llegaba a la casa llorando hay, si eso me ha afectado mucho a mí, ver la sufrida de ella de todos modo no es hija pero la apoye desde chiquita (Testimonio de anciano joven, hombre 66 años, zona urbana, casado, jornalero).

...Como madre a mí me dolía muchísimo como madre ver así a hija, que no le dije yo no te case hija este señor toma demasiado, él decía no yo voy a cambiar esto y el otro, hija también la ayudo bastante la otra la segunda hija, le dijo lo que mi mami te dijo date cuenta. Ahora ella se casó tiene su familia (Testimonio de anciano mayor, mujer 76 años, zona urbana, viuda, ama de casa).

El maltrato intrafamiliar es un tema muy delicado con muchas consecuencias que expone la vida no solo de las víctimas sino de las personas de su alrededor; existen muchas razones por las que prefieren mantenerse en secreto y seguir en ese ambiente de agresividad o deciden separarse pero al poco tiempo regresan y ante esto durante la realización de las entrevistas y grupos focales a los moradores del El Carmen refieren que interferir en esto es difícil porque el agresor tiene un poder de

convencimiento para hacer que la víctima retorne a pesar de estar consciente de la agresión en la que viven o en algunos casos aún creen que si van a cambiar.

Como conclusión podemos enfatizar que aún tanto las mujeres, como niños y adultos mayores siguen siendo un grupo vulnerable para cualquier tipo de violencia intrafamiliar y requieren de apoyo y reconstrucción de la confianza entre ellos mismos y trabajar en mejorar su autoestima. Se debe fomentar el amor entre pareja para que sea reciproco y equitativo pero lastimosamente en nuestra sociedad no se lo está enseñando y más bien las relaciones se están tornando asimétricas. Pero construir esto es una tarea difícil que se requiere de la ayuda constante y reconocer que nadie merece ser agredido, nada justifica la violencia y que estamos en todo el derecho de ser tratados sin discriminación, sin humillaciones ni falta de respeto. Como médicos de primer nivel de atención debemos fomentar estos valores no solo a los adultos sino a los jóvenes que son los futuros de nuestra sociedad, no se trata de dar soluciones sino más bien de dar seguimiento en este proceso para poder aportar de manera positiva en las víctimas de violencia y siempre tener presente en que debemos respetar sus creencias, temores y decisiones.

Tabla 28. Conocimiento que tienen los usuarios de El Hospital Básico El Carmen sobre violencia intrafamiliar y como esto influye en su entorno

Relatos sobre violencia intrafamiliar y cómo influye en la dinámica familiar en los habitantes del cantón El Carmen
<p>... <i>“Sí, es cuando el hombre le pega a la mujer o avece la mujer le pega al hombre o cuando le pegan a los niños, horita que han sacado el maltrato psicológico, que le dicen una palabra al niño entre niño y la es bullying y lo maltrata psicológicamente.”</i></p> <p>... <i>“Él me cogió a la fuerza de ahí salí embarazada, considero una violación porque fue a la fuerza. En el momento del abuso si me dio mucho enojo porque no quería, yo no quería porque estábamos por un proceso de separación y él no quería, entonces yo ya quería alejarme de él y él como que me cogía y decía a esta me la cojo así y ya, o sea como que estaba seguro que iba a salir embarazada porque no me estaba cuidando.”</i></p> <p>... <i>“Una vez cometí el error y dije nunca más porque los niños de 3 o 4 años se dan cuenta, una vez le pegue a mi esposa algo leve, yo le dije a ella que cometí un error que me disculpe que nunca más en la vida y que si es preferible me voy de la casa, ella reaccionó mal porque a toda mujer le va a doler.”</i></p>

... “Que está muy mal eso porque bajo ninguna circunstancia no importa que te hayan hecho uno nunca, nunca debe golpear a una mujer nunca, ese está mal del cerebro.”

... “Para mí es maltrato porque es verbalmente y para mí me afecta demasiado porque una palabra duele más q un golpe, se ve con frecuencia en mi casa completamente si hasta la cabeza me sabe doler .”

Fuente: Entrevistas y Grupos Focales
Elaborado por: Las investigadoras

El siguiente esquema resume los conocimientos que tienen los usuarios en relación a al maltrato intrafamiliar (Figura 45).

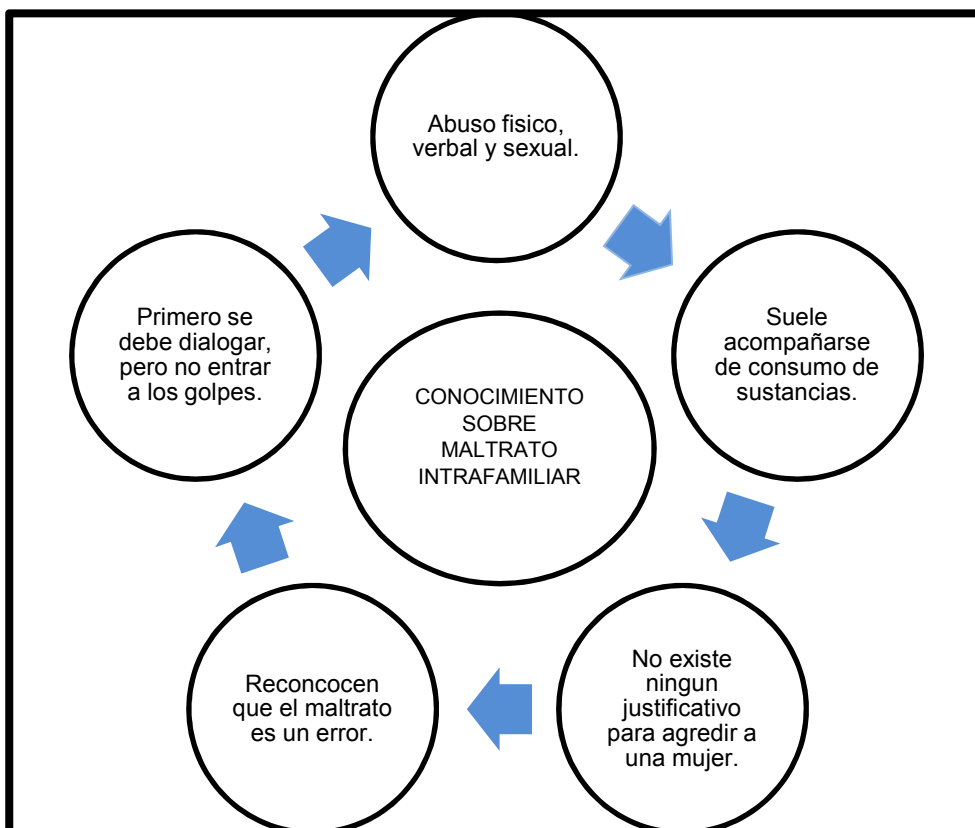


Figura 45: Esquema Giddens Esquema que resume los conocimientos de la comunidad de El Carmen sobre maltrato intrafamiliar.

Fuente: Entrevistas y Grupos focales
Elaborado por: Las investigadoras.

4.7.2 BARRERAS PARA PONER ALTO AL MALTRATO INTRAFAMILIAR

Los actos de violencia intrafamiliar son noticias del diario vivir y cada día causa asombro por el gran giro que está teniendo en nuestra sociedad y culminando posteriormente con la muerte de la víctima, por ellos se ha creado leyes para ayudar a la persona agredida como se refleja en la ley 103 de la violencia a la mujer y la familia

...Cuando mi papá me maltrató no lo denuncié porque fue por mi mamá que me dijo que no, hay lo iba a denunciar pero mi mamá me regaba, me rogaba y me suplicaba que no lo denunciara pero lo iba a denunciar (Testimonio de adolescente mujer, 18 años, zona urbana, soltera, estudiante).

...Al principio me dejaba porque era miedosa en ese tiempo era súper nerviosa tal vez porque era una mocosa era súper que nerviosa y también porque me amenazaba pienso que era eso entonces él me amenazaba con cuchillo más, cogía cuchillo y me acuerdo que hasta un día me puso un cuchillo en el cuello y así me decía te voy a matar, él me decía al menos si te vas y si te llevas a mis hijos yo te mato, entonces yo estaba muy atemorizada y la verdad no denunciaba yo no iba por miedo porque yo decía que si yo voy ese tipo me puede matar porque como le digo yo en ese tiempo yo si le tenía miedo, yo si le tenía miedo, lo respetaba por ese lado (se ríe) (Testimonio de adulto joven, mujer 34 años, zona rural, divorciada, ama de casa).

...Para denunciar los casos yo pienso que una de las cosas sobre todo es las mujeres, digo porque más se da en mujeres que no denuncian digo que es a veces por amor a los hijos, a veces porque no tienen a donde ir, porque la mayoría de las mujeres no trabajan digamos así las maltratadas no trabajan, digámoslo así yo no trabajo ni nada a donde me voy a ir, si mis padres no viven aquí donde cojo y me voy, yo te digo una amiga te puede tener pero de aquí a mañana le va a decir mira coge a tu niño me está molestando o cosas así, entonces la opción que tienen en quedarse con el marido aunque las maltrate. Para mí es la principal causa porque usted teniendo su trabajo no se va a dejar maltratar ni nada, usted ve que una persona me maltrata cojo y me voy a vivir a parte o lo que sea para mí eso influye muchísimo (Testimonio de adulto joven, hombre 33 años, zona urbana, unión libre, músico).

Así como hay mujeres que por miedo a su agresor no denuncian también existen mujeres que si deciden terminar desde el inicio con este círculo viciosos de la agresión para evitar las graves consecuencias del maltrato y otras que después de haber sido agredidas por muchos años se han decidido a denunciar

...Ya son muchos años de separada y si tuve que ponerle una denuncia, tuve que sacar una boleta de auxilio, de alejamiento para que ese señor me dejara en paz pero seguía pero yo le dejaba la esa cosa hay para que así le tenga un poco de miedo. Si resulta de mucho denunciar ya me dejo de molestar porque

tuve que irme de aquí del Carmen me fui al oriente, yo me fui a Shushufindi, por allá, y así como que ya pero aún estando lejos aparecía ese señor lo miraba por allá y hasta que yo ya dijo no hasta aquí y hasta cuando ya le pare el carro a él (Testimonio de adulto joven, mujer 34 años, zona rural, divorciada, ama de casa).

...Abajo en el barrio recién hace un mes así mismo, en cambio una chica le pego al marido, y él fue a denunciarla, luego la policía todo como son gritones esa gente todito ahí casi le pegan hasta la policía y reglaron después el problema ellos en pareja y la chica no fue presa por que luego ya la policía ya hablaron y quedo en paz (Testimonio de adulto maduro, hombre 57 años, zona urbana, casado, comerciante).

...Si lo denunciara porque no tiene por qué maltratar de la manera que trata como que somos animales y ni a los animales los maltratan así Denunciarlo porque y separarme directamente de él porque es una persona que no me suma ni me resta en mi vida porque ninguna mujer esta para que la maltrate (Testimonio de adolescente mujer, 18 años, zona urbana, soltera, estudiante).

Como ya hemos mencionado los adolescentes están en contra de estos actos de violencia intrafamiliar y todos coincidieron en que si llega el momento de estar expuesto a un acto de violencia ya sean ellos o su familia, el siguiente paso sería denunciar al agresor y durante las entrevistas y grupos focales dieron su punto de vista sobre el porqué las personas agredidas no ponen la denuncia

...Porque a la mujer le pegan hoy día y la mujer tiene oportunidad de demandar, pero que hace que la mujer demande si igual la policía no estará cuidándole y sale el marido le pide perdón y ella lo perdona y saca al demanda y otra vez la golpea y hasta la mata porque le hombre viene (se ríe) con su carita de perro a decir no ya no lo vuelvo hacer y una de boba cree (Testimonio de adulto joven, mujer 25 años, zona rural, casada, ama de casa de grupo focal).

...A veces por discriminación, supongamos que el marido le pegó y ella lo dejó y la gente dice mira ahí va la que el marido la utilizó, cosas así (Testimonio de adolescente, hombre 17 años, zona urbana, soltero, estudiante de grupo focal).

...Por miedo que hable la persona y que la policía no haga nada y el marido llega y sabe quién le dijo y le cae a golpe a ella y le dice yo te dije que no le

digas a nadie y por eso te voy a pegar (Testimonio de adolescente, hombre 16 años, zona urbana, soltero, estudiante de grupo focal).

Al abordar este tema notamos que la mayoría de las personas de esta población no acuden por atención médica posterior al maltrato coincidiendo que ya es algo habitual que no pasa de lesiones graves y se recuperan en casa; de todas las entrevistas realizadas solo una persona agredida acudió al médico luego del maltrato recibido por su padre y este es el caso de una adolescente que nos comparte su experiencia:

...No vine, no vine al doctor y no me llevaron a ningún lado sino que fueron a llevar al doctor porque me dolía la cabeza, cuando ya me habían maltratado fuerte pero me curaron en casa con medicamento y en casa de mi tía (Testimonio de adolescente mujer, 18 años, zona urbana, soltera, estudiante).

Como conclusión sobre las barreras que presentan las personas agredidas podemos recalcar que si hay un avance con respecto a las denuncias que se pueden realizar posterior a la violencia pero si necesitamos que las leyes y las autoridades brinden seguridad para poder seguir con las denuncias y no se quedarse con el temor y miedo de ser la siguiente víctima de maltrato o de femicidios. Además los adolescentes muestran una mayor seguridad y decisión al momento de hablar del tema demostrándonos que las cosas pueden ir cambiando siempre y cuando nosotros como sociedad pongamos de nuestra parte.

Tabla 29. Barreras existentes para poner un alto al maltrato intrafamiliar referido por los habitantes de El Carmen

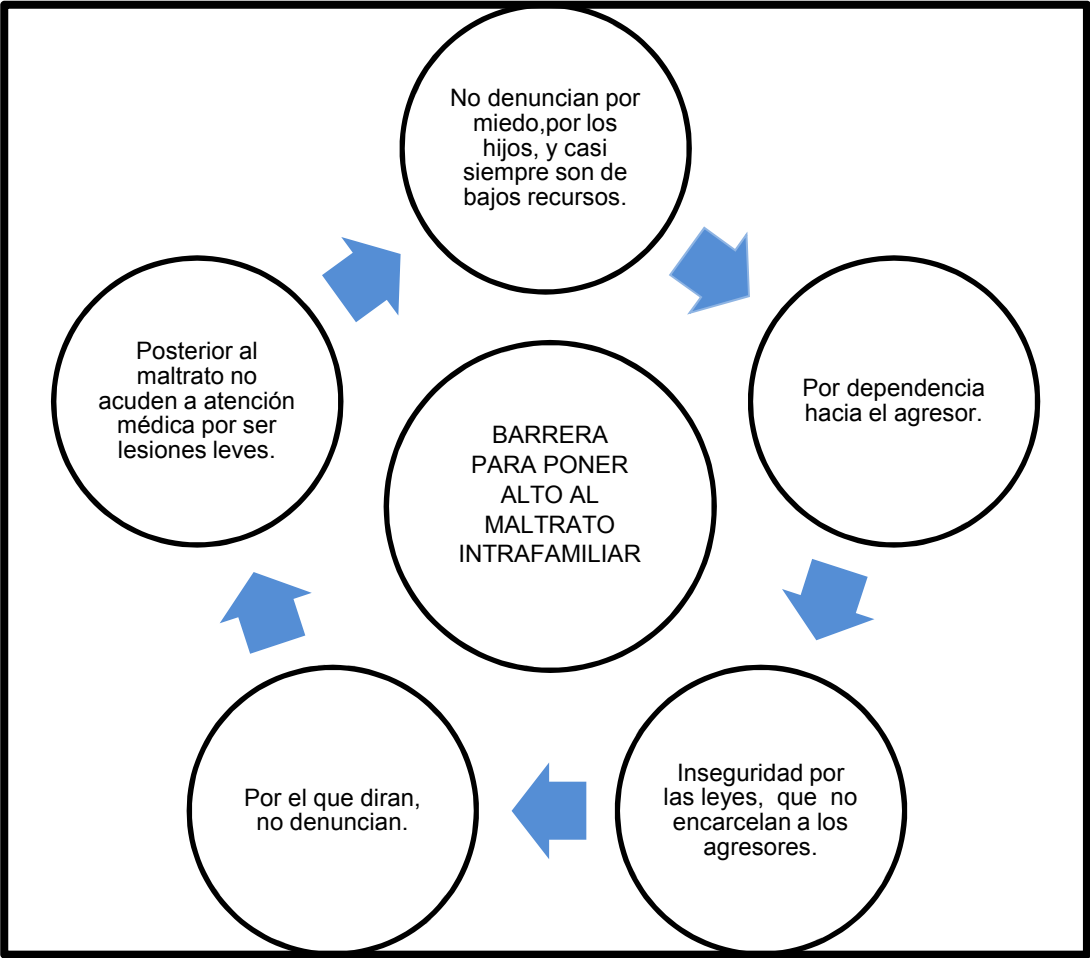
Testimonios brindados por los entrevistados acerca de las barreras que se suscitan al momento de querer parar el maltrato intrafamiliar
<i>... “Cuando mi papá me maltrató no lo denuncie porque fue por mi mamá que me dijo que no, hay lo iba a denunciar pero mi mamá me regaba, me rogaba y me suplicaba que no lo denunciara pero lo iba a denunciar.”</i>
<i>... “Abajo en el barrio recién hace un mes así mismo, en cambio una chica le pego al marido, y él fue a denunciarla, luego la policía todo como son gritones esa gente todito ahí casi le pegan hasta la policía y reglaron después el problema ellos en pareja y la chica no fue presa por que luego ya la policía ya hablaron y quedo en paz.”</i>
<i>... “Porque a la mujer le pegan hoy día y la mujer tiene oportunidad de</i>

demandar, pero que hace que la mujer demande si igual la policía no estará cuidándole y sale el marido le pide perdón y ella lo perdona y saca al demanda y otra vez la golpea y hasta la mata porque le hombre viene (se ríe) con su carita de perro a decir no ya no lo vuelvo hacer y una de boba cree.”

... “No vine, no vine al doctor y no me llevaron a ningún lado sino que fueron a llevar al doctor porque me dolía la cabeza, cuando ya me habían maltratado fuerte pero me curaron en casa con medicamento y en casa de mi tía.”

Fuente: Entrevistas y Grupos Focales
 Elaborado por: Las investigadoras

El siguiente esquema resume las barreras que tienen los usuarios para frenar el maltrato intrafamiliar (Figura 47).



Elaborado por: Las investigadoras
 Figura 47: Esquema Giddens que resume las barreras que existen en la comunidad El Carmen para frenar el maltrato intrafamiliar.
 Fuente: Entrevistas y Grupos focales

4.8 ENFERMEDADES CRÓNICAS

Las enfermedades crónicas, son aquellas de larga duración y por lo general de progresión lenta” (OMS). Al ser enfermedades de larga duración existe la tendencia al abandono de los tratamientos, hecho que ocurre generalmente en adultos mayores aunque no es su totalidad, tenemos pacientes jóvenes aunque padecen este tipo de enfermedades.

Cuando se diagnostica una enfermedad crónica en un paciente, el impacto biopsicosocial puede ser muy grande tanto al inicio como al final de la misma con la presencia de complicaciones que pueden dejar secuelas muy graves e invalidantes, aquí la importancia de acompañar a estos pacientes durante el transcurso de su enfermedad.

Este capítulo lo hemos dividido en tres secciones: la primera nos mostrara cuanto saben los habitantes de el Carmen sobre la causas para padecer estas enfermedades; en la segunda sección se nos mostrara su manera de adaptación a estas enfermedades, la repercusión que puede originar de manera personal y/o familiar, la última parte haremos referencia a un problema grave de salud que es falta de adherencia al tratamiento, se analizara aquí los motivos que dan los pacientes entrevistados para abandonar sus tratamientos.

4.8.1 CAUSAS DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

Las enfermedades crónicas no transmisibles principalmente que es el objetivo de nuestro capítulo, presentan un alto costo económico de la atención y más aún sus complicaciones. Por esto la literatura invita a un actuar urgente en los factores de riesgo modificables para evitar contraer estas enfermedades, estos son: consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, alimentación poco saludable e inactividad física.

... La que más he conocido es el cáncer. Que es una enfermedad que va acabando destruye a familiares la persona tanto psicológico es algo muy duro y difícil de vivir esa enfermedad (Testimonio de adulto medio, hombre de 49 años, zona urbana, unión libre, chofer).

... Ya Enfermedad crónica es como un cáncer, una diabetes, umm que se yo una leucemia (Testimonio de adulto medio, mujer de 43 años, zona rural, casada, ama de casa).

... Mi abuelita murió de cáncer, ella no duro, cayó enferma y murió así enseguida, ella le hacían esa operación espiritual, o sea la llevaban allá donde una señora, no le llevaban a la clínica no al hospital, le llevaron por allá donde una señora pero yo no sé qué le harán porque yo no fui para allá (Testimonio de adulto joven, mujer de 21 años, zona urbana, unión libre, ama de casa).

...Crónica es algo que no tiene solución, una enfermedad que ya muere contigo, bueno a mí me paso este a mí me dijo el doctor que yo tenía gastritis crónica y me dijo ya con eso te vas a morir después de un tiempo te van a hacer esto te van hacer lo otro y esta está después de la gastritis viene la ulcera que se te va a reventar te vas a morir y bueno así entonces a veces me deprimía (Testimonio de adulto joven, mujer de 34 años, zona rural, casada, ama de casa).

Quienes padecen enfermedades crónicas y recibieron orientación médica adecuada nos hablan de que sus patologías se consideran crónicas, que no tienen cura pero que si se controlan con medicación continua y permanente, ellos nos cuentan:

...Es una persona que ya que tiene insuficiencia renal, que ya tiene diabetes, que ya tiene todas esas enfermedades y ya eso es una enfermedad crónica. La presión es también una enfermedad crónica (Testimonio de adulta madura, mujer de 54 años, zona urbana, viuda, ama de casa).

... La enfermedad crónica de mis hermanos que murieron y mi diabetes, y mi hermano que tenía asma, para mi esas son las enfermedades más crónicas (Testimonio de adulto maduro, hombre de 64 años, zona urbana, unión libre, comerciante).

... La diabetes, la hipertensión también son crónicas, hay tratamientos que ayudan que la enfermedad no sea tan agresiva pero no se cura (Testimonio de adolescente, mujer de 16 años, zona rural, soltera, estudiante).

... Una enfermedad crónica es una hipertensión, o la azúcar y bueno son cosas que no se pueden ya curar del todo y solo controlarla ya (Testimonio de anciano joven, hombre de 66 años, zona urbana, casado, jornalero).

Mencionamos que las causas o factores de riesgo más relacionados con estas enfermedades crónicas, en especial diabetes e hipertensión que es lo que más encontramos entre nuestros moradores, son el consumo de tabaco, alcohol, los desórdenes alimentarios y por supuesto la inactividad física. Sin embargo de todos estos nuestro entrevistados solo reconocen la parte de la alimentación como causa de enfermedades crónicas, ellos nos mencionan:

... Bueno de eso si no se mucho de enfermedades crónicas. Mi mamá tiene diabetes porque no se alimentó bien, por eso (Testimonio de adolescente hombre de 14 años, zona rural, soltero, estudiante).

... A mí me dio Diabetes, será porque yo no me cuide nunca, es que yo pesaba yo si era así de gorda, yo pesaba 215 libras, yo me comía un pollo enterito, me iba a Santo Domingo al pollo GUS que yo era fanática de ese pollo y come y come y engorde y engorde y de ahí ya me mandaron a bajar de peso porque estaba muy gorda porque decían que se me podía complicar el corazón y de ahí ya comencé a bajar de peso y de ahí fue que me detectaron ya la diabetes (Testimonio de adulta madura, mujer de 52 años, zona urbana, unión libre, ama de casa).

... Yo creo porque tomábamos mucha cola en especial yo que me tomaba toda un solo sentaso y también tomar mucho dulce (Testimonio de adulto maduro, hombre de 64 años, zona urbana, unión libre, comerciante).

... Para la enfermedad de él creo que por la comida él no se cuida en la comida y no acude a medico al buen tiempo. Acá no nos gustan los vegetales (Testimonio de adulto maduro, mujer de 54 años, zona urbana, divorciada, comerciante, de grupo focal).

Sabemos que las enfermedades crónicas tienen su componente hereditario, y esto sí reconocen las personas que fueron entrevistadas, por supuesto no crean hábitos para cambiar esta realidad, simplemente aceptan su enfermedad como algo que debería pasar por tener familiares con este tipo de enfermedades. Ellos nos relatan:

...Por parte de mi mamá tienen enfermedades crónicas porque la mayoría son hipertenso, son primos hermanos con la diabetes, la mayor parte ha estado

vinculado con problema de la diabetes digamos así que la mayoría de mis tías por ejemplo han fallecido por diabetes por hipertensión por ejemplo dos tíos que ya están ciegos por la glucosa, otra tía que ya está en proceso de fallando la vistas, y otro tío más ya un tío falleció que le hacían diálisis entonces ya creo que eso es crónico porque ya es hereditario (Testimonio de adulto joven, hombre de 33 años, zona urbana, unión libre, músico).

... Yo creo que tengo esta enfermedad crónica, como le digo porque como le explico mejor, porque esas enfermedades son las que provienen de parte de familia y tantas cosas, si porque mi padre murió de eso (Testimonio de anciano joven, mujer de 65 años, zona urbana, casada, ama de casa).

... Porque en mi familia son diabéticos y hipertensionistas dicen que son hereditarias, entonces les echo la culpa a ellos ahí esta estoy cargando yo también la carga de ellos todo (Testimonio de adulto medio, hombre de 49 años, zona urbana, unión libre, chofer).

Tenemos los comentarios de algunos pacientes que relacionan este tipo de trastornos con situaciones estresantes, como muerte de un familiar lo que provoco que aparecieran, ellos nos comentan:

... Ella la tuvo por un susto o cuando se murió mi tío hay sufrí. Yo también la puedo llegar a tener cuando uno tiene susto o algún problema (testimonio de adolescente hombre de 14 años, zona urbana, soltero, estudiante).

... Tengo hipertensión, No se por tengo porque hasta que mi esposo falleció yo no sufría de eso, al año de haber fallecido yo sufrí de eso, a lo que caminaba era con mijo y le decía mijo mira como que me ahogo como que me asfixio no puedo caminar le digo, no puedo respirar, y me llevo al médico y él me dice Sarita estas con una presión alta, tienes problema con tu esposo, con tus hijos me dijo y yo no nada (Testimonio de anciano mayor, mujer de 76 años, zona urbana, viuda, ama de casa).

.... Pues a mí me dio esto ya le digo ya mis padres nunca tuve ya cuando fallecieron mi papá y mi mamá me dio no sé qué cosa me dio que caí solo por un camino ellos fallecieron yo creo que fue por eso (Testimonio de adulta madura, mujer de 60 años, zona rural, unión libre, ama de casa).

La diversidad de opiniones sobre este tema de enfermedades crónicas en los habitantes de El Carmen nos indica que aún no estamos educando a nuestra población sobre el tema. El que no tengan claro las causas de estas enfermedades es una razón fundamental para no prevenirlas y que las estadísticas de personas que contraen estas enfermedades sean más grandes cada año.

En cada visita del usuario a la consulta médica independientemente de la razón por la que acude debemos hacer prevención de las mismas y promoción de salud, lograr cambios en el estilo de vida debería ser un propósito fundamental, esto no solo retrasara la aparición de estas enfermedades sino también puede hacer que no aparezcan y mucho menos que provoquen complicaciones tan graves e incapacitantes que al momentos observamos en nuestro cantón.

Tabla 30. Causas sobre los orígenes de las enfermedades crónicas según las creencias o ideas de los habitantes del cantón El Carmen

Testimonios vertidos por los usuarios del Hospital Básico El Carmen sobre los orígenes de las enfermedades crónicas
<p>... <i>“No sé qué tipo de enfermedad son, mi mamá tiene presión pero no sabía que era crónico.”</i></p>
<p>... <i>“La que más he conocido es el cáncer. Que es una enfermedad que va acabando destruye a familiares la persona tanto psicológico es algo muy duro y difícil de vivir esa enfermedad.”</i></p>
<p>... <i>“La enfermedad crónica de mis hermanos que murieron y mi diabetes, y mi hermano que tenía asma, para mi esas son las enfermedades más crónicas.”</i></p>
<p>... <i>“Para la enfermedad de él creo que por la comida él no se cuida en la comida y no acude a medico al buen tiempo. Acá no nos gustan los vegetales.”</i></p>
<p>... <i>“Porque en mi familia son diabéticos y hipertensionistas dicen que son hereditarias, entonces les echo la culpa a ellos ahí esta estoy cargando yo también la carga de ellos todo.”</i></p>
<p>... <i>“... Ella la tuvo por un susto o cuando se murió mi tío hay sufrió. Yo también la puedo llegar a tener cuando uno tiene susto o algún problema.”</i></p>

Elaborado por: Las investigadoras.
Fuente: Entrevistas y Grupos focales

El siguiente esquema resume las causas de las enfermedades crónicas referidas por los habitantes de El Carmen. (Figura 49).

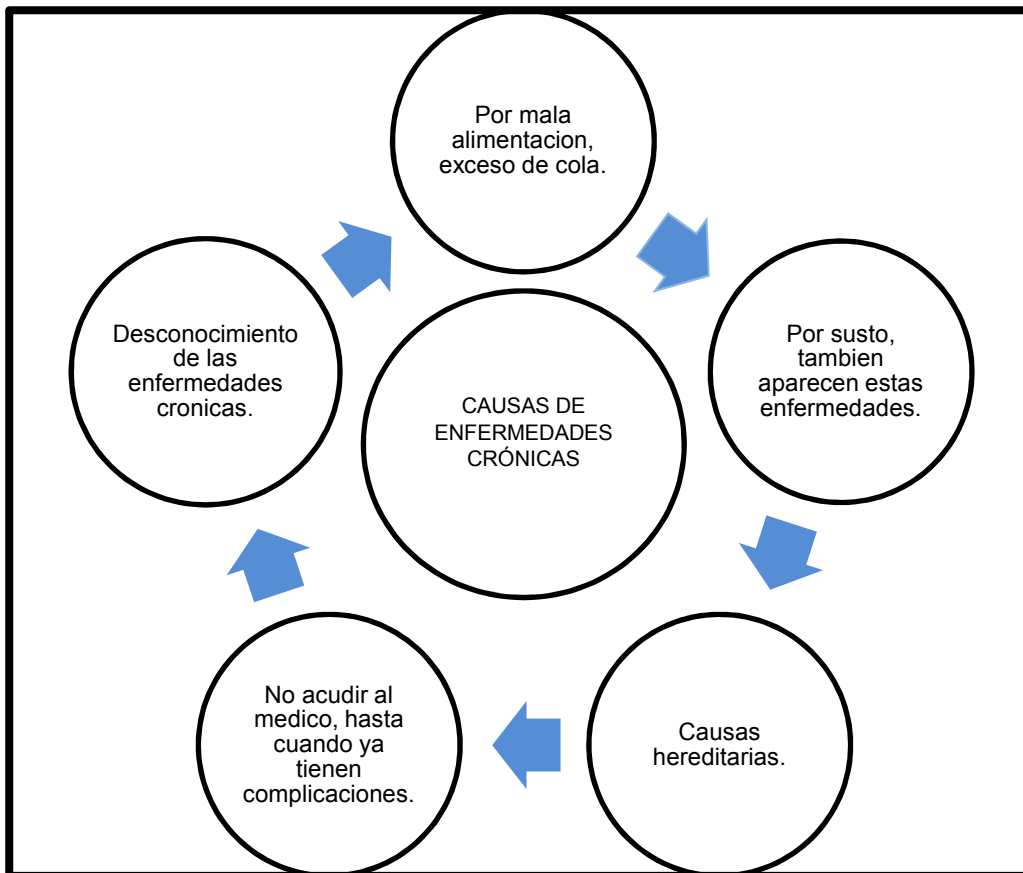


Figura 49: Esquema Giddens que resume como la comunidad de El Carmen consideran que se originan las enfermedades crónicas.

Fuente: Entrevistas y Grupos focales

Elaborado por: Las investigadoras

4.8.2 ADAPTACION FAMILIAR ANTE UNA ENFERMEDAD CRÓNICA

Las enfermedades crónicas son irreversibles, por tanto los cuidados que requiera este paciente serán permanentes una vez contraída la enfermedad, por esto va a comprometer a toda la familia en los cuidados. Pero esta puede provocar una gran crisis en toda la familia, provocando diferentes reacciones en todos los miembros, y depende de la funcionalidad de esta el que la familia se adapte a este evento.

Figura 50. Wordsalad de Adaptación ante una enfermedad crónica en los habitantes del Cantón El Carmen



Fuente: Entrevistas y Grupos Focales
Elaborado por: Las investigadoras

Las familias de El Carmen pueden reaccionar de diferente manera cuando un familiar es diagnosticado de una enfermedad crónica, por supuesto esto va en dependencia de la información que tengan sobre la enfermedad que están enfrentando, es decir no reaccionara igual cuando escucha la palabra cáncer que una hipertensión. La reacción de una familia cuyo uno de sus miembros es médico puede ser totalmente diferente a quienes no conocen del tema, notemos el comentario de un profesional de salud:

... Yo tengo a mi mamá con diabetes, pero mi mamá si es un desastre, primero nos dio muy duro a todos, llorábamos como si tuviera cáncer y yo siendo la hija yo estudiaba en Guayaquil y me contaron y lloraba y lloraba, ya bueno, mi mamá lloraba en una vereda sentada que no quería hacer nada como que se le había terminado la vida (Testimonio de médico general de emergencia de 29 años, de grupo focal).

La funcionalidad familiar puede verse muy afectada con la presencia de una enfermedad crónica, pero como se mencionó antes esto va de la mano también con lo que entienden los pacientes por enfermedad crónica, en su totalidad no manifestaron ninguna reacción a la hora de recibir la noticia, pues no sabían lo que supondría ella,

incluso muchos años después de padecer la enfermedad continúan sin saber que enfermedad están enfrentando. Los pacientes si nos comentan el tipo de apoyo familiar que recién, muchos nos hablan de la parte económica:

... La familia siempre ha sido unida, en ese aspecto no me quejo, mi familia todos se llevan bien no como en otros que los hermanos no se llevan acá gracias a Dios mis tíos todos se llevan, y siempre ha habido la solidaridad para apoyarnos de pronto en lo emocional, talvez en el económico, en lo talvez no mucho en el dinero pero con el apoyo de cualquier cosita por ejemplo se ha enfermado alguien se lo lleva comida, o con cualquier cosita (Testimonio de adulto joven, hombre de 33 años, zona urbana, unión libre, músico).

... Estos últimos años pues que ya se bien como es mi enfermedad pues han tratado de apoyarme mi esposo en lo que más han podido cuando no consigo medicamentos aquí en el centro de salud comprándomelo por fuera (Testimonio de adulto medio, mujer de 43 años, zona rural, casada, ama de casa).

El apoyo económico no es lo único importante a la hora de apoyar a un miembro en la familia con enfermedad crónica, también es el apoyo con la alimentación, la actividad física, y eso ellos lo manifiestan que los motiva a mejorar y controlar su enfermedad:

... Si, moralmente, y si me han apoyado bastante sobre todo ya le digo mi niña (Testimonio de adulta madura, mujer de 60 años, zona rural, unión libre, ama de casa).

... Bueno yo a ella la apoyo en todo momento que tenga fe en Dios que se tome toda la medicina eh... que no se descuide que siga adelante, que tenga fuerza que comer en exceso es malo, que camine, salga a bailar y la apoyo mucho más en esto de no fallarle, no ser infiel con ella porque no voy hacerlo, jamás nunca voy hacerlo y estoy en el trabajo y estoy llamándole a ella ya a la mañana que llego al trabajo, cuando estoy almorzando o ya almorcé yo la llamo para que ella sepa de mí y yo para saber cómo esta ella (Testimonio de anciano joven, hombre de 66 años, zona urbana, casado, jornalero).

... Y si me apoyan, mi esposo y mis hijos si también, con palabras, porque las pastillas eso me dan aquí, y mi esposo a veces me ve que como ya un poquito de una cosa y me dice ya no coma verde, no ya no lo voy a comer le digo, pero me dice pero coma algo porque después se va a morir de hambre y van a decir

que se va a morir no de la enfermedad sino de hambre (Risas) (Testimonio de anciano joven, mujer de 72 años, zona urbana, casada, ama de casa).

... Me han apoyado moralmente, mi hijo todos los días como él es cristiano él le pide a Dios y todos me apoyan queriéndome dándome amor, mi esposo él también es enfermito es hipertenso es diabético, vivimos dos enfermos y si he sentido el apoyo se mi esposo, y de mis hijos, ellos también apoyan a mi esposo para que, ellos nos ayudan bastante (Testimonio de anciano joven, mujer de 65 años, zona urbana, casada, ama de casa).

El apoyo familiar debería ir también de la mano con el esfuerzo de cumplir todos la dieta, o al menos comer saludablemente todos en casa, sin embargo esto no es una realidad entre los moradores de El Carmen, en algunas familias que el enfermo cumple con la dieta por ejemplo, los demás no lo hacen, es decir siguen abusando de los azúcares y las grasas, hemos visto en el desarrollo de este capítulo que mucho tiene que ver que desconocen las causas de las enfermedades crónicas, ellos nos narran:

... Para prevenir en los demás, no ha habido cambios, más bien ya cuando llegue a esa edad me cuido, porque soy demasiado comelón y más bien ellos en la comida se cuidan bastante, pero nosotros nos quieren acostumbrar a comer light (Testimonio de adolescente hombre de 17 años, zona rural, soltero, estudiante).

...Nosotros le hemos aconsejado que no coma mucho, cosas con azúcar y eso, aunque nosotros si consumimos toda esa azúcar (Testimonio de adolescente hombre de 14 años, zona rural, soltero, estudiante).

... En mi casa solo hace la dieta el que está enfermo con la presión que es mi papi y ya se acostumbró en la toma constante (Testimonio de adolescente, mujer de 18 años, zona urbana, soltera, estudiante).

La literatura nos habla de las respuestas que podemos esperar en la familia y en el paciente es diagnosticado de enfermedad crónica; aspectos como negación, ira, tristeza o depresión pueden ser algunas de las reacciones, esto por supuesto también está influenciado por la cultura familiar. Los pacientes que hemos entrevistados, más bien nos hablan de una buena adaptación, eso no quiere decir que estén cumpliendo su tratamiento fielmente, sino más bien que la falta de información que tienen sobre

este tipo de enfermedades y en especial en las primeras etapas presentan la tendencia al abandono de estos tratamientos.

Estas reacciones aparentemente parecerían que no provocan cambios en la funcionalidad familiar, lo cual es totalmente lo contrario cuando un paciente que sufrió por muchos años una enfermedad crónica y no llevo un tratamiento adecuado, presenta una complicación grave e invalidante, entonces si vemos ahí un tambalear en la familia, pues a tiempo no se logró actuar sobre el problema, es por ello que la siguiente sección analizaremos la adherencia al tratamiento de los usuarios.

Tabla 31. Adaptación ante una enfermedad crónica a través de los testimonios vertidos por los moradores de El Carmen

Relatos por parte de los a carmenses de cómo se adaptan ante una enfermedad crónica
<p>... <i>“Yo tengo a mi mamá con diabetes, pero mi mamá si es un desastre, primero nos dio muy duro a todos, llorábamos como si tuviera cáncer y yo siendo la hija yo estudiaba en Guayaquil y me contaron y lloraba y lloraba, ya bueno, mi mamá lloraba en una vereda sentada que no quería hacer nada como que se le había terminado la vida.”</i></p> <p>... <i>“Estos últimos años pues que ya se bien como es mi enfermedad pues han tratado de apoyarme mi esposo en lo que más han podido cuando no consigo medicamentos aquí en el centro de salud comprándomelo por fuera.”</i></p> <p>... <i>“Si, moralmente, y si me han apoyado bastante sobre todo ya le digo mi niña.”</i></p> <p>... <i>“En mi casa solo hace la dieta el que está enfermo con la presión que es mi papi y ya se acostumbró en la toma constante.”</i></p>

Elaborado por: Las investigadoras.
Fuente: Entrevistas y Grupos focales

El siguiente esquema resume como los usuarios del cantón El Carmen se han adaptado ante una enfermedad crónica. (Figura 51).

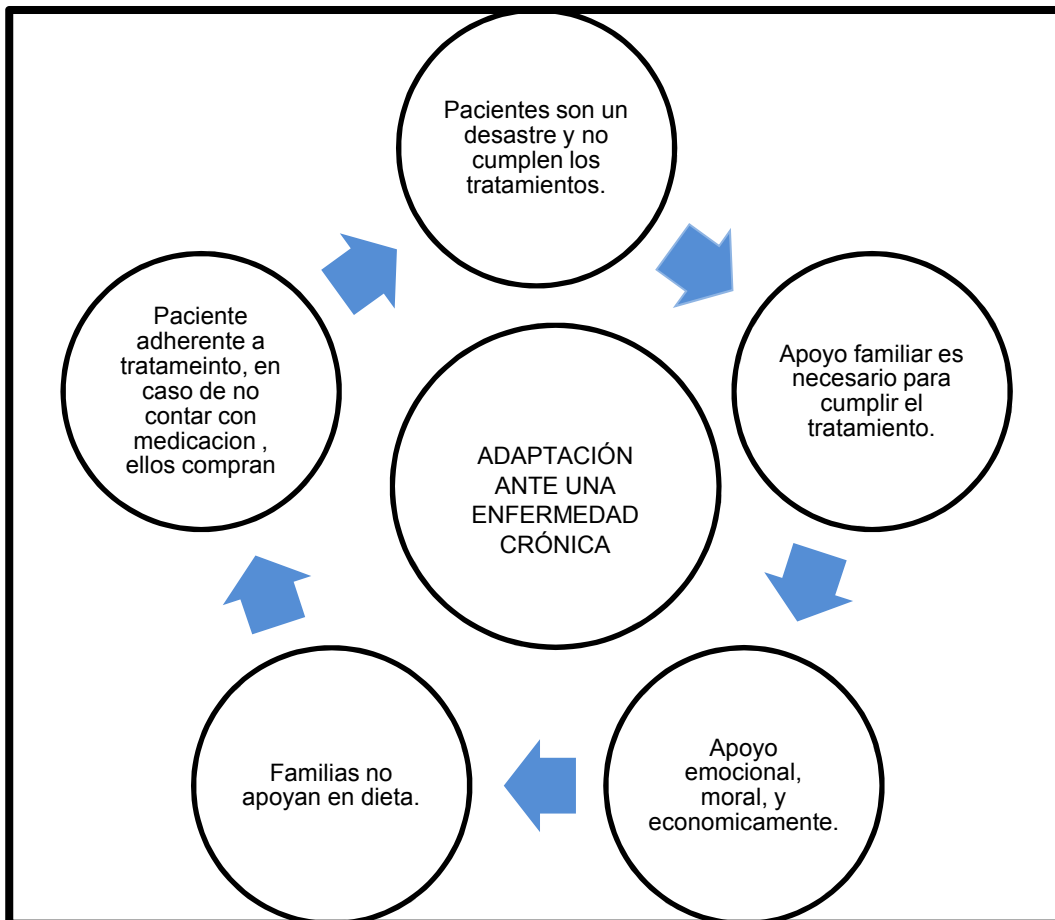


Figura 51: Esquema Giddens que resume como los familiares y pacientes se han adaptado a las enfermedades crónicas.

Fuente: Entrevistas y Grupos focales

Elaborado por: Las investigadoras

4.8.3 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

La adherencia al tratamiento lo definimos anteriormente pero en resumen habla del cumplimiento de las prescripciones médicas tal cual fueron dadas, incluye no solo la medicación sino además cambios en su estilo de vida recomendadas y evitar el comportamiento de riesgo, es decir que el paciente deberá primero aceptar la prescripción dada y segundo participar de manera activa en este una vez que el medico explico, y enseñó todo lo referente al tratamiento indicado.

Las causas para abandonar un tratamiento médico son muy variadas como lo señalamos anteriormente, al entrevistar a los moradores de El Carmen con tratamientos por largos años y que aún descontinúan su tratamiento evidenciamos que las causas que mencionaron fueron solo dos: la falta de dinero cuando el hospital no les provee y las reacciones adversas, ellos nos cuentan:

... Si lo abandone la pastilla de la presión, por motivos que a mí me duele el hígado me duele de este lado se me hincha y yo ya no puedo tomar más pastillas por eso yo a veces yo ya he dejado de tomar las pastillas a veces los doctores me dicen usted se está tomando y tengo que decirle que si ya después le digo no doctora yo no tomo pastillas porque a mí me duele el hígado no dice quien ha dicho que el hígado duele pero es que se me hincha y yo ya no puedo ponerme más ropa apretada porque esto se me hincha y me duele demasiado por eso a veces dejo de tomar pastillas eso sí (Testimonio de adulta madura, mujer de 54 años, zona urbana, viuda, ama de casa).

... Si mes a mes tengo acceso, pero no siempre era así. Hace dos años yo no recibía medicamentos aquí, a veces había, a veces no había, me tocaba comprar afuera y ahí estaba descontrolada (Testimonio de adulto medio, mujer de 43 años, zona rural, casada, ama de casa).

... Para la presión si me dan medicación no tengo pastilla porque ya tengo como 3 meses que no vengo aquí y no he comprado porque estoy chira (Testimonio de anciano joven, mujer de 72 años, zona urbana, divorciada, ama de casa de grupo focal).

... Es que yo hoy no mas no utilice porque pensé que me iban a dar aquí, pero ya tengo que hacer la forma y comprar por fuera, a veces no la puedo comprar un día o dos y ahí no me lo tomo hasta poder comprarlo pero nunca le he dicho a un médico que no tomo mis medicamentos porque no me han preguntado, y porque no he tenido confianza así como con ustedes ahora (Testimonio de adulto maduro mujer de 54 años, zona rural, casada, ama de casa, de grupo focal).

Suspender la medicación en enfermedades crónicas está ligada a múltiples complicaciones, pero el paciente no es consciente de esto cuando no ha recibido la información, y esta es una gran problemática en nuestro Hospital, el no dar suficiente

información a los pacientes, en el grupo focal realizado con personal médico ellos reconocen este hecho, nos mencionan:

... Porque no se les explica y yo me he dado cuenta aquí que eso es debilidad de todos, porque viene el paciente con un IMC de 30 o 40 y nadie se refiere a nutrición, el paciente que no sabe que es diabetes, el paciente que no sabe que es hipertensión ¿qué enfermedad tiene? Ninguna, no desconoce porque es ignorante, desconoce porque nadie le dijo que la hipertensión es una enfermedad que le va a acompañar toda su vida y es la verdad y eso es lo que nos falta a nosotros con los enfermos crónicos que no les damos una charlita, yo sé que el enfermo crónico, el hipertenso merece un poco más de tiempo y no se los damos porque ¿ah vino por la medicación? Ya tome y chao, pero él no sabe que tiene que cumplir una dieta, que tiene que cumplir su medicación, el ejercicio, eso no sabe, y esto es a diario a diario con todos los pacientes que estamos fallando. Yo me he dado cuenta en la consulta externa ellos no conocen su enfermedad y por ende no saben si tomar, como tomar, no se les explica siquiera que si la pastilla les puede causar algún efecto o va a tener alguna reacción, entonces si estamos fallando con ellos y siguen yéndose así de la consulta sin saber nada, y pasan así años (Testimonio de Medico General de consulta externa de grupo focal).

... En parte si pasa lo que dice la doctora (Testimonio anterior) pero en parte, porque no siempre es que no le damos las indicaciones al paciente, el paciente también es desordenado (...) también por la condición social también porque viene de la mano también la parte social y socioeconómica de los pacientes, porque este caso que nos tocó ver un paciente de escasos recurso, era un caso social, porque no tenía familiares por eso hay pacientes que no están con los familiares se les explica y después vienen solos pacientes que ya son adultos mayores, que ya tienen un deterioro cognitivo y que a parte también toman, y la culpa es también del familiar que no se hace responsable por decir así de llevarle el tratamiento, porque yo me he dado cuenta de eso que influye mucho el factor sicosocial bastante, de parte de la parte económica y del familiar (Testimonio de Medico General hombre de Consulta Externa, de grupo focal).

Finalmente queremos hacer un contraste con pacientes que han sido informados sobre su enfermedad y las complicaciones que tendrían si abandonaran el tratamiento, ellos nos cuentan sobre el sacrificio que hacen pero no abandonan su medicación:

... El doctor nos cita, cuando ve que estamos bien nos cita cada dos meses si estamos mal, cada mes, yo no fallo a las citas y si no hay la medicación la compro porque hay que hacer el esfuerzo y comprarlo, porque incluso el doctor se equivocó, este mes y nos dio no más para el mes y el resto del mes tuvimos que comprarlo y mis hijos el que puede me ayudan en la comida y nosotros hacemos los gastos de las medicinas, pero jamás dejo de tomar la medicina, siempre priorizo eso (Testimonio de anciano joven, mujer de 65 años, zona urbana, casada, ama de casa).

... Ahorita cuando ustedes me mandan consulta si mes a mes, y ahorita que ustedes me mandan la medicación si ha habido todo de repente no hay nada, pero ya sé que tengo que hacer un esfuerzo y comprarla así tenga que emprestar dinero (Testimonio de adulta madura, mujer de 52 años, zona urbana, unión libre, ama de casa).

... Uso insulina a veces me dan aquí en Santo Domingo también me dieron pero si no hay la compro dieciocho dólar cuesta si puedo comprarla y o sea quien puede comprarla o no tiene de todas maneras va y pide y si pueden le dan o sino tiene que comprarla. El hospital no me da todas las cuestiones que necesito las pastillas o insulina no me dan a veces y me dicen no hay y o sea por lo regular debe tener algo para que priorice la medicación, para que viva tranquilo (Testimonio de adulto maduro, hombre de 58 años, zona urbana. Divorciado, comerciante).

Las causas para la falta de adherencia al tratamiento en nuestros pacientes vemos que se pueden de alguna manera remediar, cuando involucramos a todo el sistema familiar existe más apoyo y por ende mayor probabilidad de apego al tratamiento, sea este medicamentoso o cambios en el estilo de vida.

Lograr que nuestros pacientes tengan adherencia al tratamiento es una de las finalidades que todos los médicos deberíamos tener, no es simplemente depositar la culpa en el paciente que no quiere cumplir con lo enviado, es lograr que este se adhiera, porque las complicaciones que nos estamos evitando como parte del sistema sanitario son enormes. El médico de familia particularmente debe lograr una relación

empática con una escucha activa con sus pacientes, el abordaje es sistémico no solo al individuo sino a todo el sistema familiar, pues al involucrar a todos en el cuidado del enfermo crónico se obtiene mejores resultados.

Tabla 32. Adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en los habitantes del cantón El Carmen

Testimonios brindados por los entrevistados el respecto de cómo es su adherencia la tratamiento ante enfermedades crónicas
<p>... <i>“No si yo si lo tomo lo tomo porque es para mí misma. Porque es para mi salud porque si no, no me voy a curar, aunque para que le voy a mentir, si lo abandone la pastilla de la presión al principio.”</i></p> <p>... <i>“Si mes a mes tengo acceso, pero no siempre era así. Hace dos años yo no recibía medicamentos aquí, a veces había, a veces no había, me tocaba comprar afuera y ahí estaba descontrolada.”</i></p> <p>... <i>“Ahorita cuando ustedes me mandan consulta si mes a mes, y ahorita que ustedes me mandan la medicación si ha habido todo de repente no hay nada, pero ya sé que tengo que hacer un esfuerzo y comprarla así tenga que emprestar dinero.”</i></p> <p>... <i>“En parte si pasa lo que dice la doctora (Testimonio anterior) pero en parte, porque no siempre es que no le damos las indicaciones al paciente, el paciente también es desordenado (...) también por la condición social también porque viene de la mano también la parte social y socioeconómica de los pacientes, porque este caso que nos tocó ver un paciente de escasos recurso, era un caso social, porque no tenía familiares por eso hay pacientes que no están con los familiares se les explica y después vienen solos pacientes que ya son adultos mayores, que ya tienen un deterioro cognitivo y que a parte también toman, y la culpa es también del familiar que no se hace responsable por decir así de llevarle el tratamiento, porque yo me he dado cuenta de eso que influye mucho el factor sicosocial bastante, de parte de la parte económica y del familiar .”</i></p>

Fuente: Entrevistas y Grupos Focales
Elaborado por: Las investigadoras

El siguiente esquema resume como los pobladores del Carmen se han tenido adherencia al tratamiento ante su enfermedad crónica. (Figura 53).

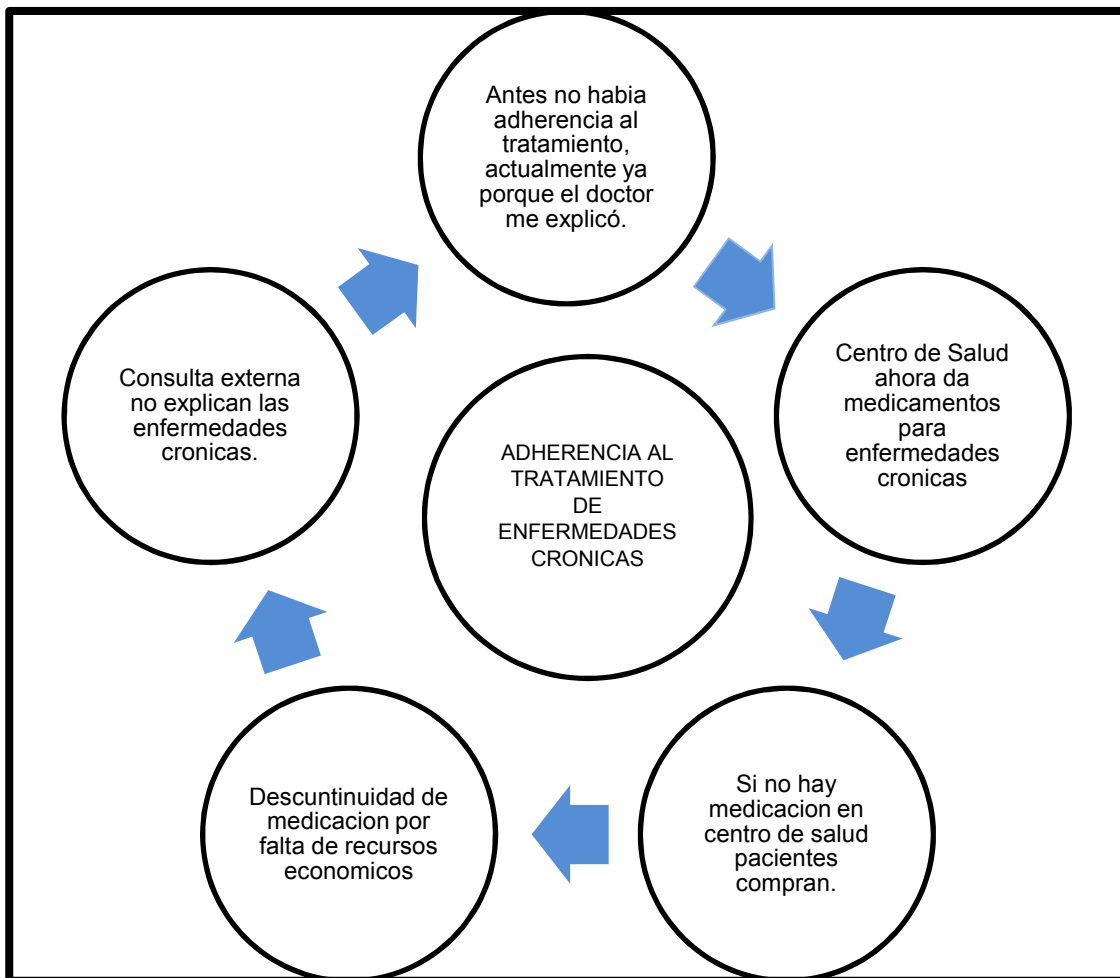


Figura 53: Esquema Giddens que resume la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en los usuarios de El Carmen.

Elaborado por: Las investigadoras

Fuente: Entrevistas y Grupos focales

CAPITULO V

CONCLUSIONES

- ✓ Nuestra investigación tuvo un enfoque específicamente cualitativo, lo que permitió conocer más de cerca su cultura y creencias que pensábamos que ya no existían actualmente, al relatarnos sus historias, vivencias o testimonios lo hicieron de forma abierta, espontanea, y al finalizar las mismas incluso salieron más agradecidos con nosotros por haberlos incluido en el tema, pues permitió de alguna manera que se sintieran escuchados y que cualquier respuesta que dieran, sabían que no serían juzgados ni cuestionados, es decir que había empatía durante las entrevistas, y eso lo expresaron al finalizar las mismas.

SALUD

- ✓ Los habitantes de El Carmen, entienden que estar sano es lo primordial en la vida, sin embargo continúan enfocándose en lo puramente bilógico, y esta realidad no solo aplica a los pacientes, sino también la parte medica que labora en esta unidad, que conoce lo que es estar sano teóricamente pero no se aplica en su totalidad dicha definición en la práctica sea por factores tiempo, gran demanda de pacientes, exigencias en la producción o cualquier otro factor. Esto hace que en nuestra unidad la atención médica no logre llegar a la verdadera demanda del paciente, lo que provoca inconformidad del mismo, acudiendo incontables veces a la consulta o a la emergencia sin ser resuelta su verdadera necesidad. Ante el colapso de las áreas ya mencionadas, los pacientes dejan de confiar en el sistema de salud Pública lo que hace que busquen ayudas en otras instituciones privadas, o lo que es peor que simplemente no busquen ayuda y lleguen a nuestra unidad con graves complicaciones que pone en riesgo sus vidas o dejan secuelas graves e invalidantes.
- ✓ La recuperación de la salud en los habitantes de El Carmen está condicionada a su cultura, al acceso a salud y al trato que reciben, por tanto evidenciamos en este trabajo que existen aún prácticas de salud ancestrales arraigadas en los pobladores y que depende de la manera como las abordemos serán una barrera entre el paciente y su médico o lo contrario, si logramos una comunicación igualitaria con todos los grupos culturales, sin diferencias ni superioridades, es decir, aplicamos lo que es interculturalidad, podremos lograr

la confianza de nuestro paciente y brindarle la atención que necesita, hechos que no suceden en nuestro Hospital, los pobladores prefieren no hablar de sus prácticas con los médicos, y el profesional de salud no opta por al menos una negociación con su paciente, en busca del beneficio del usuario.

RELACION MEDICO-PACIENTE

- ✓ La constitución de nuestro país garantiza el derecho a salud a toda la población, sin embargo con este estudio evidenciamos que en el cantón El Carmen existen barreras que evitan el cumplimiento de este derecho, lo que repercute de manera negativa en sostener una buena relación médico-paciente, durante la investigación encontramos que las barreras que influyen en nuestros usuarios son la falta de citas en el Call center, saturación de la emergencia y el maltrato por parte de ciertos funcionarios de la unidad. Cuando el paciente pasó por todo el proceso que antecede a la consulta médica, ya llega con una predisposición negativa que sumado a la falta de una escucha activa y empática hace que se pierda totalmente esta relación, afectando directamente al enfermo que de por sí ya está librando una batalla con su patología.
- ✓ Una buena relación médico-paciente es fundamental para lograr una buena adherencia al tratamiento y sobre todo lograr salud no solo biológica sino también psicosocial en el paciente, los habitantes son receptivos al cambio cuando se les explica con educación y sobre todo con respeto hacia ellos que son lo más importante en un centro hospitalario. La investigación mostró que los usuarios que han evidenciado esta relación estrecha con su médico, que han sido tratados de manera igualitaria y sin superioridades son los que mejor calidad de vida tienen, mayor acceso a salud presentan y sobre todo mayor tolerancia ante hechos imprevistos que pueden limitar su acceso a salud.

TRASTORNOS MENTALES

- ✓ Este tema para los habitantes de El Carmen es aún bastante desconocido, no cuentan con suficiente información de lo que implica, los síntomas ni sus causas; la investigación mostro que todavía tenemos habitantes que creen en fuerzas sobrenaturales, castigos divinos, o posesión de demonios como causantes de estos trastornos, lo que ha hecho que no se busque ayuda médica inmediata, retrasando el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes a la vez que su pronóstico es más incierto con este retraso en su medicación.

- ✓ Las entrevistas mostraron que muy pocos usuarios conocen del tema de trastornos mentales, que comprenden lo que implica y que es una patología médica que puede ser tratada con terapia especializada, y aunque no encontramos muchos testimonios de que existan estas enfermedades en este cantón, sabemos que el equipo de salud mental diariamente diagnostica nuevos casos, que no llegan a un diagnóstico temprano.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

- ✓ El inicio de la vida sexual en este cantón está cada vez más precoz, lo que conlleva a más problemas de salud también, pues no hay la madurez necesaria como para hacerlo de manera responsable, lo que contribuye a que no se logre una sexualidad plena, pero también notamos que existen otros factores que influyen en este hecho y es la manera como los pobladores ven este acto, es decir como solo un compromiso o un deber por cumplir con su pareja; otro factor es el tener enfermedades crónicas principalmente que hace que disminuya su libido, pero por falta de confianza con su médico no son capaces de mencionarlo en una consulta, creyendo que la sexualidad solo está relacionada con la parte reproductiva o con el acto sexual meramente.
- ✓ El uso de anticonceptivos en esta población fue un tema desconocido para quienes hoy sobrepasan los 60 años, sin embargo tampoco es de conocimiento correcto o completo para los jóvenes y adolescentes actuales, pues muchos tienen información incompleta de todos los usos que estos poseen. Los colegios les dan información sobre anticonceptivos, pero no buscan una cita médica para despejar sus dudas con los profesionales de salud, todo ello contribuye a exponerse a enfermedades de transmisión sexual y a que lleguen embarazos no deseados o en momentos menos oportunos, por supuesto el planificar un embarazo no es una de las características de esta población por lo que las complicaciones en el embarazo y durante el parto son bastante frecuentes.
- ✓ Al no planificar un embarazo las mujeres de El Carmen se exponen a múltiples complicaciones, nos cuentan de que no reconocen signos de alarma, poco por no ser explicados por su médico en el primer control, más bien porque al no planificarlo no acuden oportunamente a su chequeo, o van simplemente donde las comadronas para que sean ellas quienes les digan si todo está bien. Esta es una realidad en este cantón, las mujeres aún confían mucho en las parteras y sus partos a domicilio continúan siendo una preferencia.

- ✓ Actualmente tenemos aún partos domiciliarios sin atención o supervisión médica, los motivos son variados, y en este cantón se destacan la vergüenza a que la vean, el no querer ser tocadas por médicos del sexo opuesto, y también destacamos el hecho de escuchar historias de maltrato durante la labor de parto en los hospitales. Las madres que tienen un parto en casa y que no presentaron complicaciones no acuden a controlarse posterior a un hospital y menos llevan a sus neonatos, lo que los hace más propensos a enfermedades y con frecuencia se escucha también las complicaciones que ocurrieron durante este proceso que las afortunadas sobrevivieron, pero por desgracia no todas corren con la misma suerte y se suman a las estadísticas de las muertes materno neonatales.

MUERTE

- ✓ Al entablar con los entrevistados sobre este tema es tocar un punto que para algunos es aún delicado por los recuerdos que están presentes y ante esto se pudo evidenciar que los moradores de El Carmen no están preparados para este suceso, ni mucho menos poderlos afrontar ni adaptarse a los cambios que esto conlleva en su vida cotidiana, tanto como individuo y en su entorno familiar y social, esto hace que los pobladores busquen otros medios para sentir alivio ante el dolor que sienten y deciden refugiarse en el alcohol, aislarse por la depresión, y hasta llegar al punto de intento de suicidio; mientras para otros pobladores la muerte es un proceso natural propio del ciclo de vida o en ciertos casos han aprendido a resignarse al enfrentar un fallecimiento previo. Independientemente a lo antes detallado los habitantes del cantón aún mantienen vigente ciertas creencias sobre la muerte, al mismo tiempo otra parte de la población se mantiene escéptica ante estas.
- ✓ Posterior a la muerte de un ser querido, sus familiares atraviesan por el respectivo duelo y luto, durante las entrevistas realizadas a los usuarios del Hospital Básico El Carmen nos pudimos percatar que cuentan con redes de apoyo cercanas que les ayudado a tratar de superar esa pérdida, a pesar de esto también existen pacientes que no lo han superado. Por consiguiente consideramos que la institución presenta debilidades en este tema por no brindar en las consultas medidas anticipatorias, no captar síntomas depresivos y no brindar en ocasiones una atención multidisciplinaria.

CONSUMO DE SUSTANCIAS

- ✓ El consumo de sustancias es un problema grave en El Carmen, todos los entrevistados reconocieron al menos un familiar con problemas de consumo de sustancias, sea abuso de alcohol o consumo de drogas, empiezan a edades tempranas, por influencias de amistades, por problemas familiares o por simple curiosidad.
- ✓ El consumo de sustancias puede provocar graves daños a la salud, pero no simplemente daño físico, la afectación es al núcleo familiar, durante esta investigación encontramos testimonios de que esto los llevo incluso a matar a sangre fría, y es un panorama que se vive en este cantón; otras consecuencias que ocasiona están además el maltrato intrafamiliar, la afectación a la economía, su relación con los trastornos mentales y otros delitos graves penados por la ley como robo y violaciones.
- ✓ Los habitantes de El Carmen buscan ayuda en profesionales de salud para familiares con problemas de consumo de sustancias, sin embargo también existe quienes realizan prácticas ancestrales propias de su cultura para mejorar estas actitudes. Esta investigación mostro además que lugares como centros de rehabilitación no son generalmente las mejores opciones para tratar este problema, por supuesto depende en gran medida como sea manejado, y que su verdadero objetivo sea el de ayudar a estos jóvenes a abandonar este problema.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

- ✓ Al momento de abordar el tema de violencia intrafamiliar consideramos importante saber que tanto es el conocimiento que tienen los habitantes de El Carmen sobre violencia intrafamiliar y con qué frecuencia se presentan estos casos. Los moradores están conscientes de los tipos de violencia que están presente en nuestro medio e incluso están actualizados con terminología y conceptos nuevos como es el caso del bullying. Los entrevistados refirieron haber sido víctima de violencia en algún momento de sus vidas por parte de su pareja e incluso de sus padres; en el caso de los adultos, ellos han hecho lo posible para cortar ese círculo vicioso como es la violencia logrando su objetivo unos desde su primer episodio y otros después de largos años de violencia. Con respecto a los adolescentes nos pudimos percatar que conocen mucho del tema y consideran a la violencia como acto inaceptable en este mundo globalizado y no estarían dispuestos a formar parte de los grupos vulnerables violentados, también tienen conocimiento de las demandas que se pueden

realizar al agresor y en caso de un episodio de violencia poderlo ejecutar, aunque también están conscientes de la inseguridad que nos brindan las leyes de nuestro país por dejar libre en poco tiempo al agresor comprendiendo de esta manera el proceder de algunas víctimas. También se mencionó que en algunos casos el acto violento se asocia al consumo de alcohol que como sabemos en realidad es el desencadenante de las violencias. Durante las entrevistas algunos pobladores manifestaron que en tiempos atrás fueron un agresor afiliándolo a su baja educación y en la actualidad recocen del error que cometieron, ante estos testimonios podemos darnos cuenta que existen progresos favorables respecto al tema en el Cantón El Carmen y su predisposición en brindar consejos a las nuevas generaciones para frenar con la violencia intrafamiliar paulatinamente.

- ✓ Otro punto a tratar fue sobre las barreras que presentaban las víctimas de agresión que les impiden poner una denuncia y frenar con este acto violento, entre las más mencionadas fueron el miedo, por la falta de educación que les impiden trabajar y ser mujeres independientes. Ante esto consideramos que contamos con una comunidad más moderna, consciente y con ganas de superación propia y como sociedad.
- ✓ Una de las entrevistas que más nos llamó la atención fue de una estudiante que había pasado por un episodio de violencia por parte de sus padres en la cual su madre no quiso que su paciente denunciara este hecho a las autoridades, ni permitió que asistiera a un hospital público para su recuperación. Podemos evidenciar que a pesar de contar con habitantes prestos a dejar a un lado ese patrón del machismo y la violencia intrafamiliar, existe también familias que optan por seguir con el círculo vicioso de la agresión tal vez por el que dirán, por miedo o por considerar conductas adecuadas.

ENFERMEDADES CRONICAS

- ✓ Las enfermedades crónicas son cada vez más frecuentes y en los habitantes de este cantón no son la excepción, sin embargo no existe un conocimiento adecuado sobre las mismas, ni sobre sus causas o factores de riesgo que podrían cambiar, ni las complicaciones que traerán con el tiempo, lo que ocasiona que sus habitantes continúen con hábitos no saludables de alimentación, inactividad física, consumo abusivo de alcohol y fumando cigarrillos sin tomar en cuenta lo que podría ocurrir con su salud a futuro. El no tener conocimiento claro sobre estas enfermedades hace que las familias no entiendan lo que conlleva vivir con una de estas enfermedades a la hora de su

diagnóstico sino que enfrentan la realidad años más tarde, desgraciadamente con la aparición de complicaciones y en algunos casos invalidantes.

- ✓ El poco conocimiento sobre este tipo de enfermedades en la población hace que no exista adherencia al tratamiento, por tanto mayor población con complicaciones, sin embargo notamos durante el trabajo de investigación que los habitantes con una buena educación sobre su enfermedad realizan los cambios necesarios para mejorar su salud, por desgracia en muchos casos solo recibieron este tipo de información cuando ya su enfermedad crónica dejó secuelas irreversibles.

RECOMENDACIONES

PARA LOS MEDICOS QUE LABORAN EN EL AREA DE EMERGENCIA

- ✓ Es cierto que las características de esta área no son las más idóneas para entablar estrecha relación médico-paciente por el factor tiempo y la cantidad de atenciones por brindar, sin embargo una buena relación médico-paciente no se basa en el tiempo sino en la calidad de atención brindada, por ello recomendamos en estas áreas difíciles, el practicar la tolerancia, la paciencia y sobre todo ejercer empatía con el ser humano que ya está librando una batalla por recuperar su salud.
- ✓ Por ser un área que está en constante movimiento, entendemos que es bastante difícil no cumplir con ciertas labores pero jamás deberíamos olvidar de una tarea importante que es el de educar al paciente en temas desconocidos para ellos, destinar un minuto de esta atención para enseñar un elemento básico que mejore su estilo de vida haría la diferencia en un paciente, pero esta educación no va encaminada a cambiar su cultura, más bien va direccionada a brindar herramientas necesarias para enfrentar y prevenir una enfermedad o complicaciones futuras, pues el desconocimiento hace que no se busque ayuda en su debido momento.

PARA LOS MEDICOS GENERALES DE LA CONSULTA EXTERNA

- ✓ Cada paciente que llega a la consulta médica por cualquier motivo de consulta, paciente a averiguar si existe otra causa que motivo a mi paciente a buscar mi ayuda, y si no me dio tiempo de hacer esto al menos ser amable con mi paciente y brindarle confianza dejando la puerta abierta para que la próxima

vez acuda a mi consulta con su verdadera demanda. es un ser humano que va en busca de alivio a su dolor, sea este físico, emocional, espiritual o mental; los médicos independientemente de la especialidad y el área en que laboren están en la obligación de cumplir con su deber como profesional, es decir brindar salud no solo biológico, sino también psicosocial, tomarnos por lo menos 5 minutos de los 20 asignados a cada.

- ✓ Ser médicos no es saber todo ni mucho menos el título es sinónimo de superioridad, ser médicos es crear una relación horizontal con mi paciente, entender sin juzgar su cultura, poner en práctica una relación igualitaria que es lo que busca la interculturalidad, recomendamos a nuestro personal de salud leer sobre las creencias de la población que atiendo y entender que no se trata de cambiar la cultura, se trata de que exista una empatía y una relación equitativa entre las dos culturas, porque el ser médicos no nos hace tener la verdad absoluta.
- ✓ Hablar de salud sexual y reproductiva es un tema que no incumbe solamente a quien va al control de su embarazo o al parto, es un tema que inicia desde mucho antes, desde la misma adolescencia con lo precoz que están el inicio de relaciones sexuales, invitar a los jóvenes a que conozcan bien los métodos de planificación familiar y de que un embarazo planificado tiene mejores resultados tanto para los progenitores como para el bebe, debe ser el objetivo a plantearnos cada vez que un paciente ingresa a consulta, independientemente de su edad, pues la familias siempre están compuestas por miembros de diferentes edades y género. Nuestra finalidad debe ser siempre el que las futuras madres planifiquen su embarazo y continúen con sus controles durante todas las etapas no solo del embarazo sino de todo su ciclo vital, en especial a quienes nos especializamos en medicina familiar, no tenemos un paciente, tenemos una familia por atender, y esta familia pertenece a una comunidad que también son nuestros pacientes.
- ✓ Como médicos debemos brindar medidas anticipatorias para preparar a familiares ante diversas situaciones que pueden cambiar el curso de vida, es decir afrontar las crisis normativas que por supuesto no podemos evitarles, simplemente enfrentarlas de la manera que provoque menos desequilibrio en el núcleo familiar y su entorno social, un ejemplo clásico de esta situación sería el esperar la muerte de un familiar de edad avanzada; pero existen otras crisis que afectan aún más a la dinámica familiar, es el caso de crisis no normativas, hablamos de la presencia de enfermedades crónicas o invalidantes, la muerte inesperada de un familiar de corta edad y el maltrato intrafamiliar. Lograr que el

paciente tenga confianza en su médico y que acuda a este ante cualquier situación de las mencionadas debería ser el objetivo de todos los médicos.

PARA LOS MÉDICOS FAMILIARES

- ✓ Durante la formación como médico familiar se adquiere destrezas como ser un buen clínico, científico, consejero, docente o educador, compañero y sobre todo ser bastante accesible, es decir es el responsable de brindar una atención integral no solo al enfermo sino también a su familia y la comunidad en la que se desenvuelve, además trata tanto al enfermo como a la enfermedad, todos estos principios deben ser puestos en práctica durante cada una de las consultas médicas que se realizan diariamente, pues el perfil con el que nos formamos debe ser nuestra carta de presentación ante todos, sean pacientes o colegas médicos.
- ✓ Este trabajo evidencio la presencia y la satisfacción de los pacientes al acudir a un médico que cumpla con las destrezas mencionadas propias del médico de familia, pero también salió a relucir testimonios desagradables que vivieron nuestros pacientes al no recibir una atención de calidad por parte de este mismo especialista. Por tanto replantearnos el perfil de nuestra formación, realizarnos un autoexamen y ser críticos con nosotros mismo, debe ser un ejercicio que todo médico de familia debe realizar periódicamente, citamos las palabras registradas en un manual escrito por médicos de familia:

El médico debe reflexionar desde su propio presente del “aquí y ahora”, cuestionando la “mitología histórica medica”, llena de héroes que acabaron con las enfermedades o salvaron a la humanidad. Dejar de mentirse sobre la profesión del médico como un trabajo sacrificado que se basa en una vocación de servicio a los más necesitados, debe llevar a la frustración y la autocrítica de lo que consideraba único y especial (Herrera, Gaus, Guevara, Troya y Obregón, 2019, p. 24).

PARA EL PERSONAL NO MEDICO QUE LABORA EN LA UNIDAD

- ✓ La atención medica de un paciente en el Hospital Básico el Carmen inicia desde el momento de la adquisición de un turno, sea por Call Center o por agenda directa en admisión, lo que ocurra desde este momento hasta cuando salga de la unidad luego de ser escuchado por su médico, influirá de manera positiva o negativa en la salud de este, por tanto la recomendación al resto del personal que labora en la institución (guardianía, limpieza, laboratorio, rayos X,

farmacia, enfermería, admisión y otros) es la misma que se persigue con los médicos, el mostrar empatía con el paciente, solo si nos colocamos en el lugar del usuario podremos ofrecerle un servicio de calidad, porque el buen trato y el espíritu de servicio hacia los demás es lo que debe motivarnos día a día a continuar en los puestos que desempeñamos dentro de una casa de salud.

PARA LOS USUARIOS DEL HOSPITAL BASICO EL CARMEN

- ✓ Para lograr una interculturalidad en este cantón entre los usuarios y el personal que labora en la unidad es necesario que todos aprendamos a respetar la cultura de los demás, a no creer que tenemos la verdad absoluta, por supuesto como médicos que conocemos del tema ponemos el ejemplo, pero los usuarios también necesitan ser más receptivos, más tolerantes, y más que todo también entender que existen las urgencias, las emergencias y lo que debe ser tratado por consulta externa, si respetamos esta organización el beneficio será mutuo.
- ✓ La empatía también es una cualidad que no solo el médico debe aprender a ponerla en práctica, es una tarea que también el usuario debe cultivarla, porque finalmente tanto el médico como el paciente son seres humanos con sentimientos, problemas y necesidades similares, la interculturalidad es una interacción equitativa y respetuosa de dos culturas, por lo tanto fomentarla es tarea también del usuario.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Álava, P., E., (1995) "*Manabí sus creencias y sus costumbres*" Calceta-Manabí

Disponible: <http://comidasquecuran.com.ec/wp-content/uploads/2013/09/manabi-creencias-y-tradiciones.pdf>

Altarejos, M., F., & García, M., A., (2003). Del relativismo cultural al etnocentrismo (y vuelta). España.

Disponible: <http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/8283/1/Estudios%20Eb.pdf>

Álvarez, S. M., Benítez, D. M., Espinosa, A. J., Gorroñoigoitia, I. A., Muñoz, C. F., Regato, P. P. (2004). *Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria*. Barcelona-España. Portaferrisa.

Arango R., P., (2012) "*Relación Médico- Paciente. Ideal Siglo XXI*" (Artículo de Reflexión)

Disponible: https://www.academia.edu/24886377/RELACION_MEDICO_PACIENTE_IDEAL_SIGLO_XXI_PAR_UIS

Arribas, L., Bailon, E y Ortega, A., (2019). Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina familiar. Elsevier España.

Ávila, F. F. (2010). *Definición y objetivos de la geriatría*. México. Medigraphic.

Disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102b.pdf>

Bertolote, J. M. (2008). "*Raíces del concepto de salud mental*". Políticas de salud mental. Ginebra-Suiza. Edición Especial.

Disponible: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892005000900001&script=sci_arttext&tlnq=en

Buitrago, R. F., Ciurana, M. R., Chocrón, B. L., Fernández, A. M., García, C. J., Montón, F. C., Tizón, G. J. (2018). "*Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018*". Atención Primaria. Vol. 5º. Elsevier España.

Disponible: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0212656718303640>

Cain, L., (1964) "Curso de vida y estructura social" Paris

Disponible: <http://www.worldcat.org/title/handbook-of-modern-sociology/oclc/254586>

Carmona., B., Z y Bracho., L., C (2008). La Muerte, El Duelo y El Equipo de Salud.

Revista de Salud Pública, 2(2), 14-23

Disponible: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/viewFile/7197/8281>

Centro de Alcoholismo, Abuso de Sustancias y Adicción (2008). "*Una intervención*

para tratar la dependencia del alcohol: relacionar elementos de la gestión medica con los resultados del paciente con implicaciones para la atención primaria". Universidad de Nuevo México.

Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=18779548>

Código de Deontología Médica (2011) "*Guía de Ética Médica*"- España

Disponible: https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf

Comisión nacional de Derechos Humanos (CNDH). "*¿Qué es la violencia familiar y como contrarrestarla?*". México: Comisión nacional de Derechos Humanos, 2016

Disponible: <http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/foll-Que-violencia-familiar.pdf>

Cunningham, F, Gary (2010) "*Williams Obstetricia*"- México. 44

Disponible: <https://drive.google.com/file/d/1iSlGhTdoo2emPLsCpnwEcFVqwi3btKGJ/view>

Cussiánovich, V., A., Tello, G., J., y Soletto, T., M., (2007) "*Violencia Intrafamiliar*" Perú.

Disponible: <https://www.repositoriopncvfs.pe/wp-content/uploads/2016/08/Violencia-intrafamiliar.pdf>

Debrouwere Inge (2008) “*Comunicación médico paciente*” Quito-Ecuador Pág. 8

Disponible:

<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/DEBROUWERE%20COMUNICACION%20MEDICO%20PACIENTE.pdf>

Declaración de Alma Ata (1978) “*Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata*” ex Unión de las Repúblicas Socialistas Soviéticas Pág.1

Disponible: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M & Varela, M. (2013). “*La entrevista, recurso flexible y dinámico*”. *Elsevier*, 2 (7),163.

Disponible: <http://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>

Dirección General de Salud Pública (2006) “*Salud sexual, guía de métodos anticonceptivos*”. Junta de Comunidades de Castilla–La Mancha.

Disponible:

http://www.portaljovenclm.com/documentos/saludJoven/SaludJoven_Guia_Anticonceptivos.pdf

Ember. C., Ember. M & Peregrine, P. (2004). “*Antropología*”. Madrid-España. Pearson educación, S.A.

Disponible: <https://socialesupnfm.files.wordpress.com/2016/05/libro-antropologia-carol-ember.pdf>

Fernández, J., G., (2006) “*Salud e interculturalidad en América Latina*”. España. Abya-Yala.

Disponible: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/chungara/v42n2/art16.pdf>

Gavidia & Talavera (2012) “*La construcción del concepto de salud*” España Pág. 162 y 174

Disponible: <https://www.uv.es/comsal/pdf/Re-Esc12-Concepto-Salud.pdf>

Guía de Salud Mental Comunitaria. (2016). Ecuador.

Disponible:

<http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Guia%20de%20Salud%20Comunitaria.pdf>

GBD (2016). *“Uso y carga de alcohol en 195 países y territorio, 1990-2016: un análisis sistemático para el Estudio de la carga mundial de enfermedades 2016”*.

Biblioteca Nacional de Medicina en EE.UU. Institutos Nacionales de Salud.

Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6148333/>

Geertz, C (1996) *“Los usos de la diversidad”* Barcelona-España.

Disponible: <http://bivir.uacj.mx/Reserva/Documentos/rva2006137.pdf>

Gómez, R., D., (2003) *“La noción de salud”*- Medellín-Colombia Pág. 7

Disponible: <http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/cvsp/La%20nacion%20de%20salud.pdf>

Hamui A., Varela R., M., (2012) *“La Técnica de los Grupos Focales”* México

Disponible: http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V2Num01/09_MI_HA_MUI.PDF

Hareven, T., (1971) *“La historia de la familia como campo interdisciplinario”*. Revista de historia interdisciplinaria. Massachusetts.

Disponible: file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/art%C3%ADculo_redalyc_3238_27304003.pdf

Harris, M., (1990) *“Antropología cultural”* Madrid-España. Alianza editorial, S.A.

Disponible: <https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/harris-marvin-antropologia-cultural.pdf>

Herrera, D., Gaus, D., Guevara, A., Troya, C., Obregón, M., (2019). *“Manual de medicina integral e intercultural”*. Santo Domingo de los Tsáchilas-Ecuador.

Iciar, I., Sordo, L., Pulido, J., Vallejo, F., Sarasa, A., Bravo, M., (2014). *“Métodos de investigación sobre daños en la población relacionados con el alcohol”*. Revista Española de Salud Pública. Vol. 88 N°4.

Disponible:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000400003

Johnson, K., Posner. S. F., Biermann. J., Cordero. J., Atrash. H. K., Parker. C. S., Boulet. S., Curtis. M. G. (2006). Recomendaciones para mejorar la salud preconcepcional y la atención médica---Estados Unidos. Recomendaciones e informes.

Disponible: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5506a1.htm>

La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño, y el Adolescente (2016-2030)

Disponible:http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_GSUpdate_Full_ES_2017_web.pdf

Laín E., P., (2004) *“Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica”*

Disponible:http://www.academia.edu/6871355/Acerca_de_la_comunicaci%C3%B3n_m%C3%A9dico-paciente_desde_una_perspectiva_hist%C3%B3rica_y_antropol%C3%B3gica

Laín E., P., (1984) *“Antropología médica para clínicos”* Barcelona-España.

Disponible:<file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/antropologia-medica-para-clinicos.pdf>

Ley 103. Ley contra la violencia a la mujer y a la familia, Ecuador, 11 de Diciembre de 1995.

Disponible:<http://www.lexis.com.ec/wp-content/uploads/2017/09/LEY-CONTRA-LA-VIOLENCIA-A-LA-MUJER-Y-LA-FAMILIA.pdf>

Loconte, N., Madison, W., Abenaa, M., Brewster, M., Kaur, J., Jacksonville, F., Merrill,

J., Alexandria, V., Alberg, A. (2017). "Alcohol y cáncer: una declaración de la Sociedad Americana de Oncología Clínica". Revista de oncología.

Disponible: https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2017.76.1155?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft_dat=cr_pub%3Dpubmed

Manual de Estadísticas y Censos 2010-Manabi & Gobierno Autónomo Descentralizado El Carmen (2010).

Disponible: <https://es.scribd.com/doc/100658998/Manabi-resumen-Censo-Poblacion-y-Vivienda-2010>

Manual del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS (2013)

Disponible: https://cursospaises.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/50311/mod_resource/content/0/Modulo_2/manual_mais_2013_pg37_50.pdf

Martin., Z., A & Cano., P., J (2008) "Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica". (6taed.). Barcelona, España: Elsevier.

Disponible: <https://booksmedicos.org/atencion-primaria-conceptos-organizacion-y-prctica-clinica-6a-edicion/#more-116215>

Martin, S (1992). "La epidemiología de la violencia interpersonal relacionada con el alcohol". Medline.

Disponible: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-risks-and-benefits-of-alcohol-consumption/abstract/150>

Melguizo, H., E., & Alzate, P., M (2008) "Creencias y Prácticas en el cuidado de la salud" Bogotá-Colombia Pág.120

Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v26n1/v26n1a12.pdf>

Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política nacional Intercultural en Salud (1996).

Disponible: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/14-Esp%20IND7.pdf>

Meza., D., E., García., S., Torres., G., A., Castillo., L., Sauri., S. y Martínez., B., S

(2008). Proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 13(1), 28-31

Disponible: <https://www.redalyc.org/pdf/473/47316103007.pdf>

Miller B., (2011) “*Antropología Cultural*” Madrid-España.

Disponible: https://drive.google.com/file/d/1rMvGklmzZ_r3rcSq60AU94HF5zoq1an1/view

Ministerio de Salud Pública (2016) “*Control Prenatal-Guía de Práctica Clínica*” Quito-Ecuador

Disponible: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Guia%20Control%20Prenatal.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva: Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública, Marzo, 2017, Quito, Ecuador.

Disponible: <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>

Ministerio de Salud Pública de Uruguay, Guías en salud sexual y Reproductiva. 2005, Uruguay.

Disponible: <https://www.sguruguay.org/documentos/msp-gssr-capitulo-anticoncepcion-metodos-reversibles.pdf>

Montero H., E., Delis T., M., Ramírez P., R., Milán V., A., y Cárdenas C., R., (2011)

“*Realidades de la violencia familiar en el mundo contemporáneo*”

Murillo F.J. & Martínez., G., C (2010) “*Investigación Etnográfica*” U.A.M Madrid-España
Pág. 2

Disponible: https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Pre-sentaciones/Curso_10/I_Etnografica_Trabajo.pdf

Navarro Rubio et al., (2018) “*Desarrollo de materiales educativos para pacientes crónicos y familiares*”. Elsevier. Barcelona-España.

Ocampo., M., J., (2013) “*Antropología médica como antropología filosófica*”. Revista Mexicana de Angiología. Vol. 41.

Disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexang/an-2013/an132a.pdf>

Organización Mundial de la Salud (1994) “*Glosario de términos de alcohol y drogas*” España

Disponible: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/glosario%20de%20terminos%20de%20alcohol%20y%20drogas.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2003) “*Salud Reproductiva*”

Disponible: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/salud%20sexual%20y%20reproductiva%20oms.pdf>

Organización Mundial de la Salud-Ginebra (2004) “*El Embarazo*” OMS-Francia

Disponible: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/salud_mental.pdf

Organización Mundial de la Salud (2012) “*Enfermedades Crónicas*”

Disponible: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

Organización Mundial de la Salud (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS; [citado 5 Ago. 2009]:3.

Disponible: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2018)

Disponible: <http://www.who.int/topics/pregnancy/es/>

Organización Mundial de la Salud (2015) “*Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad*”.

Disponible: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49504/9789275320174_spa.pdf?ua=1

Organización Panamericana de la Salud

Disponible: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=420:unidad-curso-vida-saludable&Itemid=39489&lang=es

Oviedo., S., S., Parra., F., F., Marquina., V., M., (2009). La Muerte y El Duelo. *Revista electrónica cuatrimestral de enfermería*. 15, 1-9

Disponible: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/reflexion1.pdf>

Piñón L., S., (2004) “*Desafíos de la Salud Intercultural*” – CIESAS -México Pág. 8

Disponible: <http://www.geocities.ws/congresoprograma/8-1.pdf>

Política Andina de Salud Intercultural/ Organismo Andino de Salud (2014)

Disponible: <http://www.orasconhu.org/sites/default/files/POLITICA%20ANDINA%20DE%20SALUD%20INTERCULTURAL%202014.pdf>

Purnell L, Paulanka B. Transcultural health care: a culturally competent approach. 2nd ed. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2003, 376 p.

Disponible: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12891/13649>

Rivas, A., (2019). “*Esquema metodológico mínimo para Trabajos de Titulación*

Etnográficos, Proyecto, Proyecto experiencias y trayectorias en torno a la salud. Interculturalidad, Atención Sanitaria y Relación Médico-Paciente, Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, PUCE, Quito, 2017-2019.

Rodríguez., A., M., (2008) “*Relación médico paciente*” La Habana. Ciencias médicas.

Disponible: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/Relacion_medico-paciente.pdf

Rodríguez O., G., (2011) “*Violencia Social*” – México

Disponible: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/violencia%20social.pdf>

Roses, P, M., (2005). “*La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas*”. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Pan Am J Public Health 18.

Disponible: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28083.pdf>

Sánchez, A., R., (2014) “*La relación médico-paciente y la importancia en la práctica médica*” La Habana-Cuba Pág. 3

Disponible: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol43_4_14/mil11414.htm

Robles, R. M., Miralles, B. R., Llorach, G. I y Cervera, A.A. (2006). *Tratado de Geriátria para residentes*. Madrid-España. International Marketing & Communication, S.A.

Disponible: <https://clea.edu.mx/biblioteca/Soc%20Esp%20De%20Geriatria%20-%20Tratado%20De%20Geriatria.pdf>

Taylor R., (2005) “*conceptos centrales en medicina familiar*” Artículo Medicina Familiar tomo 6. IntraMed

Disponible: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=37629>

Tena, et al (2018) “*Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica*” Artículo de revisión. Med.Int. México.

Disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2018/mim182h.pdf>

Villegas, et al (2003) “*Bases para la atención médica integral en el primer nivel de atención*” Modulo 1-Universidad de Costa Rica - Pág. 14, 21

Disponible: <http://www.esanitas.edu.co/Diplomados/VIH/Modulo%205/recursos/AlSmodulo1.pdf>

ANEXOS

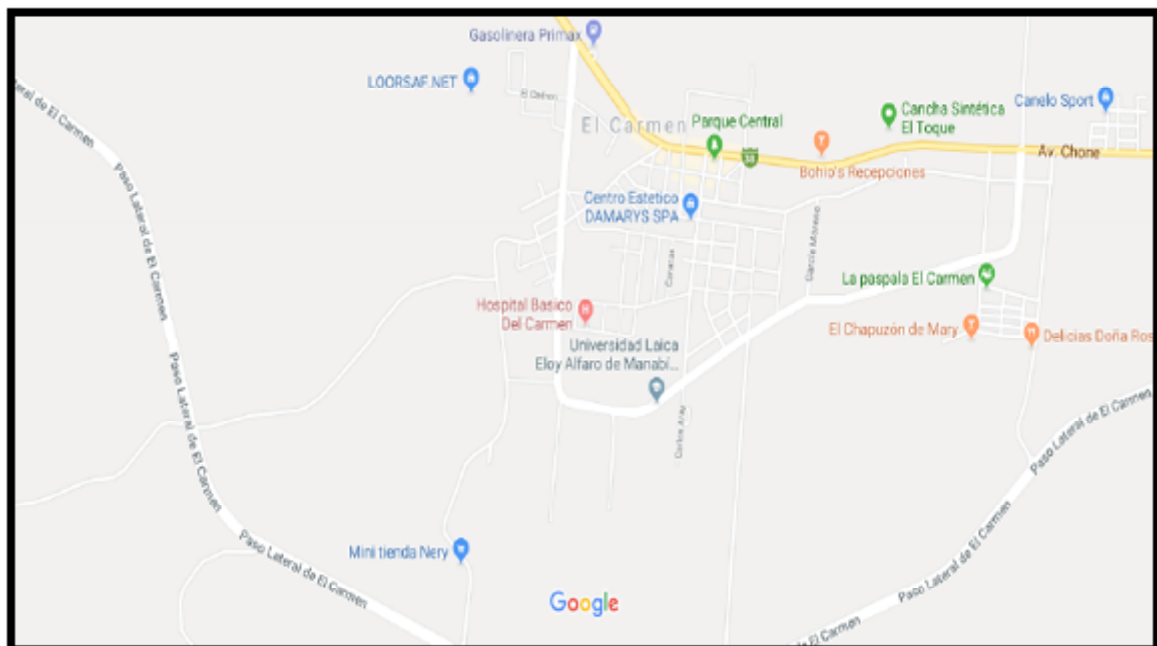
ANEXO 1. FIGURAS

Figura 54. Mapa del Cantón El Carmen



Fuente: Google Imágenes

Figura 55. Ubicación del Hospital Básico El Carmen



Fuente: google mapas

Figura 56. Hospital Básico El Carmen



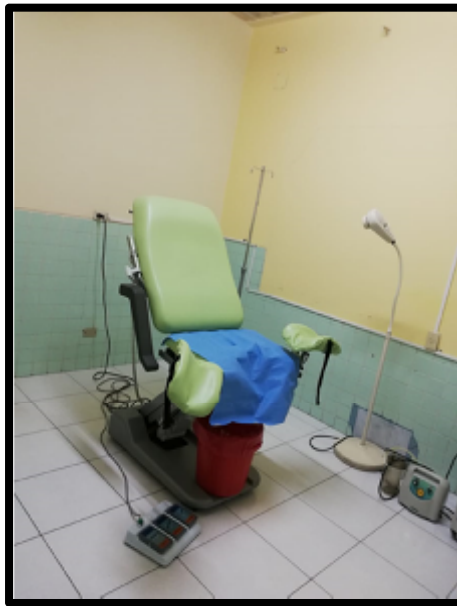
Tomada por: Autoras

Figura 57. Área de Emergencia del Hospital Básico El Carmen



Tomada por: Autoras

Figura 58. Área de Valoración Obstétrica



Tomada por: Autoras

Figura 59. Área de Sala de Parto



Tomada por: Autoras

Figura 60. Área de Quirófano



Tomada por: Autoras

Figura 61. Área de Hospitalización del Hospital Básico El Carmen



Tomada por: Autoras

Figura 62. Consulta externa del Hospital Básico El Carmen.



Tomada por: Autoras

Figura 63. Departamento de Estadística del Hospital Básico El Carmen



Tomada por: Autoras

Figura 64. Unidad Anidada de Consulta Externa



Tomada por: Autoras

Figura 65. Área de Baciloscopia



Tomada por: Autoras

Figura 66. Otros departamentos del Hospital Básico El Carmen



Tomada por: Autoras

Figura 67. Servicios extras.



Tomada por: Autoras


Figura 68. Grupos focales.



Tomada por: Autoras

ANEXO2. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

Anexo 2.1. Consentimiento informado para entrevista semiestructurada


Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

**"EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD
INTERCULTURALIDAD, ATENCIÓN SANITARIA Y RELACIÓN MÉDICO PACIENTE
EN EL HOSPITAL BASICO EL CARMEN, 2019"**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente consentimiento tiene como finalidad brindar una explicación clara, detallada y exponer la finalidad sobre la investigación que se llevara a cabo en el Hospital Básico El Carmen.

Usted ha sido invitado a formar parte de un estudio investigativo, que luego de su culminación y cumplimiento de sus objetivos ayudara a fomentar la empatía y mejorar la relación médico-paciente, y personal de administrativo con los usuarios.

Antes de que decida participar en esta tesis por favor lea detenidamente este documento, realice todas las preguntas que considere pertinentes para despejar las dudas con la finalidad de comprender los procedimientos, riesgos y beneficios de este estudio. La investigación se llevara a cabo por Posgradista de Medicina familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador para su titulación como especialistas: Fatima Margarita Bonilla Pomaquis y Kerly Lissette León Mora.

Su participación es totalmente voluntaria, la información obtenida será confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de este proyecto. En el caso de desistir por alguna eventualidad no perderá beneficios ni será penalizado (a). Su colaboración consiste en permitir realizar una entrevista referente al tema propuesto, la cual tendrá una duración aproximada de una hora.

De antemano agradecemos su participación.

Yo:, con CI:

Acepto participar en este estudio realizado por las Médicos Fatima Bonilla y Kerly León. He sido informado (a) de la finalidad del estudio y se me ha indicado que se me realizara una entrevista que abarca temas como la salud, enfermedad, la familia, con una duración aproximada de 1 hora.

Estoy consciente que es un acto voluntario, estrictamente confidencial y que no perjudicara mi integridad ni se violara mis derechos humanos ni el de mi familia.

Como constancia firmo el presente documento:

Firma:

Fecha:


Hospital Básico El Carmen, Calle Quito y Manta, teléfono: 2660173

Si desea más información puede comunicarse con :

Fatima Bonilla	Kerly Leon
Teléfono: 0991706394	Telefono: 0959946693
Correo: faty_maqui@hotmail.com	Correo: lissetteleonmora@gmail.com

Elaborado por: Las Autoras

Anexo 2.2. Consentimiento informado para entrevistas semiestructurada para padres de menores de edad.

 Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

**"EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD
INTERCULTURALIDAD, ATENCIÓN SANITARIA Y RELACIÓN MÉDICO PACIENTE
EN EL HOSPITAL BASICO EL CARMEN, 2019"**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente consentimiento tiene como finalidad brindar una explicación clara, detallada y exponer la finalidad sobre la investigación que se llevara a cabo en el Hospital Básico El Carmen.

Su representado (a) ha sido invitado a formar parte de un estudio investigativo, que luego de su culminación y cumplimiento de sus objetivos ayudara a fomentar la empatía y mejorar la relación médico-paciente, y personal de administrativo con los usuarios.

Antes de que autorice a su representado (a) participar en esta tesis por favor lea detenidamente este documento, realice todas las preguntas que considere pertinentes para despejar las dudas con la finalidad de comprender los procedimientos, riesgos y beneficios de este estudio.

La investigación se llevara a cabo por Posgradista de Medicina familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador para su titulación como especialistas: Fatima Margarita Bonilla Pomaquisa y Kerly Lissette León Mora.

Su participación es totalmente voluntaria, la información obtenida será confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de este proyecto. En el caso de desistir por alguna eventualidad no perderá beneficios ni será penalizado (a). Su colaboración consiste en permitir realizar una entrevista referente al tema propuesto, la cual tendrá una duración aproximada de una hora.

De antemano agradecemos su participación.

Yo:, con CI:

Representante de:

Acepto que mi participe en este estudio realizado por las Médicos Fatima Bonilla y Kerly León. He sido informado (a) de la finalidad del estudio y se me ha indicado que se realizara una entrevista que abarca temas como la salud, enfermedad, la familia, con una duración aproximada de 1 hora.

Estoy consciente que es un acto voluntario, estrictamente confidencial y que no perjudicará mi integridad ni se violará mis derechos humanos ni el de mi familia.

Como constancia firmo el presente documento:

Firma:

Fecha:

Hospital Básico El Carmen, Calle Quito y Manta, teléfono: 2660173

Si desea más información puede comunicarse con:

Fatima Bonilla

Teléfono: 0991706394

Correo: faty_magui@hotmail.com


Kerly Leon

Telefono: 0959946693

Correo: lisseteleonmora@gmail.com

Elaborado por: Las Autoras

Anexo 2.3. Asentimiento informado para menores de edad que participan en entrevista semiestructurada.

 Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

**"EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD
INTERCULTURALIDAD, ATENCIÓN SANITARIA Y RELACIÓN MÉDICO PACIENTE
EN EL HOSPITAL BASICO EL CARMEN, 2019"**

ASENTIMIENTO INFORMADO

El presente consentimiento tiene como finalidad brindar una explicación clara, detallada y exponer la finalidad sobre la investigación que se llevara a cabo en el Hospital Básico El Carmen.

Usted ha sido invitado a formar parte de un estudio investigativo, que luego de su culminación y cumplimiento de sus objetivos ayudara a fomentar la empatía y mejorar la relación médico-paciente, y personal de administrativo con los usuarios.

Antes de que decida participar en esta tesis por favor lea detenidamente este documento, realice todas las preguntas que considere pertinentes para despejar las dudas con la finalidad de comprender los procedimientos, riesgos y beneficios de este estudio. La investigación se llevara a cabo por Posgradista de Medicina familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador para su titulación como especialistas: Fatima Margarita Bonilla Pomaquisa y Kerly Lissette León Mora.

Su participación es totalmente voluntaria, la información obtenida será confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de este proyecto. En el caso de desistir por alguna eventualidad no perderá beneficios ni será penalizado (a). Su colaboración consiste en permitir realizar una entrevista referente al tema propuesto, la cual tendrá una duración aproximada de una hora.

De antemano agradecemos su participación.

Yo:, con CI:

Acepto participar en este estudio realizado por las Médicos Fatima Bonilla y Kerly León. He sido informado (a) de la finalidad del estudio y se me ha indicado que se me realizara una entrevista que abarca temas como la salud, enfermedad, la familia, con una duración aproximada de 1 hora.

Estoy consciente que es un acto voluntario, estrictamente confidencial y que no perjudicara mi integridad ni se violara mis derechos humanos ni el de mi familia.

Como constancia firmo el presente documento:

Firma:

Fecha:


Hospital Básico El Carmen, Calle Quito y Manta, teléfono: 2660173

Si desea más información puede comunicarse con :

Fatima Bonilla	Kerly Leon
Teléfono: 0991706394	Telefono: 0959946693
Correo: faty_magui@hotmail.com	Correo: lissetteleonmora@gmail.com

Elaborado por: Las Autoras

Anexo 2.4. Consentimiento informado para participantes en grupo focal.

 Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

**"EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD
INTERCULTURALIDAD, ATENCIÓN SANITARIA Y RELACIÓN MÉDICO PACIENTE
EN EL HOSPITAL BASICO EL CARMEN, 2019"**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente consentimiento tiene como finalidad brindar una explicación clara, detallada y exponer la finalidad sobre la investigación que se llevara a cabo en el Hospital Básico El Carmen.

Usted ha sido invitado a formar parte de un estudio investigativo, que luego de su culminación y cumplimiento de sus objetivos ayudara a fomentar la empatía y mejorar la relación médico-paciente, y personal de administrativo con los usuarios.

Antes de que decida participar en esta tesis por favor lea detenidamente este documento, realice todas las preguntas que considere pertinentes para despejar las dudas con la finalidad de comprender los procedimientos, riesgos y beneficios de este estudio.

La investigación se llevara a cabo por Posgradista de Medicina familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador para su titulación como especialistas: Fatima Margarita Bonilla Pomaquiza y Kerly Lisette León Mora.

Su participación es totalmente voluntaria, la información obtenida será confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de este proyecto. En el caso de desistir por alguna eventualidad no perderá beneficios ni será penalizado (a). Su colaboración consiste en permitir ser parte de un grupo focal en donde se realizara una entrevista grupal a usted y aproximadamente 5 o 6 participantes más referente al tema propuesto, la cual tendrá una duración aproximada de una hora.

De antemano agradecemos su participación.

Yo:, con CI:

Acepto participar en este estudio realizado por las Médicos Fatima Bonilla y Kerly León. He sido informado (a) de la finalidad del estudio y se me ha indicado que se realizara una entrevista grupal que abarca temas como la salud, enfermedad, la familia, con una duración aproximada de 1 hora.

Estoy consciente que es un acto voluntario, estrictamente confidencial y que no perjudicará mi integridad ni se violará mis derechos humanos ni el de mi familia.

Como constancia firmo el presente documento:

Firma:

Fecha:

Hospital Básico El Carmen. Calle Quito y Manta, teléfono: 2660173

Si desea más información puede comunicarse con:

Fatima Bonilla

Teléfono: 0991706394

Correo: faty_magui@hotmail.com


Kerly León

Teléfono: 0959946693

Correo: lisseteleonmora@gmail.com

Elaborado por: Las Autoras

Anexo 2.5. Consentimiento informado para el representante de los menores de edad para participación en grupo focal.

 Pontificia Universidad Católica del Ecuador

**"EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD
INTERCULTURALIDAD, ATENCIÓN SANITARIA Y RELACIÓN MÉDICO PACIENTE
EN EL HOSPITAL BASICO EL CARMEN, 2019"**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente consentimiento tiene como finalidad brindar una explicación clara, detallada y exponer la finalidad sobre la investigación que se llevara a cabo en el Hospital Básico El Carmen.

Su representado (a) ha sido invitado a formar parte de un estudio investigativo, que luego de su culminación y cumplimiento de sus objetivos ayudara a fomentar la empatía y mejorar la relación médico-paciente, y personal de administrativo con los usuarios.

Antes de que autorice a su representado (a) participar en esta tesis por favor lea detenidamente este documento, realice todas las preguntas que considere pertinentes para despejar las dudas con la finalidad de comprender los procedimientos, riesgos y beneficios de este estudio

La investigación se llevara a cabo por Posgradistas de Medicina familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador para su titulación como especialistas: Fatima Margarita Bonilla Pomaquiza y Kerly Lissette León Mora.

La participación de su representado(a) es totalmente voluntaria, la información obtenida será confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de este proyecto. En el caso de desistir por alguna eventualidad no perderá beneficios ni será penalizado (a). La colaboración consiste en permitir formar parte de un grupo focal en donde se realizara una entrevista grupal a su representado (a) y aproximadamente 6 a 9 participantes más referente al tema propuesto, la cual tendrá una duración aproximada de una hora.

De antemano agradecemos su participación.

Yo:, con CI:

Representante de:

Acepto que mi participe en este estudio realizado por las Médicos Fatima Bonilla y Kerly León. He sido informado (a) de la finalidad del estudio y se me ha indicado que se realizara una entrevista grupal que abarca temas como la salud, enfermedad, la familia, con una duración aproximada de 1 hora.

Estoy consciente que es un acto voluntario, estrictamente confidencial y que no perjudicará mi integridad ni se violará mis derechos humanos ni el de mi familia.

Como constancia firmo el presente documento:

Firma:

Fecha:

Hospital Básico El Carmen, Calle Quito y Manta, teléfono: 2660173


Si desea más información puede comunicarse con:

Fatima Bonilla
Teléfono: 0991706394
Correo: faty_magui@hotmail.com

Kerly León
Teléfono: 0959946693
Correo: lisseteleonmora@gmail.com

Elaborado por: Las Autoras

Anexo 2.6. Asentimiento informado para menores de edad que participan en grupos focales.

 Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

**"EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD
INTERCULTURALIDAD, ATENCIÓN SANITARIA Y RELACIÓN MÉDICO PACIENTE
EN EL HOSPITAL BASICO EL CARMEN, 2019"**

ASENTIMIENTO INFORMADO

El presente consentimiento tiene como finalidad brindar una explicación clara, detallada y exponer la finalidad sobre la investigación que se llevara a cabo en el Hospital Básico El Carmen.

Usted ha sido invitado a formar parte de un estudio investigativo, que luego de su culminación y cumplimiento de sus objetivos ayudara a fomentar la empatía y mejorar la relación médico-paciente, y personal de administrativo con los usuarios.

Antes de que decida participar en esta tesis por favor lea detenidamente este documento, realice todas las preguntas que considere pertinentes para despejar las dudas con la finalidad de comprender los procedimientos, riesgos y beneficios de este estudio.

La investigación se llevara a cabo por Posgradista de Medicina familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador para su titulación como especialistas: Fatima Margarita Bonilla Pomaquiza y Kerly Lissette León Mora.

Su participación es totalmente voluntaria, la información obtenida será confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de este proyecto. En el caso de desistir por alguna eventualidad no perderá beneficios ni será penalizado (a). Su colaboración consiste en permitir ser parte de un grupo focal en donde se realizara una entrevista grupal a usted y aproximadamente 5 o 6 participantes más referente al tema propuesto, la cual tendrá una duración aproximada de una hora.

De antemano agradecemos su participación.


Yo:, con CI:

Acepto participar en este estudio realizado por las Médicos Fatima Bonilla y Kerly León. He sido informado (a) de la finalidad del estudio y se me ha indicado que se realizara una entrevista grupal que abarca temas como la salud, enfermedad, la familia, con una duración aproximada de 1 hora.

Elaborado por: Las Autoras

ANEXO 3. CUESTIONARIOS GUIAS PARA ENTREVISTAS Y GRUPOS FOCALES

Anexo 3.1. Cuestionario para entrevista semiestructurada



CUESTIONARIO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

TEMA:

**“EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD
INTERCULTURALIDAD, ATENCIÓN SANITARIA Y RELACIÓN MÉDICO PACIENTE
EN EL HOSPITAL BASICO EL CARMEN, 2019”**

EDAD: _____ SEXO: _____

PROCEDENCIA: _____ OCUPACION: _____


ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____

- 1.- ¿Qué es para usted la salud?
- 2.- ¿Cuándo decide ir al médico?
- 3.- ¿Qué prácticas de salud no recomendadas por médicos son útiles para usted?
- 4.- ¿Qué tan difícil es para usted ser atendida por un médico o que le dificultad obtener una consulta?
- 5.- ¿Cumple usted con todas las medidas o la toma de medicamentos enviados? O ¿qué hace que abandone el tratamiento?
- 6.- Cuéntenos sus experiencias cuando ha asistido a una consulta en el Hospital Básico El Carmen.
- 7.- ¿Qué piensa o que sabe de las enfermedades mentales; podría reconocer a alguien con una enfermedad mental?
- 8.- Si tiene familiares enfermos mentales sabe o le han explicado efectos ¿qué pueden causar la medicación que toma, por qué abandona el tratamiento su familiar?
- 9.- ¿Tiene vida sexual activa?; ¿Desde qué edad?; ¿Han sido o son sus encuentros sexuales satisfactorios?
- 10.- ¿Qué sabe sobre métodos anticonceptivos? Sus usos aparte de prevención de embarazos.
- 11.- Su primer embarazo a ¿qué edad fue?; ¿cuántos hijos tiene? y ¿ese fue el número de hijos que planeaba tener?
- 12.- ¿Cómo reconoce que su embarazo esta normal y que su bebe será sano?
- 13.- ¿Dónde nacieron sus hijos y por qué?
- 14.- ¿En qué momento del embarazo decidió acudir a la emergencia?
- 15.- Si su parto fue en casa, ¿cuándo acudió a un médico para valorar que todo estaba bien?
- 16.- ¿Tiene familiares que han fallecido y que extraña mucho?

- 17.- ¿Cómo ha superado la pérdida de un ser querido?
- 18.- ¿Tiene familiares que usen drogas o beban alcohol con mucha frecuencia? ¿Cómo ha influido en su familia este hecho?
- 19.- ¿Qué cree que lo llevo a su familiar al consumo de estas sustancias, y que se ha hecho por cambiar la situación?
- 20.- ¿Existe algún tipo de maltrato en su familia? ¿Ah denunciado el hecho? ¿Qué opina su familia sobre el tema?
- 21.- ¿Cómo fue atendida en El Hospital Básico El Carmen cuando acudió posterior al episodio de maltrato?
- 22.- ¿Qué entiende por enfermedad crónica? Y ¿Qué cree que lo llevo a padecerla?
- 23.- ¿Cómo se ha adaptado la familia a su enfermedad?
- 24.- ¿Asiste regularmente al centro de salud por su medicación? Y ¿tiene acceso a él sin discontinuarlo?
- 25.- ¿Cómo se ha sentido durante la entrevista? ¿Hay algún tema en cuanto a salud que le gustaría compartir con nosotros?

Elaborado por: Las Autoras

Anexo 3.2. Cuestionario para grupo focal 1.



CUESTIONARIO PARA GRUPO FOCAL 1

TEMA:

**"EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD
INTERCULTURALIDAD, ATENCIÓN SANITARIA Y RELACIÓN MÉDICO PACIENTE
EN EL HOSPITAL BASICO EL CARMEN, 2019"**

EDAD: SEXO:

PROCEDENCIA: OCUPACION:

ESTADO CIVIL: ESCOLARIDAD:

1. ¿Qué es para ustedes la salud?
2. ¿Existe otra manera de recuperar la salud sin tener que acudir al Hospital?
3. ¿Cuáles son los mayores obstáculos a la hora de tener accesibilidad a la salud?
4. Cuéntenos experiencias positivas y negativas de las atenciones recibidas en el Hospital Básico El Carmen.
5. 4.- ¿Qué tan frecuente es el embarazo en adolescentes en esta comunidad?
¿Se puede hacer algo para disminuir estas cifras?
6. ¿Qué haría que los jóvenes acudieran a los servicios de salud por información precisa sobre anticonceptivos?
7. ¿Por qué existe aún madres que prefieren el parto en casa? ¿Que se podría hacer para que haya menos riesgos a la hora del parto?
8. ¿Qué se podría hacer para que las madres en etapa postparto sea domiciliario o institucional acudan a control rutinario?
9. ¿Qué tipos de violencia social conocen? Y ¿Qué medidas pueden ayudar a disminuir la frecuencia de las mismas?
10. ¿Por qué la víctima de violencia social no denuncia a su agresor? ¿Por qué aun no le cuenta a su médico la verdadera causa de sus lesiones?

Elaborado por: Las Autoras

Anexo 3.3. Cuestionario grupo focal 2 y 3

 Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

CUESTIONARIO PARA GRUPO FOCAL 2

TEMA:

**“EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD
INTERCULTURALIDAD, ATENCIÓN SANITARIA Y RELACIÓN MÉDICO PACIENTE
EN EL HOSPITAL BASICO EL CARMEN, 2019”**

EDAD: _____ SEXO: _____


PROCEDENCIA: _____ OCUPACION: _____

ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____

1. ¿Qué es para ustedes la salud?
2. ¿Existe otra manera de recuperar la salud sin tener que acudir al Hospital?
3. ¿Cuáles son los mayores obstáculos a la hora de tener accesibilidad a la salud?
4. ¿Por qué existe aún madres que prefieren el parto en casa? ¿Que se podría hacer para que haya menos riesgos a la hora del parto?
5. ¿Qué se podría hacer para que las madres en etapa postparto sea domiciliario o institucional acudan a control rutinario?
6. ¿Qué tipos de violencia social conocen? Y ¿Qué medidas pueden ayudar a disminuir la frecuencia de las mismas?
7. ¿Por qué la víctima de violencia social no denuncia a su agresor? ¿Por qué aun no le cuenta a su médico la verdadera causa de sus lesiones?
8. ¿Por qué existe gran cantidad de enfermos crónicos no controlados? ¿Qué hace que no sea adherente a su tratamiento?
9. Su médico le explica ¿Cómo debe tomar su medicación de forma clara y sencilla?
10. ¿Tiene confianza en su médico a la hora de contarle sus problemas?

Elaborado por: Las Autoras

Anexo 3.4. Cuestionario grupo focal 4

 Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

QUESTIONARIO PARA GRUPO FOCAL 3

TEMA:

**“EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS ENTORNO DE LA SALUD
INTERCULTURALIDAD, ATENCIÓN SANITARIA Y RELACIÓN MÉDICO PACIENTE
EN EL HOSPITAL BASICO EL CARMEN, 2019”**

EDAD: _____ SEXO: _____

PROCEDENCIA: _____ OCUPACION: _____

ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____

1. ¿Qué es para ustedes la salud?
2. ¿Por qué aún existe pacientes que no tienen acceso a salud?
3. ¿Cuáles son los mayores obstáculos para que el paciente busque a su médico y no se auto medique?
4. ¿Por qué existe aún madres que prefieren el parto en casa, en lugar de acudir a los servicios de salud?
5. ¿Qué se podría hacer para que las madres en etapa postparto sea domiciliario o institucional acudan a control rutinario?
6. ¿Qué tan frecuente es la violencia social en nuestro medio?
7. ¿Por qué la víctima de violencia social no denuncia a su agresor?
8. ¿Por qué aun no le cuenta a su médico la verdadera causa de sus lesiones?
9. ¿Qué se está haciendo para ayudar a estas víctimas de violencia en nuestra unidad?
10. ¿Por qué existe gran cantidad de enfermos crónicos no controlados? ¿Qué hace que no sea adherente a su tratamiento?

Elaborado por: Las Autoras