



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
FAMILIAR Y COMUNITARIO**

**EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS EN TORNO DE LA SALUD, LA
INTERCULTURALIDAD, LA ATENCIÓN SANITARIA Y LA RELACIÓN MÉDICO
PACIENTE. CENTRO DE SALUD CUBA LIBRE. CANTÓN MANTA. PROVINCIA DE
MANABÍ. 2018–2019**

AUTORES:

MD. MARGARITA ELIZABETH BELLO PINARGOTE

MD. DIANA JANETH CAÑAR TINITANA

DIRECTOR:

DR. ALEXIS WLADIMIR RIVAS TOLEDO

PORTOVIEJO, 2019

DEDICATORIA

Margarita:

Dedico esta investigación a mi madre, por ser la luz que guía mi camino y demostrarme que, con el amor de Dios, todo es posible.

A mi padre, que no alcanzó a ver cumplir mi sueño, pero me dejó como legado que el éxito no viene sólo y si algo anhelamos, debemos luchar por conseguirlo.

A mi esposo por su entrega y ayuda incondicional al cuidado de nuestra familia, viviendo juntos las experiencias del día a día, y a ti Luciana, hija mía, por enseñarme que la vida es bella, un juego lleno de colores y algarabía.

Diana:

A mis padres quienes son mi apoyo incondicional.

Mis hermanos que están conmigo en las buenas y las malas.

Especialmente a mi hija Samantha quien me empuja a ser mejor cada día, este logro es nuestro.

AGRADECIMIENTO

A los usuarios y personal del Centro de Salud Cuba Libre que son la base importante de esta investigación al evocar cada experiencia formando una amalgama de ideas.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador institución que nos acogió durante estos tres años permitiéndonos conocer que esta especialidad no entiende solo de cuerpos, sino de mentes y espíritus tomando a la medicina en un contexto más amplio sensibilizando nuestra calidad profesional.

A nuestro querido director, Doctor Alexis Rivas por guiarnos paso a paso en la realización de este proyecto mostrándonos que la etnografía nos hace no solo espectadores sino parte de la investigación.

A nuestras familias por ser el ancla que nos sujeta en todo momento, donde siempre podemos llegar a recárganos de amor y tranquilidad.

A Dios, el todopoderoso por darnos salud y perseverancia para poder alcanzar nuestros sueños.

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
ÍNDICE DE TABLAS.....	6
ÍNDICE DE FIGURAS.....	6
ÍNDICE DE ANEXOS	7
GLOSARIO	8
RESUMEN.....	11
ABSTRACT	12
CAPÍTULO I.....	13
1. INTRODUCCIÓN.....	13
CAPÍTULO II.....	15
2. MARCO TEÓRICO.....	15
2.1. SALUD.....	15
2.1.1. DIFICULTADES EN LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL TÉRMINO	16
2.2. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.....	16
2.3. INTERCULTURALIDAD.....	17
2.4. RELACIÓN MÉDICO PACIENTE	19
2.4.1. PROBLEMAS DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE	20
2.5. ETNOGRAFÍA	21
2.6. CICLO Y CURSO DE VIDA.....	23
CAPÍTULO III	26
3. METODOLOGÍA	26
3.1. JUSTIFICACIÓN.....	26
3.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	28
3.3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	28
3.3.1. OBJETIVO GENERAL	28
3.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
3.4. HIPÓTESIS OPERATIVA.....	28
3.5. UNIDAD DE INVESTIGACIÓN.....	28
3.5.1. PERFIL DE LA UNIDAD DE SALUD	28
3.6. TIPO DE ESTUDIO.....	32

3.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	32
3.8. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	32
3.9. UNIVERSO	33
3.10. SELECCIÓN DE INFORMANTES	34
3.11. DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA	36
3.12. CATEGORIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	37
3.13. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	37
3.14. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	40
3.15. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	40
3.16. PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS.	41
3.17. IDENTIFICADORES DE LOS SUJETOS INFORMANTES	41
3.18. INDICADORES CUALITATIVOS.....	42
3.19. WORD SALAD.....	44
3.20. MODELO GRÁFICO SISTÉMICO DE GIDDENS.....	44
3.21. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	44
CAPITULO IV	45
4. RESULTADOS.....	45
4.1. Resultados de variables sociodemográficas.....	45
4.2. SALUD: CONCEPTO, DEMOGRAFÍA, CONOCIMIENTOS, TRATAMIENTO. 47	
4.3. SALUD MENTAL: CONCEPTO, ACTITUDES Y EXPERIENCIAS.....	51
4.4. SEXUALIDAD, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: CONOCIMIENTOS, CONCEPTOS Y EXPERIENCIAS.....	56
4.5. EMBARAZO: CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS	59
4.5.1. En relación con las creencias en el embarazo	62
4.5.2. En relación con las experiencias en el embarazo.....	62
4.6. PARTO Y POSPARTO: CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS.....	64
4.6.1. En relación con las experiencias en el momento del parto	66
4.7. NEONATO: CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS	69
4.8. MUERTO O FALLECIMIENTO: CONCEPTO Y TRADICIONES.....	72
4.9. VIOLENCIA SOCIAL: CONCEPTO, ACTITUDES Y EXPERIENCIAS	75
4.9.1. En relación con la actitud frente a la violencia.....	78

4.10. MIGRACIÓN: BARRERAS, EXPERIENCIAS Y TEMORES	80
4.11. RELACIÓN MÉDICO PACIENTE: BARRERAS, VENTAJAS E INFRAESTRUCTURA.....	84
CAPÍTULO V.....	88
5. CONCLUSIONES.....	88
6. RECOMENDACIONES.....	93
BIBLIOGRAFÍA.....	95
ANEXOS	98

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Sectorización de la Parroquia Eloy Alfaro	29
Tabla 2. Censo Poblacional del Sector Cuba Libre.....	30
Tabla 3. Personal de Salud del Centro de Salud Cuba Libre	33
Tabla 4. Grupos focales.....	35
Tabla 5. Selección de Informantes – Entrevistas semiestructuras.....	36
Tabla 6. Características Sociodemográficas.....	36
Tabla 7. Operacionalización de las variables.	37
Tabla 8. Perfil de los informantes	41
Tabla 9. Posiciones de parto.....	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Ubicación geográfica del Centro de Salud Cuba Libre	29
Figura 2. Sectorización de la Parroquia Eloy Alfaro	30
Figura 3. Centro de Salud Cuba Libre Tipo B	31
Figura 4. Indicadores Cualitativos	43
Figura 5. Edad	45
Figura 6. Etnia.....	45
Figura 7. Nivel de estudios.....	46
Figura 8. Estado civil	46
Figura 9. Movilidad Humana	47

Figura 10. Salud	48
Figura 11. Concepto, Demografía, Conocimientos, Tratamientos de Salud.....	51
Figura 12. Salud Mental	52
Figura 13. Concepto, Actitudes y experiencias de Salud Mental	55
Figura 14. Sexualidad, salud sexual y reproductiva.....	56
Figura 15. Conocimientos, conceptos y experiencias de Sexualidad, Salud Sexual y Reproductiva	59
Figura 16. Embarazo	60
Figura 17. Conocimientos y Experiencias de Embarazo	64
Figura 18. Parto y postparto	65
Figura 19. Conocimientos y experiencias de Parto y Postparto.....	68
Figura 20. Neonato.....	69
Figura 21. Conocimientos y experiencias de Neonato.....	71
Figura 22. Muerte o fallecimiento.....	72
Figura 23. Conceptos y tradiciones de Muerte o Fallecimiento.....	75
Figura 24. Violencia.....	76
Figura 25. Concepto, actitudes y experiencias de Violencia	79
Figura 26. Migración.....	80
Figura 27. Barreras, experiencias y temores en Migración.....	83
Figura 28. Relación Médico Paciente	84
Figura 29. Barreras, ventajas e infraestructura de relación médico paciente.....	87

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1	98
Anexo 2	100
Anexo 3	102
Anexo 4	104
Anexo 5	105
Anexo 6	106

GLOSARIO

Términos usados por los informantes en las entrevistas, grupos focales e historias de vida.

Aceite de resino: sustancia oleosa proveniente del África que se usa con fines medicinales para limpiar el intestino.

Aljibe: estructura de cemento grande que se encuentra bajo la tierra generalmente, usándolo para almacenar agua.

Antojo: deseo impulsivo por obtener una cosa, término muy usado en embarazadas al tratar de complacerlas con la finalidad de que sus neonatos no presenten características morfológicas específicas.

Atoró: atragantamiento/obstrucción de la garganta.

Cabo: es una cuerda gruesa utilizada para colgar o sujetar objetos

Chamo: adjetivo que se le da a un hombre de nacionalidad venezolana

Chismosa: persona que habla o cuenta secretos de otras personas.

Craneosinostosis: defecto congénito en el cual las suturas del cráneo del bebé se cierran antes de lo normal.

Curado de frutas: preparación a base de aguardiente y frutas que se deja reposar y enterrar durante todos los meses de la gestación y se brinda a cada persona que llega a conocer a un recién nacido.

Cuy: mamífero roedor que puede ser preparado como alimento, muy común en la zona sierra ecuatoriana.

Epidural: se refiere al método anestésico que se aplica en el espacio epidural de la columna vertebral con fines de bloquear el dolor.

Esencia maravillosa: líquido de características oleosas que se usa con fines medicinales

Frejol de palo: leguminosa comestible que se encuentra en la costa ecuatoriana.

Gomita: caramelos masticables gelatinosos. Dulces de diferente forma, tamaño y color.

Hiel: líquido producido por el hígado de color amarillo verdoso y sabor amargo.

Huaoranis: población de etnia indígena que habita en la Amazonía ecuatoriana.

Mal embarazo: varias situaciones o mal estado de salud que afectan a una mujer en estado de gestación.

Meados: término usado por personas de nacionalidad venezolana, consiste en la preparación de un licor fermentado a base de frutas que es degustado y compartido cuando llega un recién nacido a la familia

Miel de abeja: alimento de sabor dulce que es fabricado por las abejas a través del néctar de las flores.

Mocha: argot popular para identificar a una persona que carece de alguna extremidad sea superior o inferior.

Novenario/ novena: período de tiempo de nueve noches en que se reza y dedica a la memoria de un difunto.

Ojeado: mal estado de la salud a causa de un maleficio o por mirar de manera inadecuada a la persona.

Oxitocina: hormona secretada por la hipófisis que cumple entre sus funciones provocar contracciones uterinas.

Paliza: numerosos golpes dados de una persona a otra como una forma de castigo

Partera: persona que tiene como oficio asistir a una mujer en el momento del parto.

Percha: utensilio que se coloca en la pared para colgar o almacenar varios objetos.

Piola: cuerda delgada o cordel

Placenta: órgano que desarrollan durante la gestación las hembras que se adhiere al útero.

Purgarse: limpiar o depurar el intestino luego de beber sustancias naturales o hiervas que provoquen diarrea.

Reencarnación: el renacer del alma después de la muerte en otro ser humano.

Sahumar: perfumar una cosa/objeto con humo aromático

Sangre de drago: resina de color rojo que se extrae de la corteza de ciertos arboles con beneficios medicinales.

Sobreparto: periodo de tiempo en recuperarse el aparato reproductor femenino luego del parto

Sushi: comida japonesa a base de pescado crudo u otros ingredientes.

Voluble: que cambia fácilmente su estado de ánimo.

RESUMEN

La investigación se realizó en la comunidad de la parroquia Eloy Alfaro de la ciudad de Manta, con la participación de los usuarios y personal de salud de las distintas áreas del Centro de Salud Cuba Libre.

Objetivo Describir y analizar la construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y relación médico paciente en usuarios atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre de la ciudad de Manta, en el periodo 2018 – 2019

Diseño metodológico Se realizó un estudio etnográfico, descriptivo, con metodología cualitativa, a través de entrevistas semiestructuradas y grupos focales a 40 personas, utilizando criterios de inclusión y exclusión, además quienes aceptaron participar en este estudio firmaron previamente el consentimiento informado. Se registró la información a través de audio y posterior textualización de los datos, y se asignó un código alfanumérico a cada participante para mantener su anonimato.

Resultados: Este estudio etnográfico nos mostró que la interculturalidad forma parte de cada familia e individuo, las creencias juegan un papel muy importante en el manejo de los eventos que afectan a las personas y a la comunidad, también el desconocimiento de ciertos temas que hoy en día van tomando mayor relevancia en la sociedad.

Conclusiones: A pesar de la urbanización y la llegada de la tecnología aún se mantienen creencias y aptitudes que trascienden con el paso de los años. El Centro de Salud Cuba Libre de la parroquia Eloy Alfaro brinda atención sanitaria a una diversidad de usuarios que ven con agrado la cercanía a sus lugares de residencia. El sistema de salud actual cuenta con un sinnúmero de falencias que causa inadecuada relación médico paciente.

Palabras Clave: Experiencias, Salud, Salud Mental, Sexualidad, Salud Sexual y Reproductiva, Embarazo, Parto, Postparto, Neonato, Muerte o Fallecimiento, Violencia Social, Migración, Relación médico paciente, Interculturalidad.

ABSTRACT

The research was conducted in the community of Eloy Alfaro parish in the city of Manta, with the participation of users and health personnel from the different areas of the Cuba Libre Health Center.

Objective: To describe and analyze the construction of interculturality, health care and patient doctor relationship in users attended in the Cuba Libre Health Center of the city of Manta, in the period 2018 – 2019

Methodological design: An ethnographic, descriptive study with qualitative methodology was conducted, through semi-structured interviews and focus groups of 40 people, using inclusion and exclusion criteria, and those who agreed to participate in this study previously signed the informed consent. The information was recorded through audio and subsequent textualization of the data, and an alphanumeric code was assigned to each participant to maintain his anonymity.

Results: This ethnographic study showed us that interculturality is part of each family and individual, beliefs play a very important role in the management of the events that affect people and the community, as well as the ignorance of certain topics that nowadays They are taking greater relevance in society.

Conclusions: Despite urbanization and the arrival of technology, beliefs and aptitudes that transcend over the years are still maintained. The Cuba Libre Health Center of the Eloy Alfaro parish provides health care to a variety of users who like the proximity to their places of residence. The current health system has a number of shortcomings that cause inadequate patient doctor relationship.

Keywords: Experiences, Health, Mental Health, Sexuality, Sexual and Reproductive Health, Pregnancy, Childbirth, Postpartum, Neonate, Death, Social Violence, Migration, Patient Doctor Relationship, Interculturality.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

La cultura contemporánea del Ecuador tiene raíces muy diversas y profundas, una historia tanto rica como multiétnica, siendo en Manabí el 69.7% mestizos, 19.2% montubios, 6% afroecuatorianos, 4.7% blancos y 0.2% indígenas todos ellos han contribuido a lo que hoy podemos denominar cultura ecuatoriana. (INEC, 2010)

La presente investigación tiene como objetivo general describir y analizar cómo se construye la interculturalidad, la atención sanitaria y relación médico paciente en los usuarios atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre y el personal de salud, con el fin de observar las limitaciones, satisfacciones y experiencias entorno a la asistencia sanitaria que proporciona este sistema a la comunidad.

Para analizar esta problemática es necesario de mencionar sus causas. Una de ellas es la migración, entendiéndose por esta al movimiento de la población que consiste en dejar el lugar de residencia para establecerse en otro país o región, generalmente por causas económicas o sociales.

Otra de ellas es el trabajo informal, donde las personas realizan actividades que les permiten obtener algún ingreso económico, pero no tienen empleo fijo ni protección legal con relación de dependencia. Son personas que buscan su subsistencia en alguna actividad en la que perciban un ingreso para poder mantenerse.

Esta investigación se realizará con el fin de conocer los problemas de migración y trabajo informal en la parroquia Eloy Alfaro, la cual es una zona urbana de clase media-baja, donde el crecimiento poblacional ha tenido un apogeo posterior al terremoto del 16 de abril de 2016 y, en consecuencia, mayor afluencia de usuarios al Centro de Salud Cuba Libre.

El interés académico, desde la perspectiva de la antropología médica nos motivó a profundizar y conocer sobre las experiencias de la población sobre este problema. En el entorno profesional, como Médico Familiar y Comunitario, el interés nos dará a conocer el contexto social y laboral como variables independientes de las condiciones sociales que se desarrollan en el ámbito de dichos sujetos.

En el marco de esta teoría médica, la investigación se abordará con una serie de entrevistas a usuarios, vendedores ambulantes y personal sanitario, por tanto, nuestra técnica de investigación a utilizar es el método cualitativo o entrevistas semiestructuradas y etnografía, que nos permitirán entender el sentido y análisis holísticos de este tema de estudio.

Esta investigación consta de los siguientes capítulos:

1. Capítulo I: Introducción.
2. Capítulo II: Marco Teórico.
3. Capítulo III: Metodología
4. Capítulo IV: Resultados
5. Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones
6. Referencias Bibliográficas
7. Anexos

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. SALUD

La definición utilizada en la actualidad con respecto a lo que se entiende por salud, es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), que la define como: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La cual es relevante por su institucionalidad, pues es la que sirve de base para el cumplimiento de las competencias de la OMS.

Se trata de una definición integral y vanguardista que considera a la salud, no sólo como un fenómeno somático y psicológico, sino también social. La salud es un fenómeno complejo que se debe abordar a través de múltiples disciplinas para que interactúen y se integren entre sí.

Esto representa una importante superación del paradigma biologicista (Ramos, 2006, p. 167), que con el paso de los años ha evolucionado a un manejo integral de la población dejando de lado el paradigma biomédico de la medicina, abarcando el modelo bio-psico-social. Esta sería una de las maneras para evitar los problemas de la medicina contemporánea que “siendo básicamente biológica, ignora la etiología no-biológica de muchas enfermedades y su correspondiente terapéutica, igualmente no biológica” (Martínez, 2006)

No se puede hablar de salud sin considerar a la enfermedad; ya que siempre estarán ligadas indivisiblemente y “son procesos continuos; una lucha por parte del hombre para mantener su equilibrio contra las fuerzas biológicas, físicas, mentales y sociales que tienden a alterar ese equilibrio de salud” (Freitez, 2001, p. 2).

Es así como la salud y la enfermedad se pueden ver influenciadas por diversos factores, entre ellos los factores sociales, culturales, económicos e incluso los ambientales provocando la evolución hacia la salud o hacia la enfermedad.

2.1.1. DIFICULTADES EN LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL TÉRMINO

“En un mundo complejo como el que vivimos en el que la salud es tan importante, los conceptos que se manejan sobre ella son muy variados y tiene repercusiones considerables, pues significa visiones de la propia vida, actuaciones y planificaciones diferentes” (Sánchez González, 1998).

Por lo que definirla depende del contexto en el que se la utiliza, tal como:

- Contexto médico: es la ausencia de bienestar, es la presencia de signos y síntomas de patologías que afecten la calidad de vida de las personas. En las que se busca mejorar su estado de salud mediante actividades preventivas y curativas.
- Contexto de los pacientes: es de difícil interpretación, depende de su cultura, creencia, en general lo manifiestan como una dolencia, perdida o disminución de la normalidad que afecta su vida diaria y también a su entorno.
- Contexto sociológico: La sociedad en conjunto entiende que los individuos sanos estén en la capacidad de desarrollar su rol social.
- Contexto económico: La salud tiene relación con el gasto público, con el uso de los recursos económicos del estado destinados a la promoción y prevención de salud, que sean eficientes y renovarlos de manera constante
- Contexto político: la salud como un derecho para todas y todos los ciudadanos en igualdad de condiciones.
- Contexto antropológico: la salud depende de cada cultura, sociedad e individuo donde desempeñan un estilo de vida autónomo que permite conocer los sistemas médicos y también cuales son las dimensiones culturales de la enfermedad.

2.2. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La Atención Primaria de Salud (APS), es la puerta de entrada de los ecuatorianos y sus familias en todas las comunidades al sistema de salud del país, y forma parte del desarrollo social y económico de la región. La salud en toda América ha presentado significativos cambios, pero aún no se cumplen a cabalidad los objetivos que se establecieron en la APS suscrito en Alma Ata en 1977.

La concepción de atención primaria en salud la encontramos en la Constitución Política aprobada en 2008 de la república del Ecuador, que establece:

Art. 360: "El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas." (Constitución Política de la República del Ecuador, 2008).

La salud y el enfoque que tiene la Atención Primaria de Salud APS-R (Atención Primaria de Salud Renovada) guarda una estrecha relación entre el bienestar presente y el pensado para las futuras generaciones, es decir, el mejoramiento de la calidad de vida. Citando a Max N. (1986), "el mejor proceso de desarrollo será aquel que permita elevar más la calidad de vida de las personas"

Es por esta razón que en la actualidad tenemos, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FC) que se orienta en el cuidado, la construcción, la recuperación y el mejoramiento de la salud abarcando todas sus dimensiones, sean estas: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales. Tomando como precedente la garantía del derecho a la salud de las personas, las familias y la comunidad.

El MAIS-FC son el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al integrarse y completarse brindan integralidad en todos los niveles de salud teniendo como propósito garantizar los derechos de salud de las y los ecuatorianos y cumplir de esta manera con uno de los Objetivos del Desarrollo (ODS), que es parte de los 17 objetivos que fueron consensuados después de años de negociaciones por parte de todos los países miembros de la ONU, ONG y otros organismos

2.3. INTERCULTURALIDAD.

La interculturalidad en salud se refiere al modo en el que conviven las personas los grupos e instituciones, con caracteres culturales y posición diversa, ellos conviven y se relacionan de una manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y de cooperación en un contexto que es compartido. s un marco que se inclina hacia el respeto y la igualdad sin pretender que una población, con toda su carga de elementos culturales, se ponga por encima o por debajo de la otra u otras. Aunque existen factores que impiden que esto ocurra, por ejemplo, la desigualdad, el racismo, los prejuicios, la ausencia de servicios de salud, entre otros.

“Al hablar del entorno social, y diversidad se toman en consideración las diferentes culturas, etnias y creencias que cada sector de nuestro país presenta para fortalecer los lazos de fraternidad y asegurar de acuerdo a sus costumbres una vida saludable”. (PAHO, 2017)

“En Ecuador, al 2011, se registró una tasa de mortalidad materna de 70.4 por cada 100.000 nacidos vivos y una tasa de mortalidad infantil de 10.1 por cada 1.000 nacidos vivos, según los muestra el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 – 2017. Como respuesta a esta situación, el Gobierno nacional se ha planteado la meta de reducir a 50 la tasa de mortalidad materna y a 6 la tasa mortalidad infantil hasta 2017”. (UNICEF, 2011)

“En este sentido la OPS/OMS trabaja con los países en incorporar normas para que los servicios puedan responder a sus visiones con personal capacitado para comprenderla y ayudar a dar continuidad a los cuidados de su salud. Además, promueve las acciones intersectoriales para fortalecer las políticas de salud dirigidas a estas poblaciones. También busca mejorar la información sobre la salud de los pueblos indígenas, afro descendientes y grupos étnicos raciales para facilitar la adopción de políticas que mejoren su salud” (PAHO, 2017)

“Y es que en realidad la construcción de una atención de salud global trasciende además a otras variables como lo es el género, cuyo significado se utiliza para señalar las características socialmente construidas que constituyen la definición de lo masculino y lo femenino en distintas culturas y podría entenderse como la red de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores y conductas que diferencian a los hombres de las mujeres, esta construcción implica valoraciones que atribuyen mayor importancia y valía a las características y actividades asociadas con el hombre”. (Téllez Infantes A, Verdú Delgado A, 2011, p. 87)

“Dos son los mecanismos fundamentales mediante los cuales la construcción de género ejerce su influencia sobre la salud: la socialización y el control institucional. Una consideración es la relativa a la cautela que debe ejercerse para no tratar las categorías derivadas de la experiencia como normativamente homogénea marcada por factores de clase social, grupo étnico, nivel educativo y coyuntura histórica”. (PAHO,2015)

“La identidad, también es un concepto sumamente complejo en la antropología contemporánea, lo es por la misma razón que la etnografía multilocal empieza a ganar peso: las sociedades tienden a

ser cada vez más inestables y a fijar con menos rigor la concepción de sí mismo y del otro” (Hernández G, 2009 p. 1-2).

Los migrantes son un grupo social de gran importancia dentro de la interculturalidad e integralidad de salud, el cual, la OMS (2017) lo define como los “movimientos de una persona o de un grupo de personas, ya sea a través de una frontera internacional o dentro de un estado”. Es decir, la migración abarca cualquier tipo de desplazamiento de la población, independiente del tiempo que dure o sus causas, además comprende el flujo personas desplazadas, migrantes por motivos económicos (migración voluntaria o forzada), trabajadores temporales, estudiantes, migrantes indocumentados y las personas que se mudan con diferentes propósitos, incluida la reunificación de familia, con diferentes determinantes de la salud, necesidades, recursos, capacidades y niveles de vulnerabilidad.

2.4.RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

La relación médico paciente es una relación interpersonal fundamental al momento de la atención médica, es importante ya que en ella participan dos personas con niveles culturales, personalidades y estados emocionales distintos en busca de una respuesta, todo el éxito dependerá de la capacidad que tenga el médico para manejar estas situaciones donde debe primar el respeto, el trato afectuoso y la empatía.

Dentro de las particularidades de la relación médico paciente, la entrevista médica es una de las herramientas fundamentales para obtener información clara y establecer de esta manera una relación médico-paciente que sea sólida, productiva y que perdure.

Muy a menudo nos encontramos con pacientes que no se sienten escuchados, que no comprenden lo que su médico le explica e incluso no logran comunicar todo lo que los aqueja en la consulta, es necesario conocer como la medicina narrativa es una estrategia para mejorar la relación médico-paciente.

“No es lo mismo la mezquindad de una historia clínica mal garabateada que la fértil narración de ese mismo material saliendo de la boca del profesional o la interpretación que el paciente hace de su dolencia”. Doctor Nicolás Cachiarelli (2011). Esto nos lleva a analizar, que el relato de vida de un individuo, es lo que hace que el médico se involucre no solo con la enfermedad, sino con la interiorización de su mundo, es esta historia la que nos puede orientar hacia un diagnóstico certero,

tomando en consideración el medio que rodea al paciente, tan solo con poner atención en como habla una persona podemos conocer sus estados de ánimo, sus temores, sus fortalezas, de las cuales como médicos podemos hacer uso en aras de la recuperación de su salud biológica.

En palabras de Rita Charon (2001), “se debe desarrollar la habilidad para reconocer, absorber, interpretar, y conmovirse con la historia de los pacientes”; de esta manera ponemos en práctica la escucha atenta, y no nos limitamos solo a los silencios y gestos de los pacientes, sino que hacemos nuestras sus narraciones.

Girón, Beviá, Medina y Simón (2002) señalan que “la baja calidad en los servicios sanitarios centrada en la relación médico-paciente en atención primaria, se debía al escaso tiempo de consulta, además del exceso de carga asistencial, la ausencia de recursos específicos, la necesidad de formación, el conflicto con pacientes difíciles y la influencia de los factores psicosociales en el encuentro clínico”.

Es muy importante crear una red de confianza entre el médico y su paciente para conseguir el efecto terapéutico que tiene la entrevista clínica, se debe dedicar el tiempo necesario, tener las connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas, para realizar acciones o poner en marcha distintas estrategias que nos ayuden a captar la información necesaria, ganar la confianza del paciente y lograr mayores índices de satisfacción de una manera integral.

2.4.1. PROBLEMAS DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

En la práctica médica la tendencia más frecuente es valorar los problemas orgánicos que aquejan al sujeto sin integrar a ellos las características de su personalidad y la percepción que tiene de su problema, así como sus condiciones sociales y las circunstancias que pueden estar determinándolos o al menos, agravándolos (Rodríguez, 2008, p. 10).

Anteriormente existían vínculos afectivos entre el médico y sus pacientes, incluso sus familiares, ahora con el desarrollo y adaptación de recursos tecnológicos en la consulta médica, esta relación se ve deteriorada. Aunque existe el “paciente que llega a preferir más a los aparatos y a los equipos, a tenerles más confianza que a los médicos que los manejan e interpretan los resultados que generan.” (Bernal, 2005)

En ocasiones, en las consultas médicas no se logra ese vínculo de confianza con el paciente y supone de esa manera una sensación de frustración, tanto para el médico como para el paciente, que se siente poco apreciado durante la atención de salud.

Los problemas del ejercicio médico que afectan la relación médica deben ser resueltos hoy, no mañana, Welch (2003, párr. 1) expresó “la Salud está enferma” y el ejercicio de la Medicina se ha transformado en una difícil tarea, por decir lo menos.”

Es importante que esta relación sea prudente, respetuosa y empática al sufrimiento del paciente.

En esta era que vivimos de la tecnificación, se debe rescatar el principio de que es nuevamente el hombre el importante (médico, paciente, miembro de la sociedad), y lo técnico un recurso, por más significativo que éste sea, sin negar y arrojar de sí lo que el hombre tiene de más propio, a saber: que es un ser que reflexiona. (Bernal, 2005)

2.5. ETNOGRAFÍA

Según Anthony Giddens (2007) “La etnografía tiene sus orígenes en la antropología y sociología, la define como el estudio directo de personas o grupos durante un cierto período, utilizando la observación participante o las entrevistas para conocer su comportamiento social”.

Es un método usado en la investigación cualitativa ya que permite interactuar con los grupos de estudio, conocer su modo de vida e interpretar distintos puntos de vista sobre algún tema en particular.

La etnografía obliga al inquisidor a formar parte de la comunidad y no ser un ser aislado o considerado “extraño” en el entorno, faculta la posibilidad de enterarse de una manera más personal sobre el concepto que cada persona puede tener sobre un mismo tópico; en palabras de Bárbara Miller (2011), “evitaríamos el efecto Hawthorne”.

“El efecto Hawthorne se descubrió en los años treinta, en un estudio de una planta industrial en Estados Unidos. durante el estudio, los participantes alteraron su conducta para intentar satisfacer al investigador”. (Miller Bárbara, 2011, p. 85).

Dentro de este método de investigación existen varias técnicas para recolectar datos como: observación participante, entrevistas, historias de vida, grupo focal como los más usados.

La observación participante en la cual existen dos esferas para el investigador participar y observar a detalle las actividades que se realizan en la comunidad de estudio, como la forma de vida, de vestir, de comer o de relacionarse.

Las entrevistas que pueden ser estructuras y semiestructuradas, ambas son técnicas en la que se recogen datos de manera verbal a través de preguntas sean estas abiertas o cerradas, o diálogos a manera de conversación que puede estar compuesto de dos personas, entrevistador y entrevistado o de varias personas, en la cual el modelador será el encuestador quien determinará los temas y el tiempo para cada uno de ellos.

Una entrevista estructurada sigue un patrón de preguntas ya establecidas previamente por el investigador en la cual el entrevistado debe regirse hacia ellas contestando sin permitir tocar otros temas que no estén dentro del formato. Por el contrario, en una entrevista semiestructurada si bien es cierto se tienen preguntas preparadas pero el orden a la hora de abordarlas puede variar e inclusive según como fluya la entrevista pueden realizarse nuevas preguntas en base a lo que se está discerniendo. La dirección en base al tiempo siempre lo establecerá el entrevistador siendo está más flexible en las entrevistas semiestructuradas.

El propósito de ambas entrevistas siempre será obtener información de calidad y lo más verás posible con el fin de establecer posteriormente una evaluación comparativa sobre cada tema expuesto.

“Una historia de vida es un método cualitativo, una descripción en profundidad de la vida de un individuo relatada por el investigador” (Miller Bárbara, 2011, p.87), dicha estrategia metodológica tiene como característica conocer las acciones de un solo ser humano, sus experiencias, costumbres y tradiciones; para tal efecto se debe realizar reuniones subsecuentes utilizando como apoyo técnico una grabadora, filmadora, fotos o cartas, todo aquello que nos permita seguir la secuencia de eventos de acuerdo a como fueron pasando en el tiempo, en la que el contenido final será por parte del investigador ser el narrador de todos esos relatos.

Otra estrategia utilizada en investigación cualitativa son los grupos focales, método en el cual el investigador hará las veces de modelador, pues debe ser una persona que no esté vinculada al tema de estudio, debe tener la capacidad de escuchar, hablar y darse a entender con palabras sencillas

capaz de que todos los miembros del grupo puedan entender, debe manejar bien el tiempo y ser asertivo en saber interpretar las diferentes conductas comunicacionales.

Pueden existir dos moderadores con estas mismas características para que la reunión sea más dinámica y mantener siempre atentos a todo el grupo, otro punto importante es que no debe dar a notar sus preferencias o rechazos ni influenciar en las respuestas de los participantes.

El ambiente para realizar un grupo focal de preferencia debe ser neutral, para que no exista flujo de recursos o categorizaciones, debe tener buena iluminación y ventilación, además debe ser un lugar alejado del ruido para poder escuchar sin complicaciones la intervención de cada individuo.

El tiempo que debe durar el grupo focal se sugiere que no sea prolongado con el fin de no propiciar fatiga entre los miembros, y que la cantidad de personas que vayan a conformarla sea acorde al lugar y que el moderador tenga la oportunidad de poder hacer actuar a cada miembro del grupo.

2.6. CICLO Y CURSO DE VIDA

La salud es un componente y un recurso esencial del desarrollo humano, es la evolución de un proceso acumulativo de interacción continua de exposiciones y experiencias, que repercuten tanto en el plano individual como en el poblacional, no solo de manera episódica, sino a lo largo del tiempo y con efectos transgeneracionales (OPS/OMS, construyendo la salud en el curso de vida, 2017).

La salud es un factor muy influyente en el sentido social, es una de las grandes esferas por las que cada nación debe trabajar diariamente, porque es, sin duda, el ícono para el progreso de un país, ya que individuos enfermos no aseguran una producción rentable, en su defecto generan gastos de servicios en todos los aspectos; y es que la salud dentro de lo que es el ciclo de vida tiene mucha importancia, desde que se está en etapas de gestación el control periódico de la madre, sus cuidados, su alimentación se están asegurando que este nuevo individuo logre posteriormente cumplir cada una de las etapas que el curso de vida sostiene.

Desde el punto de vista biológico el ciclo de vida se refiere al círculo que todo organismo vivo cumple desde su nacimiento hasta su muerte, cursando con las etapas de nacimiento, crecimiento, reproducción y muerte. Y es que, en este circuito desde que se nace se inicia también la etapa del envejecimiento, pues sí, cada día que pasa es un día más de conocimiento adquirido, un día más en

que nuestras células se modifican, un día más en el que nuestras experiencias nos hacen conocedores del significado de la vida.

Según Jean Piaget, psicólogo reconocido sobre sus teorías en torno al desarrollo cognitivo, en la etapa de la infancia establece que desde el nacimiento hasta la etapa preescolar los niños desarrollan la cognición mediante la estimulación de los órganos de los sentidos, es decir el tacto, el sonido, la observación, ya en etapas escolares adquieren la capacidad pre operacional o egocentrista, miran el mundo desde sus propios conceptos y perspectivas, no comprenden que otros puedan ver la misma situación de diferente manera, a partir de los siete años hasta poco antes de entrar a la adolescencia ya pueden utilizar la lógica para discernir entre lo bueno y malo, ejecutar funciones matemáticas; luego en etapas de la adolescencia puede bajo toda la experiencia adquirida afrontar problemas propios a esta edad, pensar en todas las formas posibles para poder resolverlos, tomar decisiones y lograr tener claro su plan de vida. Todo esto es importante, desde el punto de vista individualista y la realización personal, pero guardan mucha influencia los factores sociales como el sistema familiar en el que se desenvuelve, su comunidad, sus amigos, la escuela, su etnia y la economía por nombrar algunas.

El tiempo transcurre, lleno de ilusiones y metas por alcanzar llega la etapa del ser adulto, en donde se tiene el conocimiento hacia la mayoría de situaciones y se empieza a formar el criterio de poseer una familia, de pensar no solo individual sino en pares, junto con ello no se despega su ser social, el adquirir un puesto laboral, un salario, todo para hacer frente a la vida con la finalidad de cubrir en su descendencia todas las necesidades existentes, situación en la que muchos al llegar a la madurez fijan su mirada hacia el pasado sienten nostalgia al pensar que sus sueños de niño o adolescente no pudieron ser alcanzados por el estancamiento social que les tocó asumir pues su prioridad no fue su vida en particular sino el mantener a los suyos a salvo, dando mayor énfasis a su sentido de protección; y así progresivamente se llega a la etapa de la vejez en donde no solo existen cambios biológicos y físicos sino también sociales que determinan la cultura y los diferentes escenarios en los que para cada localidad el llegar a la ancianidad representa.

Antiguamente el hombre longevo era catalogado como “el sabio” un individuo lleno de ideas claras, de gran fortaleza, virtuoso en su proceder pues sabe que se busca, que se espera, a donde va, o que hacer ante situaciones adversas, nadie de su comunidad tomaba decisiones importantes sin antes no haber consultado a este individuo, pero este concepto de senectud ocurre en pocas

comunidades donde aún se conservan tradiciones y su cultura está bien arraigada, en otras la mirada al anciano es distinta, en muchas ocasiones es desacreditado, tomado como un sujeto de paso demorado e ideas obsoletas, no se le tiene el mismo respeto que en las otras etapas de la vida; desde el sentido social este individuo cumplió su vida útil en el campo laboral y es aislado inclusive dentro de su propio sistema familiar.

El curso de vida detalla las diferentes circunstancias y situaciones por la cual cada individuo está expuesto y debe afrontar a lo largo de su vida y en las diferentes etapas que él se encuentre; está asociado a factores externos de tipo cultural, social, económico o comunitario, e inclusive se cataloga como la interconexión con las generaciones futuras por influencia de estos mismos agentes. Una realidad que integra la vida y sus etapas y se basa en un enfoque evolutivo y un enfoque de integración, asociando una etapa con la otra y precisando factores protectores y de riesgo para el futuro.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

Se siguió el modelo para la presentación de tesis cualitativas y etnográficas de antropología médica “Esquema metodológico mínimo para Trabajos de Titulación Etnográficos, Proyecto experiencias y trayectorias en torno de la salud. Interculturalidad, Atención Sanitaria y Relación Médico Paciente, Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, PUCE, Quito, 2017-2019”. (Rivas, 2019).

3.1. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad la ciencia médica es mucho más dinámica e interactiva es así como existe la llamada medicina narrativa, que trata de entender al individuo desde todos los aspectos; es decir se desprende de lo puramente biológico para tomarlo en cuenta dentro de un marco biopsicosocial. Y así determinar que los médicos atendemos personas más no enfermedades.

Estudios han demostrado que un 50% de usuarios atendidos en diversos servicios de salud presentan más de un síntoma que no guarda relación con algún síndrome biológico conocido, sino por el contrario, tiene estrecha relación con su entorno, modo de vida o alimentación, y es posible detectar dicha anomalía con una escucha empática, inclusive muchos de los pacientes refieren que al desahogarse alivian sus “dolencias”, así mismo al tomarse el tiempo hacia ellos de forma individualizada atendiendo cada interrogante, explicando con detalle, sin palabras técnicas y enfocando el problema de acuerdo a su medio ha demostrado mayor adherencia al tratamiento.

Con el advenimiento de nuevas especialidades se abre al mundo una de ellas, llamada Medicina Familiar, que tiene sus orígenes “desde el siglo XIX hasta las primeras décadas del siglo XX donde sufre un debilitamiento producto del surgimiento de las especialidades para resurgir en los años 40 en Estados Unidos y extenderse a América y Europa” (Rivero Canto, Marty Jiménez, Morales Rojas, Salgado Fonseca & Acosta Alonso, 2010 p. 9)

La Medicina Familiar, también llamada Medicina de Familia, Family Practice, es la especialidad médica efectora de la Atención Primaria de Salud (APS), que posee un cuerpo de conocimientos propios, con una unidad funcional conformada por la familia y el individuo, y tiene como base el método clínico-epidemiológico y social e integra las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta. El Consejo Americano de Medicina Familiar definió la Práctica Familiar como: la especialidad

médica que se preocupa por el cuidado de la salud total del individuo y la familia. Es una especialidad en amplitud que integra las ciencias clínicas, biológicas y del comportamiento y su alcance no está limitado por la edad, sexo, órgano, sistema o entidad mórbida (Rivero Canto et al. 2010, p. 2)

Es por esto, que se considera la importancia que tiene el analizar y describir cómo se están llevando las prácticas, aptitudes y conocimientos en torno a la atención sanitaria, interculturalidad y relación médico paciente.

Nuestra comunidad está asentada en una zona urbana y ante el último censo realizado por el personal de Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS) se evidenció un crecimiento poblacional superior al anterior. Dicho crecimiento se vio reflejado por la migración de personas que vienen de zonas rurales a la ciudad, así como también de la migración obligatoria de individuos que perdieron sus hogares en la llamada, Zona Cero, denominación que se dio, al lugar más afectado en el terremoto suscitado el 16 de abril de 2016, y con la migración proveniente de países vecinos como Colombia y Venezuela, dichas variables han provocado la diversidad cultural así como también la ampliación de la demanda de usuarios al Centro de Salud Cuba Libre.

Por otro lado, las enfermedades crónicas más prevalentes, y situaciones de diversidad social tales como embarazos en adolescentes, drogas, violencia, ansiedad y depresión por nombrar algunas son cada vez más encontradas, lo que crea en nosotros como personal de salud la inquietud de conocer ¿qué está sucediendo?, ¿es falta de información, adherencia, tiempo, espacio?, o que otras variables existen para que dichas morbilidades vayan en aumento; es por esta razón que radica la importancia de comprender sobre estos temas tan controversiales entre la colectividad

Debido a los problemas antes descritos se inició una búsqueda bibliográfica sobre estos temas para poder analizar y aplicar posibles soluciones, pero al respecto no se encontró ninguna publicación a nivel local, regional y del país.

Es por esta razón que la presente investigación tiene como fin poder dejar un precedente, realizar una investigación de campo local y poder de esta manera conocer el nivel de conformidad o desagrado con la atención sanitaria, sus creencias culturales en relación a los temas que se socializaran en cada entrevista con el fin de obtener posteriormente un estudio comparativo sobre la actitud de los usuarios y la forma de abordar estos según cada región.

3.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se construye la interculturalidad, la atención sanitaria y relación médico paciente en usuarios atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre de la ciudad de Manta?

3.3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

3.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Describir y analizar la construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y relación médico paciente en usuarios atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre de la ciudad de Manta.

3.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir y analizar al respecto de la relación médico paciente.
- Describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas del paciente al respecto del Servicio de Salud.
- Describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas del paciente al respecto de la salud y la sociedad

3.4. HIPÓTESIS OPERATIVA

Esta investigación aportó nueva información a la ciencia médica ecuatoriana. Debido a que ayuda a enriquecer y profundizar el conocimiento sobre la interculturalidad, atención sanitaria y relación médico paciente, es decir que por sobre las diferencias, existe la complementariedad entre los sistemas de salud para enfrentar los padecimientos que afectan a los grupos culturales de nuestro país.

3.5. UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

3.5.1. PERFIL DE LA UNIDAD DE SALUD

Ubicación. La Parroquia Eloy Alfaro, conocida como Cuba Libre, se encuentra ubicada en una zona urbana, del cantón Manta, provincia de Manabí. El Centro de Salud “Cuba Libre 24” horas, se encuentra ubicado en la calle 321 entre las avenidas 213 y 214.

Limita al Norte con las parroquias Tarqui y Los Esteros, al sur con el cantón Montecristi, al Este con la parroquia Los Esteros y al oeste con la parroquia Tarqui y Manta.

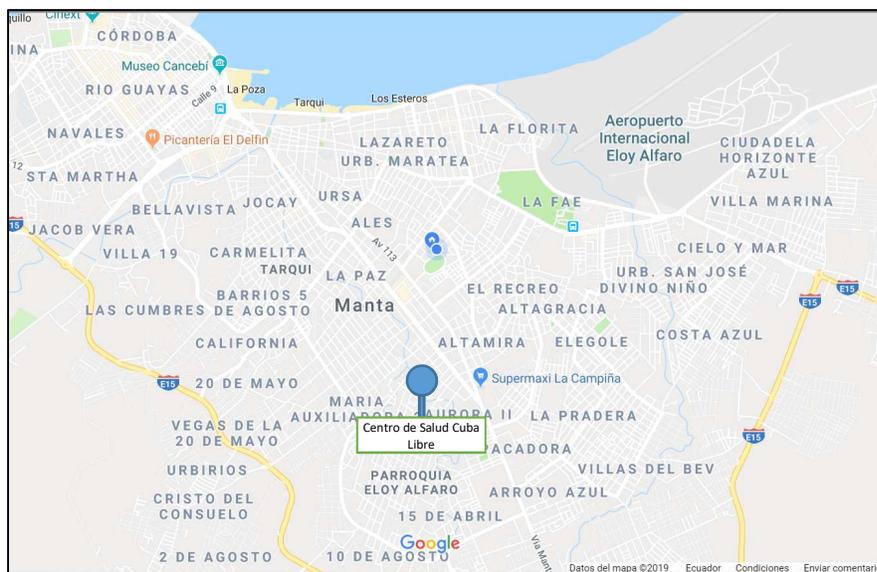


Figura 1. Ubicación geográfica del Centro de Salud Cuba Libre

Fuente: Google Maps – Map Data 2019 Google

Sectorización. Al ser una unidad de salud urbana, existe accesibilidad, en el que las redes viales se conectan y permiten periodos de llegada cortos, cuenta con varias líneas de buses de transporte público que facilita el desplazamiento de los usuarios de todo el cantón. El área de influencia del Centro de Salud Cuba Libre en la parroquia a Eloy Alfaro se ha sectorizado de la siguiente manera:

Tabla 1. Sectorización de la Parroquia Eloy Alfaro

Sector 1	9 de octubre, Juan Montalvo, San José, Ricardo Paredes
Sector 2	2 de Agosto, 10 de Agosto, Santa Lucía, 26 de Septiembre, Chaparral
Sector 3	Florestal, Las Vegas
Sector 4	Simón Bolívar, Amazonas, Laureles, Kioskos, 1 de Mayo, Florestal 2, Aurora 2

Elaborado por las Autoras

Fuente: Distribución poblacional asignada al CS Cuba basado en lineamientos del MAIS

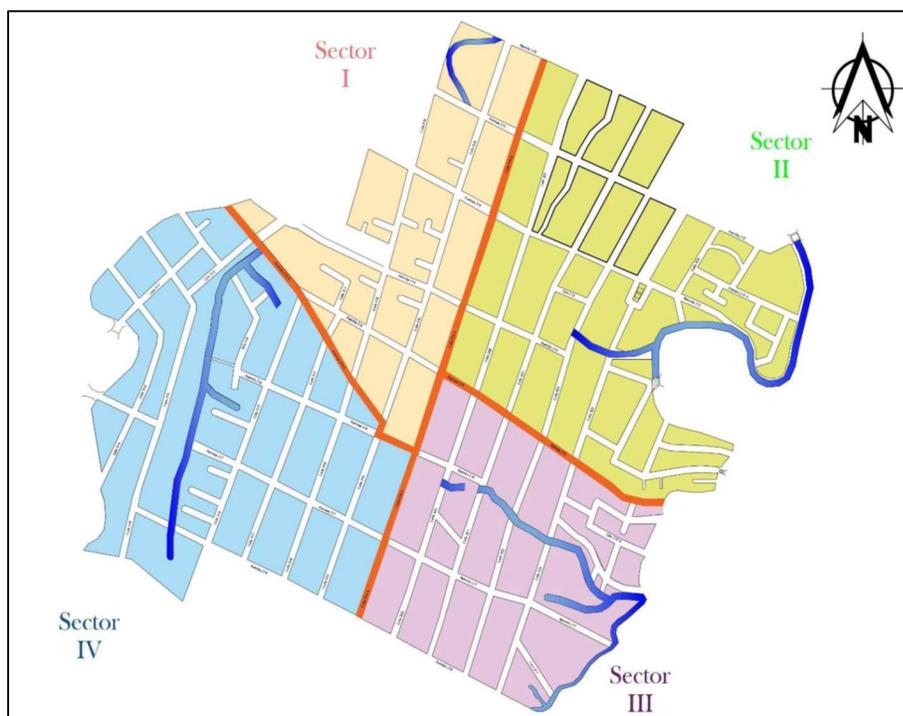


Figura 2. Sectorización de la Parroquia Eloy Alfaro

Fuente: Distribución poblacional asignada al Centro de Salud Cuba Libre basado en los lineamientos del MAIS

En el último censo realizado puerta a puerta por el Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS) en el 2017 – 2018 exponen los siguientes datos:

Tabla 2. Censo Poblacional del Sector Cuba Libre

Embarazadas	220
Menores a 1 año	176
Entre 1 a 4 años	714
Entre 5 a 9 años	926
Entre 10 a 14 años	942
Entre 15 a 19 años	908
Entre 20 a 49 años	3793
Entre 50 a 64 años	1131
65 años y más	678
TOTAL DE HABITANTES	9488

Elaborado por las autoras

Fuente: Estimación de sectores censales del INEC 2018



Figura 3. Centro de Salud Cuba Libre Tipo B
Fuente: las autoras

La población en su mayoría se auto identifica como mestiza con un 0.20% de usuario extranjeros. Dentro de las características socioculturales presenta el 99% idioma español. 70% son de adscripción religiosa católica, y 1% población diversa.

Las comunidades asignadas al Centro de Salud Cuba Libre son de nivel medio bajo y bajo, que reflejan las múltiples necesidades que aquejan. Las coberturas han logrado la meta programada, pero las concentraciones no están teniendo el nivel que se esperaba. El área de Emergencia cuenta con pocos profesionales para la gran demanda de usuarios que se genera en la misma.

Migración.

A pesar de ser una comunidad con un desarrollo no prominente, la base laboral es la pesca, la construcción y el comercio informal, en el último año por los movimientos migratorios externos e internos la población ha presentado una alta tasa demográfica.

Los datos obtenidos en la matriz del Centro de Salud Cuba Libre, indican que durante el 2018 se atendieron 372 personas de otras nacionalidades y de enero a mayo de 2019 llevan atendidos 173 personas.

Población en edad de trabajar.

La población oscila entre los 17 y los 50 años en diversas actividades que requieren fuerza física, sin embargo, es regular encontrar personas de más de 50 años, con negocios basados en el comercio de alimentos, venta de mercadería, transporte informal y otros.

Perfil ocupacional, desempleo y subempleo.

Más del 50% de la población se encuentra en el rango de 20 a 64 años, rango que corresponde a un grupo, potencialmente activo en términos económicos. Esto contrasta con los datos del INEC, que en el año 2010 registró que el 42,6% se trata de Población Económicamente Activa (PEA).

El ingreso promedio mensual es de 370 a 450 dólares por familia.

La pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en el último censo del año 2010 fue de 79,7%, lo que resulta por encima del nivel nacional (60%); sin embargo, es 14% menor que en el censo del 2001.

3.6.TIPO DE ESTUDIO.

El presente estudio etnográfico y descriptivo de tipo cualitativo dirigido a los usuarios y personal de salud de las distintas áreas del Centro de Salud Cuba Libre, se realizó a través de entrevistas semiestructuradas y grupos focales, dirigido a los diferentes grupos preestablecidos en la Unidad Operativa, los que formaron parte de este estudio son: Club de Embarazadas, Club de Madres en periodo de lactancia, Club del adulto mayor, Club de movilidad humana.

3.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personal que labora en el Centro de Salud Cuba Libre
- Pacientes de 19 a 75 años independientemente del sexo
- Pacientes que posterior a la lectura del consentimiento aceptan y firman el mismo
- Pacientes que posterior a la lectura del asentimiento aceptan y firman el mismo
- Pacientes originarios y pertenecientes de la parroquia Eloy Alfaro

3.8. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes menores de 19 años
- Pacientes que posterior a la lectura del consentimiento informado no aceptan ser parte del estudio

- Pacientes que posterior a la lectura del asentimiento informado no aceptan ser parte del estudio
- Pacientes con trastorno psiquiátrico o con discapacidad intelectual
- Pacientes que no residan en la parroquia Eloy Alfaro

3.9. UNIVERSO

El universo de estudio es el personal de salud de los distintos departamentos, así como los usuarios de ambos géneros, diversidad étnica y origen, con o sin nivel de escolaridad, de grupos etarios que incluyen adultos en sus diferentes etapas, mujeres embarazadas, mujeres en periodo de lactancia y adultos mayores que acuden al Centro de Salud Cuba Libre de Manta.

El Centro de Salud Cuba Libre pertenece al Distrito 13D02 de la Zona 4 de la provincia de Manabí, brinda atención en los diferentes programas del Ministerio de Salud Pública (MSP) de lunes a viernes desde las 08:00 hasta las 17:00 horas en el área de Consulta Externa, con los servicios de Pediatría, Ginecología, Obstetricia, Odontología, Medicina Familiar, Psicología, Nutrición Medicina General, Laboratorio, Vacunación y Tamizaje; cuenta además con área de Emergencia y servicio de Maternidad con atención las 24 horas. El número de camas en Emergencia es: 3 Observación y 3 Posparto.

El personal de salud con la que cuenta esta unidad operativa es:

Tabla 3. Personal de Salud del Centro de Salud Cuba Libre

Administrador Técnico	1
Personal administrativo	4
Médicos	18
Enfermeras	14
Odontólogos	2
Obstetras	3
Nutricionista	1
Psicólogo	1
Laboratorio Clínico	6
Auxiliar de Farmacia	2
Auxiliar Administrativo	1
TAPS (Técnico en Atención primaria de Salud)	2
TOTAL	55

Elaborado por las autoras

Fuente: Datos estadísticos del Centro de Salud Cuba Libre

3.10. SELECCIÓN DE INFORMANTES

Formaron parte de este estudio 40 personas que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión, considerando que esta selección de informantes no es estadística, utilizamos como método de abordaje la escucha activa, la empatía y la interrelación en cada entrevista acorde al tema propuesto.

Se planteó en primera instancia realizar los grupos focales con cada uno de los clubes ya formados en la unidad de salud como son: Club de Embarazadas, Club de Madres en periodo de lactancia, Club del adulto mayor, Club de movilidad humana, en el tiempo y fechas estimadas según el cronograma expuesto en el protocolo, tomando en consideración los respectivos permisos para quien lleva a cargo la dirección de cada uno de ellos y considere pertinente poder realizar nuestro proceso de recolección de la información. Al momento de ejecutar los grupos focales se realizaron tres, un primer grupo de las mujeres embarazadas, otro segundo grupo de madres en período de lactancia y un tercer grupo focal con el club de movilidad humana. Con el club de adultos mayores se realizó entrevistas semiestructuradas, muchos de ellos por su longevidad presentan disminución de la agudeza y auditiva y se requirió un ambiente individualizado, tranquilo y así llevar una charla agradable y amena. Se escogieron temas específicos de las variables, según las actividades que realiza cada uno de estos equipos en sus días y horas de reunión para evitar inconvenientes con el horario y calendario de cada uno de ellos.

Cada grupo focal estaba estructurado por seis participantes de edades similares y características aptitudinales que los relacionaba al tema en cuestión, con una duración de una hora para cada grupo focal. Dentro de los temas se especificó para el grupo de mujeres embarazadas y para las madres en período de lactancia lo relacionado a sus creencias y experiencias en esta etapa de su vida, y con el grupo de movilidad humana fueron los conocimientos sobre violencia y cuál es la actitud de ellos frente a esta.

El esquema de reunión se dividió en etapas: la primera etapa con un preámbulo de presentación, donde se expusieron las razones para realizar esta asamblea, la forma como se llevaría la reunión, y las reglas al momento de iniciar el plenario, para que no existan interrupciones ni situaciones que salgan de contexto. En una segunda etapa se realizó una dinámica para conocer los nombres y procedencia de cada uno de ellos, para reconocer qué información proporciona cada individuo usamos como herramienta la colocación de nombres en cartulina a cada participante en su vestimenta. Se asignó a una investigadora para que sea la persona encargada de tomar apuntes o

grabar los comentarios y otra de las investigadoras era la moderadora de la reunión. La tercera etapa final entre los participantes y la moderadora donde se llegaron a conclusiones sobre el tema.

Tabla 4. Grupos focales

GRUPO FOCAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
N° 1	0	6	6
N° 2	0	6	6
N° 3	2	4	6
TOTAL	2	16	18

Elaborado por: las autoras

Luego de adquirir confianza y conforme se fue llevando el evento, se escogieron a representantes de cada equipo para posteriormente realizar las entrevistas semi estructuradas, previo consentimiento del usuario tomando sus datos personales, dirección y teléfono, así más adelante contactarnos y realizar la entrevista en su domicilio o lugar de acción para que nuestro trabajo etnográfico y de campo se realice sin inconvenientes.

Las entrevistas semi estructuradas fueron realizadas a 40 usuarios de diferentes grupos etarios, condición económica, social, laboral, etnia, y nacionalidad, cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión. La plática se realizó de manera aleatoria cumpliendo según lo acordado en la presentación de los grupos focales, es decir, en el lugar y hora que nuestro informante tomara en consideración como el más adecuado, todo esto con la finalidad de crear un ambiente más confortable y armónico, así también por parte de las investigadoras se creó un modelo de escucha empática y activa para de esa manera evitar las barreras como el silencio, la monotonía, la indiferencia o de llevar los temas lejos del marco de lo que la investigación lo requería. Para las entrevistas se tomaron en cuenta todas las variables con la finalidad de conocer lo que cada individuo según su criterio conoce al respecto de los diversos temas.

Cada entrevista duró en promedio 45 minutos tomando en cuenta la fatiga que puede presentarse por lo extenso de los temarios, siempre fue de tipo dinámico iniciando por el tema de mayor relevancia y de esa manera aumentar el interés para darnos cada vez más información, tuvimos que regresar por segunda ocasión a otra entrevista con la finalidad de culminar aquellos temas que por tiempo o poca información no se logró completar.

Tabla 5. Selección de Informantes – Entrevistas semiestructuras

INFORMANTES	19 – 34 años	35 – 49 años	50 – 64 años	65 – 75 años	TOTAL
HOMBRES	2	1	3	3	9
MUJERES	18	10	1	2	31
TOTAL	20	11	4	5	40

Elaborado por: las autoras

3.11. DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Para realizar el análisis de datos cuantitativos se utilizaron como referencia indicadores sociales y demográficos como: la edad, etnia, nivel de estudios, estado civil y lugar de residencia o movilidad humana los cuales se obtuvieron mediante las entrevistas semiestructuradas realizadas a los participantes.

Tabla 6. Características Sociodemográficas

VARIABLES ESPECIFICAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	ESCALAS	FUENTE
Edad	Número de años cumplidos desde el nacimiento	Años	Años	Entrevistas
Etnia	Conjunto de personas que pertenece a una misma raza	Auto Identificación Étnica	Mestizo Montubio Blanco	Entrevistas
Nivel de estudios	Grado de instrucción de una persona	Nivel de enseñanza	Analfabeto Primaria Secundario Superior	Entrevistas
Estado Civil	Situación de las personas determinadas por sus relaciones de familia	Estado	Soltero Casado Unión Libre Divorciado Viudo	Entrevistas
Movilidad humana	Movilización de personas de un lugar a otro	Tipo	Migrante Interno Migrante Externo No Migrante	Entrevistas

Elaborado por: las autoras

3.12. CATEGORIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Se añadió un concepto nuevo a las variables iniciales del protocolo de investigación, esta fue Relación Medico Paciente, que enriqueció este estudio y que tiene relación con los objetivos planteados.

3.13. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 7. Operacionalización de las variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN	CATEGORÍA	PREGUNTAS
SALUD	Es el estado de completo bienestar físico, mental, y social y no solo la ausencia de enfermedad o afecciones. (OMS, 1946)	CONCEPTO CONOCIMIENTOS TRATAMIENTOS DEMOGRAFÍA	¿Qué entiende por Salud? ¿Qué practicas realiza o que creencias tiene? ¿Qué terapias utiliza? ¿Dónde acuden?
SALUD MENTAL	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)	CONCEPTO ACTITUD EXPERIENCIAS	¿Qué conoce sobre el tema? ¿Cuál es el papel de la familia? ¿Conoce a alguien con alguna de estas enfermedades?
SEXUALIDAD	Aspecto central del ser humano, a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive	CONCEPTO CONOCIMIENTOS	¿Que conoce sobre el tema? ¿Cuáles son las creencias sobre sexualidad?

	y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. (OMS,2011)		
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	Es un estado general de bienestar físico, mental y social. Es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo.	CONOCIMIENTO EXPERIENCIAS	¿Qué practicas realiza para la planificación familiar? ¿Qué vivencias ha tenido con respecto a su salud sexual?
EMBARAZO	Período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos. (UNFPA,2014)	CONOCIMIENTO EXPERIENCIAS	¿Qué creencias tiene con respecto al embarazo? ¿Qué practicas realiza durante el embarazo?
PARTO, POSTPARTO	Parto: 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	CONOCIMIENTO EXPERIENCIAS	¿Qué creencias tiene sobre esta etapa? ¿Qué practicas realizo?

	<p>500 gr o más de 22 semanas vivo o muerto</p> <p>Puerperio: es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se desarrolla por un proceso de involución de las mismas hasta casi regresarlas a su estado inicial. (MSP,2014)</p>		
NEONATO	Desde el nacimiento hasta los 29 días de vida. (MSP,2014)	<p>CONOCIMIENTO</p> <p>EXPERIENCIAS</p>	<p>¿Qué creencias tienen con respecto al cuidado del recién nacido?</p> <p>¿Qué practicas realizo en esta etapa?</p>
MUERTE O FALLECIMIENTO	Es el término de la vida a causa de la imposibilidad orgánica de sostener el proceso homeostático. Se trata del final del organismo vivo que se había creado a partir de un nacimiento. (Pérez Porto J., Merino M., 2009)	<p>CONCEPTO</p> <p>TRADICIONES</p>	<p>¿Qué conoce sobre el tema?</p> <p>¿Qué practicas realizan?</p>
VIOLENCIA SOCIAL	Cualquier tipo de violencia con impacto social cometida por individuos o por la comunidad (Tremblay R, Boivin M, Peters R,2012).	<p>CONCEPTO</p> <p>ACTITUD</p> <p>EXPERIENCIAS</p>	<p>¿Que conoce sobre la violencia?</p> <p>¿Cuál es la actitud de la familia?</p> <p>¿Qué vivencias ha tenido?</p>

MIGRACIÓN	Es el traslado o desplazamiento de la población de una región a otra o de un país a otro, con el consiguiente cambio de residencia. (Concepto definición.de2019)	BARRERAS EXPERIENCIAS TEMORES	¿Cuáles considera que son los obstáculos que presentan los migrantes? ¿Conoce alguna experiencia? ¿Cuáles son los temores que presentan?
RELACIÓN MÉDICO PACIENTE	Relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud. (González Menéndez R. 2004. <i>La Psicología en el campo de la salud y la enfermedad.</i>)	BARRERAS VENTAJAS INFRAESTRUCTURA	¿Qué inconvenientes ha tenido con respecto al tema? ¿Qué cosas positivas ha experimentado? ¿Cómo considera que debe ser un ambiente adecuado para la atención?

Elaborado por: las autoras

3.14. ASPECTOS BIOÉTICOS

La información obtenida en este trabajo de investigación es a través de entrevistas semiestructuradas, grupos focales e historia de vida, esto clasifica como una investigación sin riesgos biológicos, fisiológicos, psicológicos, sociales, morales y económicos para los participantes. Este tema se desarrolló manteniendo el anonimato de las personas que colaboraron con la información, previamente se requirió la firma del consentimiento informado (Ver Anexo 2) y durante la transcripción de la información se le asignó un código alfanumérico a cada participante. Este trabajo investigativo cuenta con la aceptación por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

3.15. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se recolectó información durante los meses de: noviembre, diciembre de 2018 y enero 2019, mediante entrevistas individuales semiestructuradas realizadas en las instalaciones del Centro de Salud Cuba Libre en la parroquia Eloy Alfaro de la ciudad de Manta y en febrero para la

intervención con los grupos focales en el centro de salud Cuba Libre, tras establecer un vínculo de confianza y las respectivas firmas de autorización.

Las entrevistas con un tiempo de duración de 40 a 60 minutos aproximadamente, y el grupo focal de 60 minutos, esta información se almacenó en archivos de audio.

3.16. PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Se transcribió el archivo de audio a un documento de Word Office, se agrupó de acuerdo con las variables: salud, salud mental, sexualidad, salud sexual y reproductiva, embarazo, parto y postparto, neonato, muerte o fallecimiento, migración, violencia y relación médico paciente. Se tomó en cuenta los testimonios más representativos y relevantes de cada entrevista, para analizarlo y argumentar el resumen de cada variable.

3.17. IDENTIFICADORES DE LOS SUJETOS INFORMANTES

Al ser una investigación cualitativa, la descripción sobre las experiencias y conocimientos de cada informante son de tipo narrativa e individualizada, por tal motivo se creó una tabla donde constan características o situaciones relevantes a la condición de cada individuo como por ejemplo: edad, ocupación, lugar de residencia, fisonomía o algún estado que marcara su relato, esto con la finalidad de que al usar las iniciales de cada palabra sea para nosotras como investigadoras una forma práctica y rápida de conocer sobre qué personaje se está documentando, puesto que la identidad de cada uno de ellos tiene que mantenerse en anonimato tal como se expresó en el consentimiento informado.

Tabla 8. Perfil de los informantes

Nº	IDENTIFICADOR	INFORMANTE PERFIL
1	A69VS	Anciana, 69 años, violencia, secuestro
2	A36BA	Adulta, 36 años, ballena azul
3	A33AC	Adulta, 33 años, admisión cuba
4	A52OC	Adulto, 52 años, odontólogo cuba
5	A24PP	Mujer, 24 años, parto parada
6	A75PS	Anciano, 75 años, paciente subsecuente
7	A27BC	Adulta, 27 años, buena cuñada.
8	A54GC	Adulto, 54 años, ginecólogo cuba.
9	A65DJ	Anciano, 65 años, doctor jubilado
10	A42DC	Adulta, 42 años, director cuba
11	A46OC	Adulta, 46 años, odontóloga cuba
12	A32TA	Adulta, 32 años, Taps amorosa

13	A30VP	Adulta, 30 años, venezolana panadera
14	A31MP	Adulta, 31 años, mamá pediatría
15	A37QF	Adulta, 37 años, Quevedo farmacia
16	A23IA	Adulta, 23 años, ingeniera avellanas
17	A26HF	Adulto, 26 años, hombre farmacia
18	A62HD	Adulta, 62 años, hermanas dulces
19	A27EP	Adulta, 27 años, estudiante psicología
20	A32VH	Adulta, 32 años, voz, herida
21	A41JL	Adulta, 41 años, jefa laboratorio
22	A42NC	Adulta, 42 años, nutrición cuba
23	A47LV	Adulta, 47 años, licenciada, violencia.
24	A64VB	Adulto, 64 años, venezolano bailes
25	A26CH	Adulta, 26 años, chorróna
26	A31DM	Adulta, 20 años, disartria, morena
27	A19AE	Adulta, 19 años, adolescente embarazada
28	A70CJ	Anciano, 70 años, comerciante jugos
29	A46GA	Adulta, 46 años, generala admisión
30	A31MC	Adulta, 31 años, mantenimiento cuba
31	A23EO	Adulta, 23 años, estudiante ordenada
32	A27BO	Adulta, 27 años, Babahoyo obstetra
33	A65TL	Adulta, 65 años, tía leal
34	A24EA	Adulta, 24 años, estudiante anticoncepción
35	A44ND	Adulta, 44 años, neuritis defensiva.
36	A35VM	Adulto, 35 años, Valledupar médico
37	A28LE	Adulta, 28 años, licenciada embarazada
38	A40CM	Adulta, 40 años, canadiense migrante
39	A36TR	Adulta, 36 años, taps rubia
40	A23CH	Adulto, 23 años, chamo

Elaborado por: las autoras

Fuente: Entrevistas de los participantes

3.18. INDICADORES CUALITATIVOS

Para lograr una evaluación integral y global de la investigación fue imprescindible elaborar indicadores cualitativos que permitieron conocer sobre la interculturalidad, la atención sanitaria y relación médico paciente a través de la conceptualización, actitudes, conocimientos, experiencias, barreras, temores, infraestructura y ventajas.

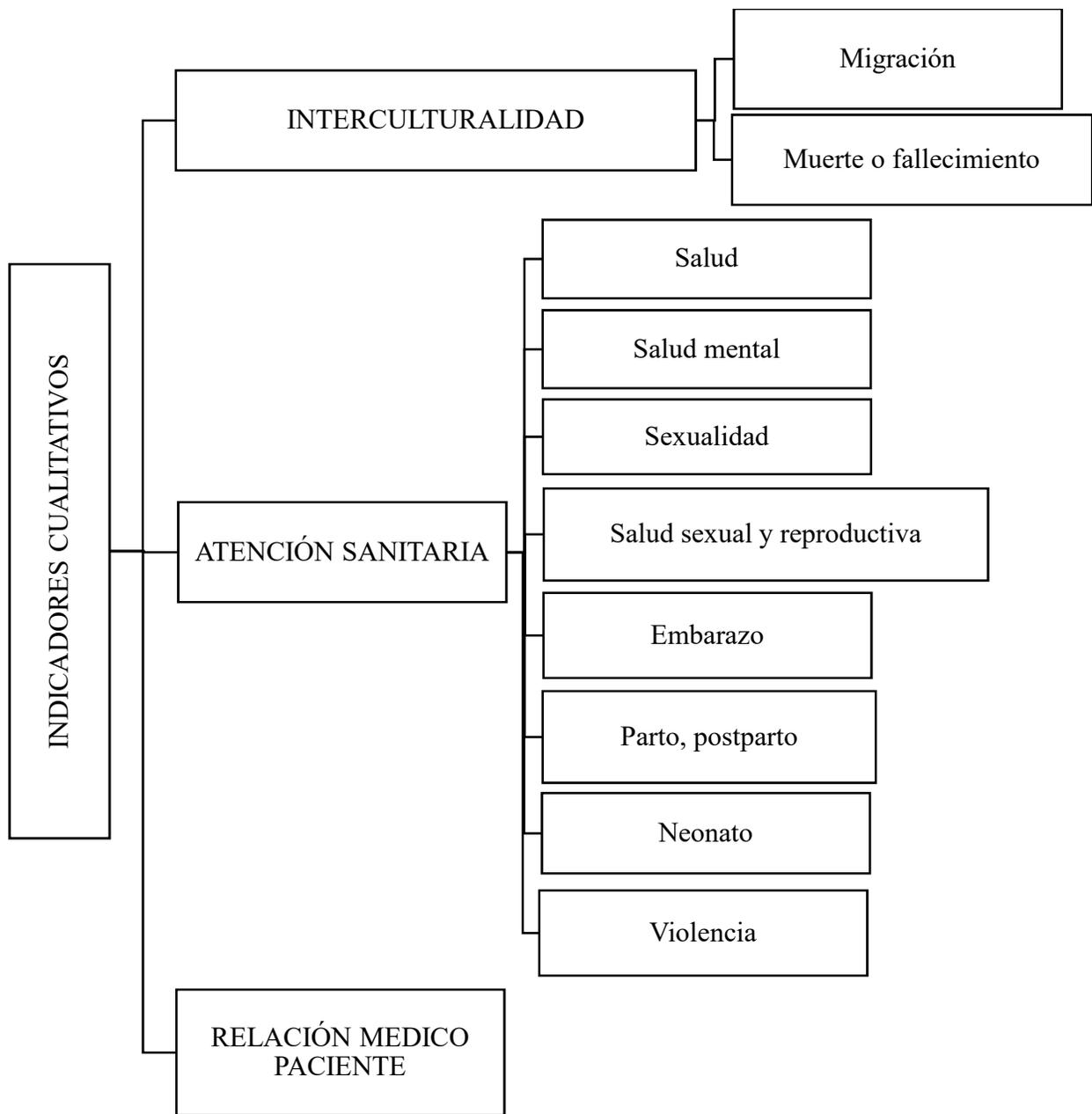


Figura 4. Indicadores Cualitativos
Elaborado por: las autoras
Fuente: Datos de la investigación

3.19. WORD SALAD

Una vez realizadas y transcritas cada una de las entrevistas, con el uso del programa Word Salad que es un generador de palabras en forma de nubes personalizadas con diferentes fuentes, colores en la que se resaltaron los términos más expresados, con el fin de obtener una visión global de cada tema.

3.20. MODELO GRÁFICO SISTÉMICO DE GIDDENS

La teoría de estructuración de Giddens, sociólogo inglés, se refiere a que tanto la estructura (sociedad) como el sujeto (persona) están en relación, es decir que ambos se influyen mutuamente a través de prácticas recurrentes, tienen una dirección bilateral y pueden hacer cambios.

Los sujetos tienen dos características básicas en la conducta humana que son: la capacidad que tiene el individuo de hacer las cosas de diferentes maneras y los conocimientos acerca de lo social, de lo que hacen, de lo que les rodea.

Con la ayuda del modelo sistémico de Giddens, logramos realizar una síntesis de las entrevistas realizadas, resaltando las opiniones de cada participante según su conocimiento al tema investigado.

3.21. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Dificultad para realizar la investigación de tipo cualitativo, por no conocer y no haber realizado una investigación con esta metodología anteriormente por parte de las investigadoras.

Poca afluencia de personas del género masculino al centro de salud lo que limitó el universo de estudio que mayoritariamente fueron del género femenino.

Las entrevistas y grupos focales se realizaron en las instalaciones del Centro de Salud Cuba Libre, debido a que es un sector con alto índice delincuencial no se acudió a la casa de los participantes.

El centro de Salud se encuentra en remodelación lo que generó cierta incomodidad para realizar las entrevistas y grupos focales.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Resultados de variables sociodemográficas

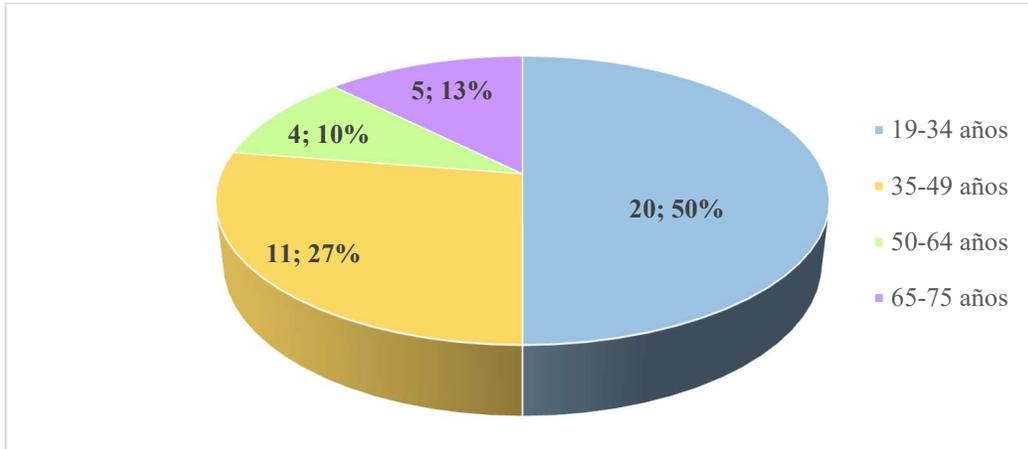


Figura 5. Edad

Elaborado por: las Autoras

Fuente: Entrevistas a los participantes

Las características sociodemográficas de los participantes destacan como la **edad** más frecuente entre 19 – 34 años con el 50%, seguidos por las edades entre 35 – 49 años con 27%, entre 65 – 75 años con 13% y en menor cuantía entre 50 – 64 años con 10%.

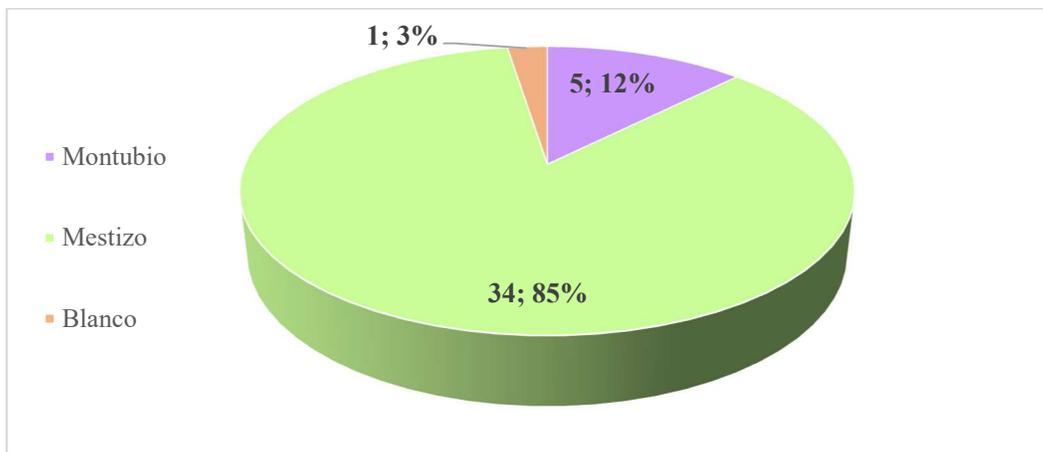


Figura 6. Etnia

Elaborado por: las Autoras

Fuente: Entrevistas a los participantes

En cuanto a **etnia** se autoidentifican como mestizos el 85%, montubio 12.5% y blanco 2.5%.

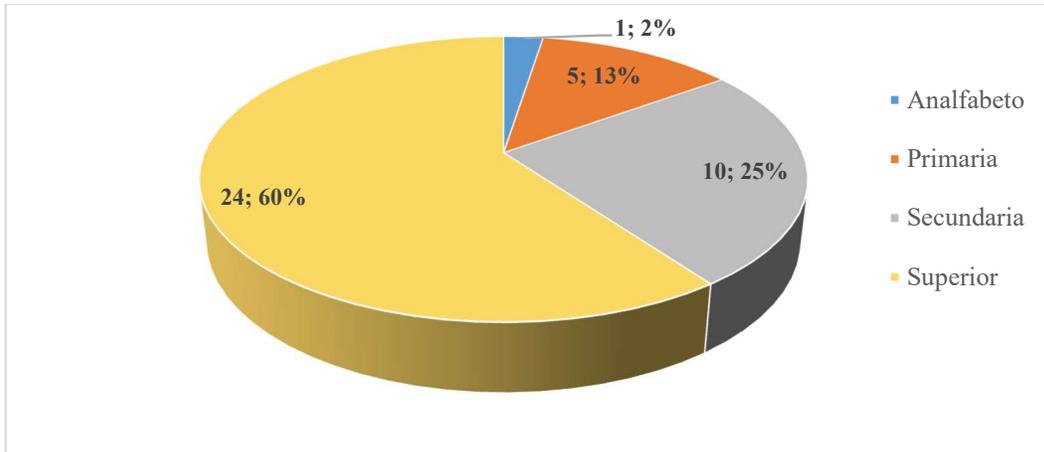


Figura 7. Nivel de estudios
Elaborado por: las Autoras
Fuente: Entrevistas a los participantes

Respecto al **nivel de estudios** destacan el nivel superior 60%, seguido por secundaria 25%, primaria 12.5% y analfabetismo 2.5%.

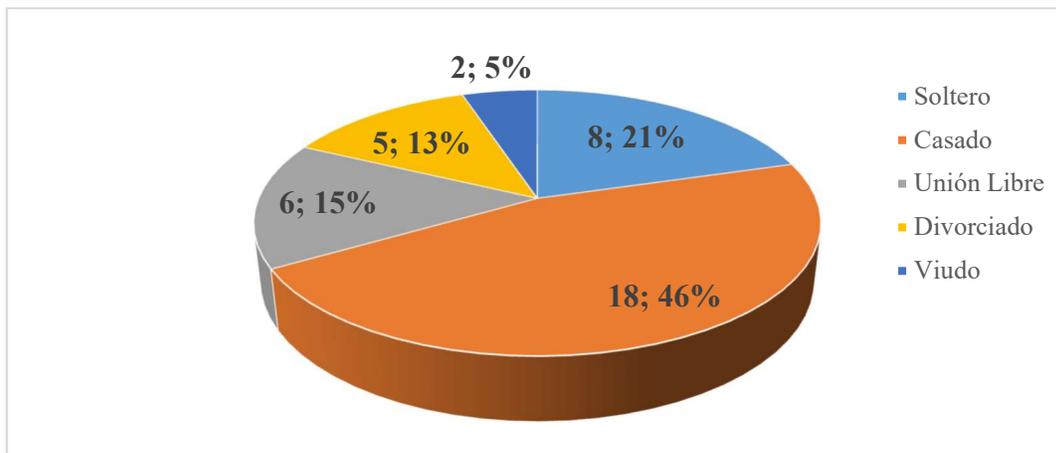


Figura 8. Estado civil
Elaborado por: las Autoras
Fuente: Entrevistas a los participantes

En el **estado civil** encontramos casados 45%, solteros 20%, unión libre 15%, divorciado 12.5% y en menor cuantía viudo 5%.

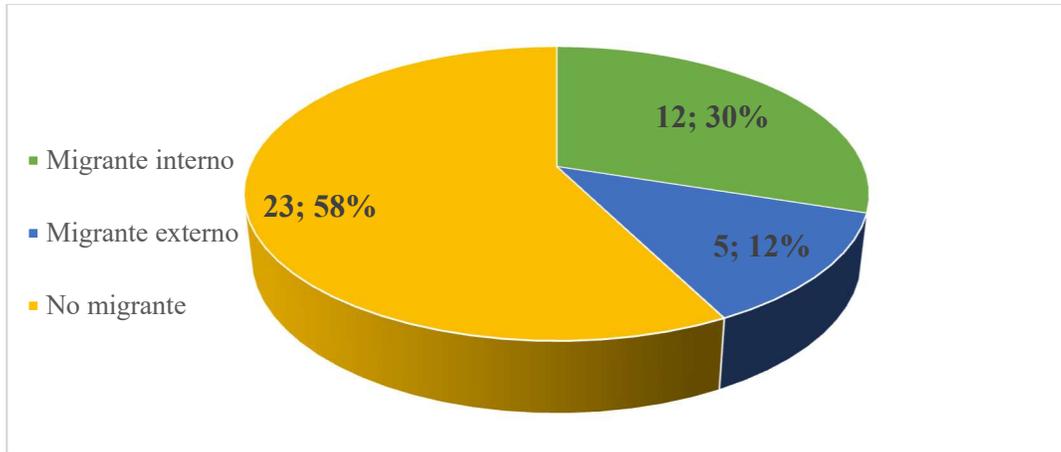


Figura 9. Movilidad Humana
Elaborado por: las Autoras
Fuente: Entrevistas a los participantes

Con respecto a **movilidad humana**: no migrante con 57.5%, migrante interno 30%, migrante externo 12.5%

4.2. SALUD: CONCEPTO, DEMOGRAFÍA, CONOCIMIENTOS, TRATAMIENTO.

Quando me enfermo lo primero que hago es ponerme triste

Siendo la salud un estado bio-psico-social de bienestar del individuo y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones, la población de Cuba Libre enfrenta esta problemática de distintas maneras, se estructuraron variables en torno a: que entiende por Salud, donde acuden, sus creencias y los distintos tratamientos empleados.

esto, me duele aquí, de ahí mi hijo me dice mami vamos para el médico, hágase ver”
(Testimonio de anciano femenino de 69 años, migrante interno)

“Si tenemos un buen entorno familiar podemos gozar de esa salud, porque la salud no solamente es la ausencia de enfermedades, sino que debemos tener esa salud mental, fisiológica, biológica y estar bien con nuestro entorno familiar” (Testimonio de adulto femenino, 42 años, nutricionista)

“Salud es el estado físico y anímico bueno de una persona, lo primero que hago al estar enfermo, bueno realmente es automedicarme, de verdad, y si no me pasa el dolor eh hh busco un médico.” (Testimonio de adulto masculino, 26 años, encargado de farmacia)

Se expresaron sobre las creencias, prácticas y tratamientos:

“Con mi segunda hija, ella se atoró como a los 7 meses comiéndose una gomita, ahí le daban convulsiones, estaba en tratamiento, igual no se le quitaba, ahí el doctor le mando un tratamiento, pero aparte de eso yo le di de tomar sangre de cuy, le dimos de tomar a la niña, y no sé si fue el remedio o fue el cuy pero ya no le volvió a dar, en ese momento mataron al cuy negro y le dieron de tomar, solo un poquito” (Testimonio de adulto femenino de 36 años, comerciante)

“allá preparaban la sangre de drago y yo la aplique a un paciente Huaorani que se había perdido en la selva y le había mordido un cocodrilo, y entonces tenía, sorprendentemente tenía una mordedura de cocodrilo de unos 7 cm en la muñeca y llego y no estaba infectada, dicen que se toman unas gotas de sangre de drago, es decir hay un árbol que se llama sangre de drago, recolectan el extracto, entonces se colocan unas 2 a 3 gotas en la palma de la mano sorprendentemente las empieza a frotar o diluir con el mismo dedo, se hace como una espuma y eso es lo que se coloca en la herida, porque la sangre de drago es cicatrizante...” (Testimonio de adulto femenino, 41 años, médico)

“...para la tos siempre es la mantequita de gallina con miel de abeja, se pone unas gotitas de miel de abeja en un poquito de mantequita de gallina y eso se le da eso le hace expulsar la flema y se da depende si la tos está muy fuerte por 8 días o 15 días eso yo aprendí de mi mamá y de mi abuelita” (Testimonio de adulto femenino, 44 años, ama de casa)

“La mayoría de la gente como viene del campo, lo que es el ojeado, la gente piensa que esta ojeada, la costumbre de hacerse sobar un huevo, hacerse unos bañitos con montes eso es típico, yo creo que en la mayoría de gente que vive en la parroquia, eso es muy acostumbrado aquí” (Testimonio de adulto femenino, 32 años, usuaria del centro de salud)

“bueno yo creo en la medicina natural, verá para mi diabetes mis hijos me enseñaron el secreto, no le voy a mentir, yo no pongo esa insulina, a mí me dan la hiel de culebra x con vino, y tomo una copita todos los días, y míreme estoy vivo (risas)” (Testimonio anciano masculino, 76 años, usuario del centro de salud)

En el Ecuador la definición de salud, va más encaminada a las enfermedades, al estar sano y no tener que tomar medicinas, según nuestro estudio de las cuarenta personas encuestadas 28 dijeron que lo primero que hacen cuando están enfermos era automedicarse, y es que nuestra cultura es muy enraizado en sus tradiciones, a lo que nuestros padres y abuelos nos enseñaron o hacían con nosotros y eso se va transmitiéndose de generación en generación; pues alegan que muchos de estos “remedios” dan resultados favorables, disminuyendo con esto la necesidad de ir al médico “innecesariamente” o “inmediatamente”, ya que conlleva a gastos de tiempo, dinero y en muchas ocasiones insatisfacciones para algún padecimiento que serían etiquetados como pasajeros.

La evolución política de Ecuador en los últimos años se ha caracterizado por mayores inversiones en el sector social, sustentadas en el concepto del Buen Vivir, que se constituye en el horizonte fundamental de la acción del Estado plasmado en la nueva Constitución de 2008 y en el Plan Nacional 2009-2013. La política social se enmarca en la recuperación del rol del Estado, la solidaridad, la universalidad y la gratuidad en la provisión de servicios clave que se consideran como bienes públicos y no como mercancías, asegurando derechos para la construcción efectiva de la ciudadanía (educación, salud, protección y seguridad social) y garantizando el acceso y la promoción de espacios sostenibles del buen vivir (vivienda, agua y saneamiento, entornos sanos y seguros). (ISAGS-UNASUR, 2012)

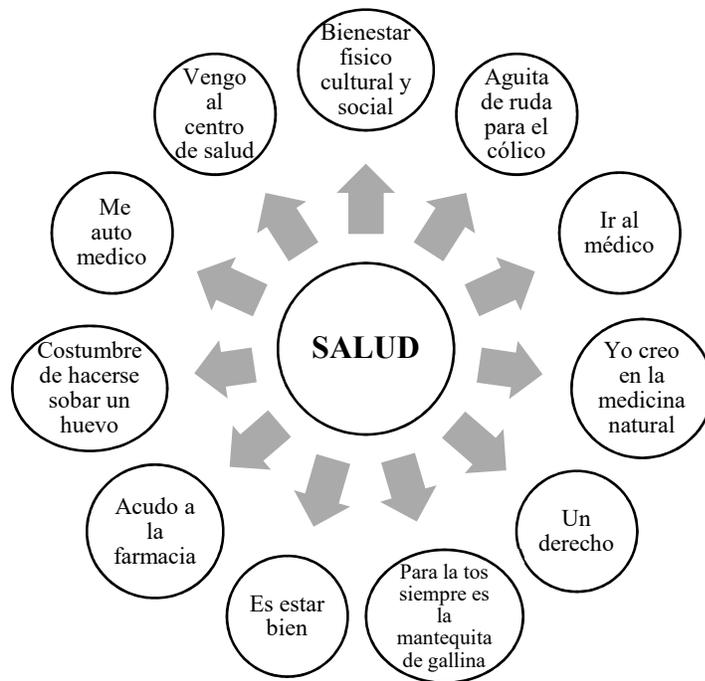


Figura 11. Concepto, Demografía, Conocimientos, Tratamientos de Salud
Modelo: Giddens 2004
Elaborado por: las autoras

En la figura 11 se observan las diversas relaciones y situaciones por las que cada uno de nuestros participantes define salud, así como también sus experiencias y conocimientos en torno a este tema, muchos definieron que salud es estar sano, es no enfermarse, más de la mitad de ellos concuerda en que la primera acción es auto medicarse y gran parte da soporte a que la medicina natural brindada por generaciones da buenos resultados al momento de tener alguna dolencia.

4.3. SALUD MENTAL: CONCEPTO, ACTITUDES Y EXPERIENCIAS.

La mata da de todo.

Definimos la salud mental como la forma en que las personas son capaces de afrontar situaciones y tomar decisiones que no afecten su vida diaria ni su relación con el entorno, se estructuraron variables en torno a lo que nos digan cada uno de nuestros informantes, cómo es la actitud de la familia frente a la salud mental, los cambios en el ámbito familiar o personal y las diversas experiencias y situaciones que provocan cambios en su vida diaria.

“Es una persona que en todos sus sentidos se desenvuelve o se comunica, ehh, de una manera normal” (Testimonio adulto femenino, 47 años, enfermera)

“tengo una hermana que es bien voluble, y a veces decimos en la familia, la mata da de todo, mi hermana no comparte con nosotros nuestras reuniones a ella todo le fastidia, en un momento determinado ella reacciona totalmente diferente, pero cuando usted se pone a conversar con ella, ella es una abogada, inteligente, es muy cuerda, tiene esas reacciones, yo considero que ella mentalmente no está bien” (Testimonio adulto masculino, 57 años, odontólogo)

“la salud mental es no preocuparse mucho, porque la preocupación a uno le hace dolor la cabeza y estar estresado y eso es terrible” (Adulto femenino, 44 años, ama de casa)

“la salud mental es que no está loca la persona, tiene que ir a un psicólogo, o sea ver lo que le pasa” (Testimonio adulto femenino, 31 años, personal de limpieza)

La mayoría de los participantes no conocen sobre el tema, pero manifiestan que la actitud de la familia es:

“El papel de la familia cuando un miembro de esta tiene un problema de salud mental es apoyarlo, estar ahí, ayudarlo, llevarlo a un médico, especialista, apoyarlo en todo sentido, económica, emocionalmente” (Testimonio adulto femenino, 23 años, usuaria del centro de salud)

“...pero a veces hay personas que necesitan mucho de su ayuda porque no tiene un acompañamiento, a veces ni de la familia. Mi mamá, ella es viuda hace 8 años. Llora aun, no todos los días, pero si, se acuerda mucho” (Testimonio de adulta femenina, 32 años, personal de salud)

“el papel de la familia es muy importante, porque considero que deberían incluso hacer terapias, es una causa de cansancio, es como una carga y por eso la familia tiene que estar unida y complementada en todos los aspectos” (Testimonio adulto femenino, 27 años, estudiante de psicología)

“yo pienso que el valor de la familia es donde a esa persona se le presta más atención, esa persona tiene más cuidado” (Testimonio adulto femenino, 47 años, enfermera)

Nos comentaron sus experiencias:

“en algún momento tuvimos un paciente con esos tipos de problemas, que su mamá tenía que estar corriendo atrás de él, él se le metía al aljibe, salía que corriendo las 12 o 1 de la noche, su mamá tenía que estar corriendo y eso, eso, y me tocó ver en ese momento como el chico se tiró al aljibe y ella desesperada ella no sabía cómo sacarlo de ahí, eso sí afecta emocionalmente” (Testimonio adulto femenino, 36 años, personal de salud)

“cuando trabaja en Altamira yo tenía a cargo algunos pacientes, íbamos con mi compañero el doctor, algunas personas les tenían terror, yo no. Me les acercaba, inclusive ya me veían y ellos se alegraban” (Testimonio adulto femenino, 47 años, enfermera)

Todas las personas que fueron parte de este estudio conocen poco sobre este tema, muchos lo relacionan con las discapacidades de tipo cognitivo adquiridas al nacimiento, de causas como hipoxia o enfermedades degenerativas pero muy pocas personas conocen que en la actualidad la salud mental va más allá de eso, los factores de riesgo para adquirir alguna de estas enfermedades mentales son más comunes de lo que creemos, y que incluso, algún individuo de nuestro hogar puede estar padeciendo en este momento.

Las palpitaciones, inquietud, irritabilidad, pérdida repentina de la concentración, llanto fácil, la falta de descanso, el miedo, la falta de tiempo, las preocupaciones excesivas, los temores o angustias son por nombrar algunos de los síntomas o signos que nos pueden estar haciendo reconocer que estamos ante una de estas patologías de tipo mental.

Sin duda actualmente los trastornos mentales afectan en gran medida a la sociedad, y es tan representativa que no podemos hacer caso omiso a ellas, por tanto, como sector salud debemos fomentar más estrategias encaminadas a reconocer y detectar a tiempo dichos síntomas que puedan estar presentando cualquier persona de nuestra comunidad y de manera oportuna brindar todo el apoyo psicológico, médico y social que la familia y el individuo necesitan.

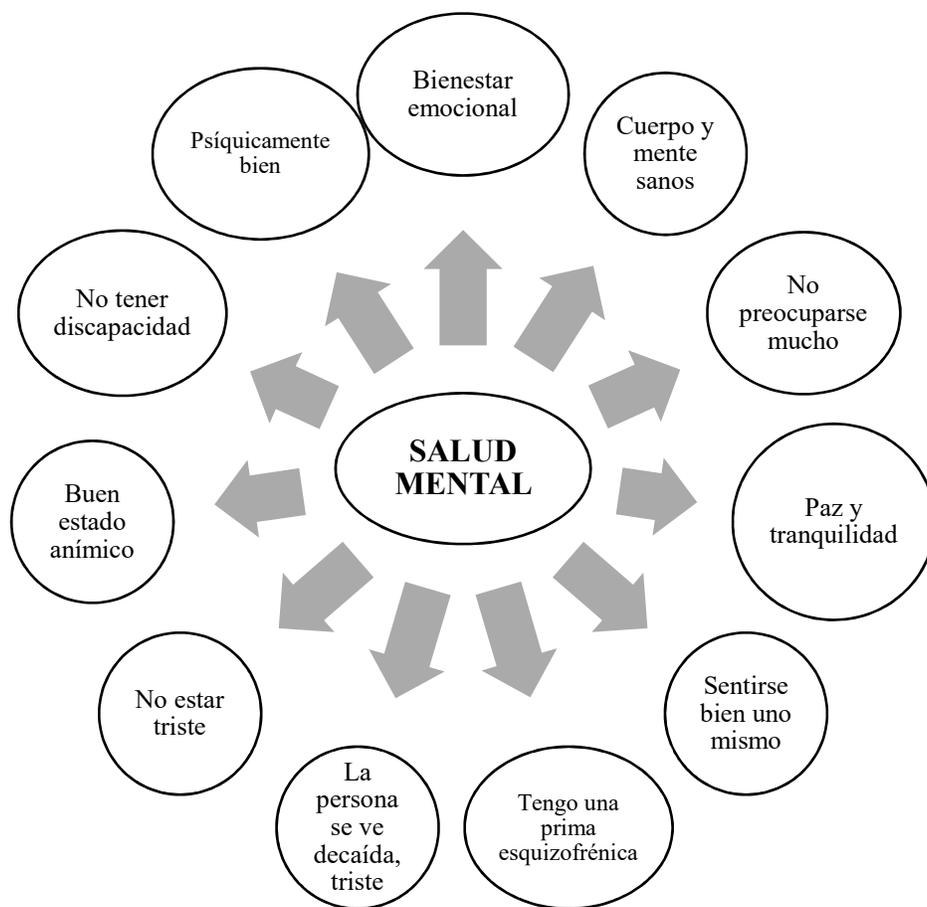


Figura 13. Concepto, Actitudes y experiencias de Salud Mental
Modelo: Giddens 2004
Elaborado por las autoras

En la Figura 13 se ponen en evidencia las distintas maneras de interpretar y sobrellevar la salud mental entre nuestros informantes, la gran mayoría lo relaciona con enfermedades de tipo biológico, genético o social, otros con estados de la personalidad, pero todos reconocen que el papel de la familia ante esta situación es de gran importancia.

a alguien que sepa. Es raro si pregunto a la familia, a veces porque da vergüenza tocar esos temas.” (Testimonio de adulto femenino, 27 años, usuaria del centro de salud)

“la sexualidad se podría decir que es hasta un estilo de vida, habiendo vivido tantos años por allá, no es tabú, no es una cosa de asombrarse, es una cosa que las personas deciden practicar, hacer de acuerdo a su juicio, ya sea maduro e inmaduro, cada quien hace de su cuerpo lo que quiere y experimenta las cosas que quiere” (Testimonio de adulto femenino, 40 años, migrante externo)

“Mis padres me inculcaron que siempre tienes que estar con la persona, con el padre de tus hijos, con una sola persona, que tienes que casarte primero para ahí tener relaciones y crear una familia, y hacer una familia y eso, eso es lo que te inculcan, bueno mis padres y todavía mi familia, porque todavía mis padres viven juntos y están juntos.” (Testimonio, adulto femenino, 33 años, admisión)

“Como podría explicarle (pensativo). Es algo del ser humano que siente una satisfacción. Hombre con hombre, mujer con mujer, me es indiferente, me da igual, como decimos nosotros el cariño es el mismo.” (Testimonio adulto masculino, 64 años, migrante externo)

La salud sexual y reproductiva es un tema de mucho interés para los usuarios del centro de salud, quienes acuden con frecuencia para solicitar diferentes métodos de planificación familiar y así disfrutar de una vida sexual satisfactoria, con la libertad de decidir procrear o no hacerlo. Dentro de sus experiencias y conocimiento nos contaron:

“en antes no se cuidaba, no había los condones como hay ahorita, muchacho que se hacía, muchacho que venía” (Testimonio anciano masculino, 70 años, agricultor)

“Tienen creencia de lo que son los lavados vaginales. Una vez una amiga me dijo: yo me tomo la coca cola con el Alka Seltzer a partir del quinto día de la regla y yo no he quedado embarazada todo, ya tengo como más de 4 – 5 años que no quedó embarazada.” (Testimonio de adulto femenino, 62 usuaria del centro de salud)

“las mujeres que usan su método anticonceptivo tratan de conservar su figura y uno de los temores de ella es de que si les va a engordar o no les va a engordar” (Testimonio adulto masculino, 52 años, ginecólogo)

“A los 14 años una mamita me dijo que quería ser mamá, porque después se iba a quedar en la percha, y yo me quede asombrada porque, o sea, a los 14 años uno piensa es en jugar, en lo que es la vida de colegio, paseos y todo eso, menos en ser mamá” (Testimonio de adulto femenino, 27 años, obstetra)

“en mi caso yo nunca me he cuidado con pastillas o inyecciones, ahora estoy ligada, pero cuando yo me cuidaba, me cuidaba con la tabla” (Testimonio adulto femenino, 37 años, auxiliar de farmacia)

“como yo vivía en el campo, yo iba al pueblo a buscarle las pastillas a mi mujer para que no tenga más muchacho, y a veces también la llevaba al Carmen o a Santo Domingo y el doctor le amarraba el útero y así ella no quedaba embarazada enseguida” (Testimonio anciano masculino, 76 años, usuario del centro de salud)

En el presente estudio tanto hombres como mujeres de la comunidad conocen y hablan de estos temas con temor o vergüenza, muchos de los entrevistados refieren que estos temas son de gran interés para ellos, y que la tecnología en la mayoría de los casos es el arma donde primero buscan la información, mucho más que el hablar con los padres, así mismo, el sistema de Salud Pública del Ecuador da carta abierta a que toda la comunidad pueda acceder a una atención médica para fines de prevención, promoción o planificación, cosa que agrada a la mayoría de los usuarios porque tienen acceso a métodos anticonceptivos para utilizarlos de manera regular. Por tanto, la planificación familiar es una verdadera herramienta de salud que se debe reforzar con el fin de evitar los embarazos no deseados.



Figura 15. Conocimientos, conceptos y experiencias de Sexualidad, Salud Sexual y Reproductiva
Modelo: Giddens 2004
Elaborado por las autoras

En la figura 15, con respecto a la sexualidad, salud sexual y reproductiva los participantes manifestaron conocer diversos métodos de planificación familiar, y como la mayoría tiene independencia para la búsqueda de información, debido a la vergüenza o temor que generan estos temas. Un grupo de participantes manifestó que es un estilo de vida, algunos refieren que esto aun es tabú y que las creencias religiosas son propias de cada persona

4.5. EMBARAZO: CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS

Agüita de esencia maravillosa

El embarazo es una etapa de la vida llena de cambios, vivencias y experiencias para toda la familia. Estos cambios fisiológicos y metabólicos surgen a partir de la concepción para el crecimiento y desarrollo del nuevo ser.



Figura 16. Embarazo
Programa: Word Salad.
Elaborado por las autoras.

En la figura 16 las palabras más destacadas son partera, parto, embarazo, clínica, hospital obtenidas de las entrevistas y grupos focales, donde los participantes comentaron los temores, prácticas y actividades que realizan en esta etapa, muchos de ellos en compañía de su pareja y familia. Estas costumbres son muy parecidas entre los países latinoamericanos.

La información recolectada durante el trabajo de campo da una clara idea de que este periodo de la vida es influenciado por las creencias familiares.

“Cuando me enteré de que iba a ser papá, ni siquiera me enteré por mi señora sino por una amiga de ella” (Testimonio adulto masculino, 26 años, encargado de farmacia)

“Tengo 4 hijos y en los 4 embarazos todos fueron diferentes cuando la primera vez era niña cuando yo me enteré a mí me dio miedo porque salí embarazada así nomás y estaba soltera y pues temía la reacción de mi papa y mama y eso era normal y del mal embarazo terrible. mi mama se enteró una prima me descubrió y le fue a decir de chismosa yo pensé que iba a ser diferente la reacción, pero antes no me dijeron nada, pero mis hermanos si eran bravísimos me querían patear. Cuando ya me empezaban los dolores me daban el agüita de esencia maravillosa y purgarme con aceite de resino para que él bebe saliera limpiecito” (Testimonio de adulto femenino, 44 años, ama de casa)

“Tenía que cumplir los antojos, aunque tenía poco antojo, si se me antojaba algo a la hora que fuera tratar de cumplirlo porque si no se me podía venir el bebé, o si no me nacía con la boca abierta (risas), en los últimos días, como mi útero nunca dilató me decían que me del cuello hacia abajo con agua de canela y que eso me ayudaba para que me dilate el útero para que expulse rápido el bebé” (Testimonio adulto femenino, 36 años, personal de salud)

En el embarazo uno de los temores que se presentan son las complicaciones que puede haber en el momento de parto.

“desde los 5 meses yo me empecé a hinchar, hinchar, hinchar que ya cuando al rato de la hora que yo entre a quirófano, el médico dijo se salva alguna de las dos, pero no me hago responsable porque me trataron de bajar la hinchazón y no me bajaba para nada, entonces el doctor tuvo así que entrarme al quirófano, pero gracias al señor aquí estamos a ninguna de las dos nos pasó nada.” (Testimonio adulto femenino, 37 años, auxiliar de farmacia)

“justo fue en diciembre, el 31 de diciembre a las 12 de la noche y justo íbamos a cenar y comenzaron los ayayay ayayay, me llevaron a la clínica, la doctora que me atendía estaba de viaje, no había doctores, de ahí me llevaron a otra clínica, tampoco había doctores, y luego a una tercera clínica y llamaron y llamaron a los doctores y para que llegaron los doctores, llegaron me atendieron y me hicieron la cesárea” (Testimonio adulto femenino, 31 años, limpieza)

Una participante narró su experiencia mientras estuvo trabajando en el Oriente ecuatoriano durante 3 años

“entonces era que él bebe había estado en posición transversa y le había realizado ecografías, le pregunté qué había pasado y ella me indicó que le habían sobado la barriga en ese momento tuvimos que hacer llegar a la partera, porque por la hora que llego no podíamos llevarla al hospital de referencia entonces ahí la partera me enseñó los movimientos para ubicar al bebe, aprendí de eso un poquito” (Testimonio adulto femenino, 41 años, médico)

En una de las entrevistas la participante menciona la gran diferencia con respecto a la salud materna en otros países, las clases prenatales que ofrecen y además la presencia de parteras.

“Bueno allá hay clases de todo, que son prenatales, son opcionales, no pagas nada, te registras nada más vas solo o con tu pareja, y yo tome esas cosas ya cuando estaba embarazada antes de tener al baby, fui a clases prenatales que de igual forma tiene una idea de las cosas que van a pasar, los tipos de parto que se ofrecen, porque una de las cosas que hacen en Canadá es que si te ofrecen el servicio de partera, tú puedes dar a luz en casa o puedes dar a luz en el hospital con tu partera y así previenes de que si se complica el parto y todo estas en el hospital” (Testimonio adulto femenino, 40 años, migrante externo)

4.5.1. En relación con las creencias en el embarazo

Grupo focal N° 1. Club de mujeres embarazadas.

“Dicen que durante el embarazo le cogen fastidio al esposo”

“Para que tenga parto normal debe bañarse con agua de hojitas tiernas de frejol de palo”

“Se debe comer bastantes frutas, sobre todo el melón para que la niña salga limpiecita”

“Los baños con agua de canela porque eso ayuda a que dilate, pero yo no dilate”

4.5.2. En relación con las experiencias en el embarazo

Grupo focal N° 1. Club de mujeres embarazadas

“Para el sobreparto me dieron huevo tibio, casi crudo con bastante comino y eso me quito los dolores”

“en todos mis embarazos mi esposo era el antojado, pollito asado, manguito verde con sal, por eso yo sabía que estaba embarazada”

“En los últimos meses me dieron de comer manzana, para que el bebé salga limpio, yo comí bastante manzana y la verdad salieron rosaditos los niños”

“yo tenía amenaza de aborto y mi suegra me puso en la barriga una tortilla de huevo con unas cosas dulces, o sea le puso anís, clavo, canela y un montón de cosas y así hizo, me lo pusieron por 2 horas y no sé si fue eso o el reposo, pero funciona”

“pues la mayor experiencia fue con mi segundo embarazo yo lleve un control normal ecografías normales y al momento de nacer me nació con craneosinostosis o sea malformaciones del cráneo se le cerraron rápido las fontanelas, pero en el embarazo no se notó nada, fue al momento del parto y ahora está en tratamiento en Guayaquil con neuro pediatra y neurocirujano”

En el Ecuador, el promedio de edad en la cual una mujer se embaraza es cada vez menor. Dentro de la comunidad de Cuba Libre con datos obtenidos del sistema estadístico y el servicio de Ginecología y Obstetricia en promedio se atendió en el 2018, 174 adolescentes embarazadas con edades entre los 12 a 19 años.

En lo que va de enero hasta junio del 2019 se han atendido en promedio un total de 175 pacientes embarazadas de las cuales 95 son adolescentes en edades entre 15 a 19 años.

Los posibles desencadenantes de que la comunidad tenga estas alarmantes cifras es quizá la comunicación insatisfactoria entre los padres y el sistema estudiantil, la deserción escolar por la falta de empleo, las familias disfuncionales a las cuales pertenecen, los hacinamientos y el medio externo en el que se desenvuelven junto a drogas, violencia o alcohol son por nombras algunas de las situaciones que se encontró al realizar este estudio.

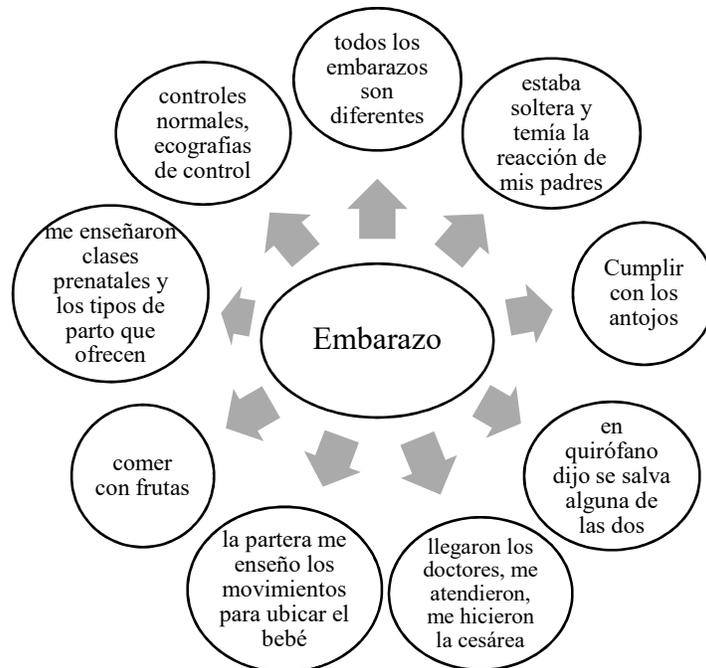


Figura 17. Conocimientos y Experiencias de Embarazo
Modelo: Giddens 2004
Elaborado por las autoras

En la figura 17 se pueden observar los cambios que el embarazo puede provocar en la cotidianidad de una familia, desde la alimentación, tradiciones familiares y cuidados generales hasta la toma de decisiones que pudieran poner en riesgo la vida de la madre y su hijo.

4.6. PARTO Y POSPARTO: CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS

Mi mami se asustó, porque decía que si yo veía parir me iba a paralizar y ya no iba a seguir

El parto natural o incluso la cesárea son las expectativas que tiene la mujer, su pareja y su familia para concluir el embarazo, es una etapa de temor, alegría, nuevos comienzos que se experimentan de diversas formas.

“Las mujeres Huaoranies paren solas, cuando ya les toca el parto paren solas, sin ayuda de nadie, ellas mismas se cortan el cordón y sacan el niño” (Testimonio de adulto femenino, 41 años, médico)

Un participante nos narró su conocimiento con respecto al parto:

“Siempre recuerdo eso de un profesor mío que decía el parto no es una enfermedad es una situación fisiológica y de igual forma el momento de dar a luz, por eso ustedes no deben poner muchos procedimientos porque eso es fisiológico y es verdad. Ahorita que se habla mucho de eso me hace acuerdo” (Testimonio adulto masculino, 65 años, médico)

Una participante narró su conocimiento con respecto al posparto:

“como buena nutricionista la lactancia materna primero en mi hija y las tres practicas integrales del parto: apego precoz, lactancia materna durante la primera hora y el pinzamiento oportuno del cordón umbilical, eso lo practique en el momento que me toco ya vivirlo” (Testimonio adulto femenino, 42 años, nutricionista)

Las diferentes creencias con respecto al alumbramiento, nos muestra la diversidad de actitudes que tiene cada familia

“la placenta la enterraron debajo de la escalera para ya no tener hijos, no tener muchos hijos bastantes. Eso me hicieron. No más tengo un solo hijo. Nunca me cuide.” (Testimonio adulto femenino, 69 años, ama de casa)

“yo me voy a llevar la placenta, porque mi mamá me dijo que se la dé de comer a mi esposo, para que tenga mayor afectividad al bebé y no se pierda ese cariño de padre” (Testimonio adulto femenino, 27 años, obstetra)

4.6.1. En relación con las experiencias en el momento del parto

Grupo focal N° 2. Club de mujeres en periodo de lactancia.

“De alguna u otra manera te hacen parir a la fuerza, te dan epidural, oxitocina, pero tienes que parir normal, la epidural eso es lo mejor que pudieron haber inventado”

“Mi mami me conto que en antes el cordón del bebé se cortaba con tijera y se amarraba con piola, la piola se secaba y ahí solito se salía”

“mi marido tiene un sobrino que es médico, yo ahí con mis dolores ya no veía que era sobrino, yo lo que quería era que me hagan tacto y me diga que ya voy a parir”

“ya no podía, ya me les moría porque estaba metido como en la pierna y me decía el doctor que venían 2 y era tanto el dolor, y era intenta e intenta y la mujer tuvo q subírseme encima y él bebe ahí salió y nació morado”

“yo venia del campo, pero para qué, si me trataron bien en el hospital, las dos veces que me tocó”

En la comunidad de Cuba Libre con datos obtenidos del servicio de emergencia, ginecología y obstetricia se conoce que a finales del año 2016 se inició con la oferta del parto culturalizado puesto que se mejoró el área de sala de parto según lo dispuesto por la norma vigente de los servicios de salud en la cual se implementan y adecuan áreas para la atención del parto humanizado con las diferentes opciones.

Es así, que hasta le fecha estadísticamente se evidenció la siguiente información entre el 2018 – 2019:

Tabla 9. Posiciones de parto

Posiciones	Total
Cuclillas	2
Arrodillada	2
Acostada de lado	38
Sentada	15
De Pie (Agarrada de la soga)	3
Acostada con pies en estribo	400

Elaborado por las autoras

Fuente: Matriz de bases ginecológicas del Centro de Salud Cuba Libre

En los datos estadísticos cada vez aumenta la elección de las pacientes por estas opciones, muchas por curiosidad y otras por referir que en los talleres las ofertan y al practicarlas experimentan mayor comodidad, (como fue el caso de una de las entrevistadas, quien fue la primera mujer con parto en posición agarrada de la soga), así mismo al realizar las entrevistas se notó gran satisfacción, porque

dentro de la norma se permite el ingreso de un familiar en el momento del alumbramiento y eso les da mayor seguridad y apego.

Por otro lado, luego del parto se pregunta a la paciente y/o familiar cual es la decisión sobre la placenta, muchas deciden sea desechada a la basura, pero se encontró que otro grupo de mujeres prefieren llevarla a casa para quemarla, darles de ingerir una porción de la placenta al esposo, todo esto a manera cultural para que los padres estén más vinculados al amor y rol parental.

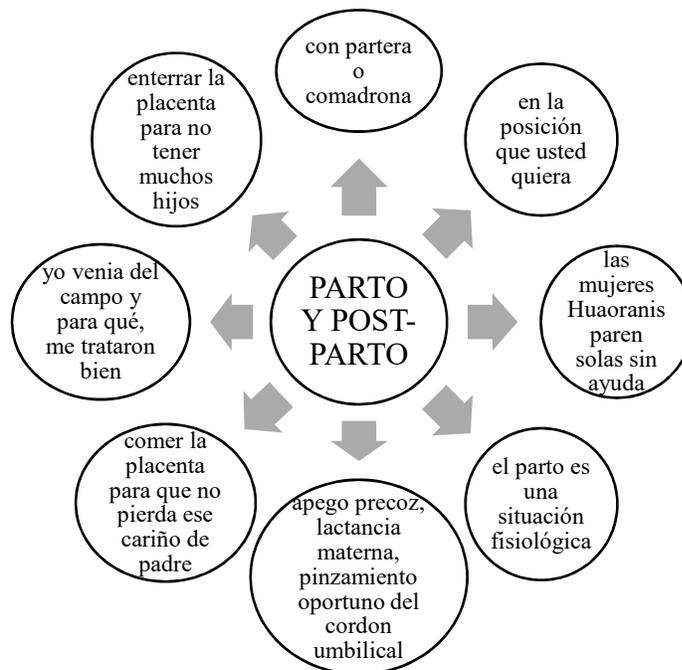


Figura 19. Conocimientos y experiencias de Parto y Postparto
Modelo: Giddens 2004
Elaborado por las autoras

En la figura 19 se destacan los diferentes conocimientos y experiencias que nuestros participantes narraron sobre el tema, uno de los más controversiales por la diversidad de respuestas a nivel intercultural, muchas migrantes internas por ejemplo tienen la creencia de enterrar sus placentas con fines de apego paternal o método de planificación familiar, y vivencias como la de un médico que observó a mujeres de la Amazonía asumiendo el alumbramiento como un acto personalizado de la que no necesitan ayuda sanitaria.

“La ropa que no tenía que lavársela con deja, sino que con jabón azul hasta los 6 meses, yo solo me dijeron hasta los 6 meses, pero yo a la niña le lave hasta el año, después si le lave con deja, porque si no la piel se le dañaba a la niña y ponerle también el gorrito en la cabeza porque si no le cae ese muermo” (Testimonio adulto femenino, 33 años, ama de casa)

“Lo único fue, que no pudimos guardarle el ombligo. Cuando se le cae el ombligo lo guardamos. Por tradición, yo tengo el ombligo de mi primer hijo, pero no lo pude guardar al otro porque por ahí le pusieron vía. Además, le damos comida desde los 3 meses, aquí no, esperan demasiado para darle comida a los niños. No les pasa nada, yo le di comida al primero y a este también.” (Testimonio adulto femenino, 30 años, migrante externo)

Las tradiciones familiares con la llegada de un bebé son similares de un país a otro.

“Los meados, cuando nacen, el papá debe hacer una reunión y beber alcohol, esos son los meados de los niños.” (Testimonio adulto masculino, 64 años, migrante externo)

“Lo que suelen hacer los papás, que entierran el curado con frutas. Eso hace mi familia.” (Testimonio, adulto femenino, 28 años, enfermera)

“esto se celebraba con el quemado, se hacía con un pomo de vidrio, se le llenaba de trago, y ahí se le echaba todas las cosas, mamey, frutas de toda clase, esto se hacía calculando, cuando la señora estaba más cerca, más cerca, más cerca... se iba con tiempo arreglando eso, cosa que cuando ya estaba cerca del parto, ya estaba eso de tomar. Se le daba un trago a la parturienta para que coja fuerza” (Testimonio anciano masculino, 76 años, usuario del centro de salud)

Los participantes relataron sus conocimientos:

“a los 3 días se le puso la piel amarilla, me dijeron que lo saque al sol 5 minutos de un lado y 5 minutos del otro lado y luego ya se recuperó solito” (Testimonio, adulto femenino, 24 años, usuaria del centro de salud)

“a mi primera hija le di lactancia materna, pero se moría del cólico, la lleve al pediatra y me mando a hacer unos exámenes y me salió que era intolerante a la proteína de la

leche, yo deje de darle y solo le di la leche de fórmula que él le mando” (Testimonio, adulto femenino, 33 años, admisión)

En cuanto a los cuidados del recién nacido, casi todas resolvían que en las primeras semanas recibían ayuda de sus madres, suegras o abuelas, que el aseo lo realizan con agua de manzanilla tibia y que antes de colocarles las prendas de vestir las sahumaban con alhucema (arbusto aromático) con la finalidad de evitar cólicos en el lactante, también que realizan distintas celebraciones en compañía de familiares y amigos.

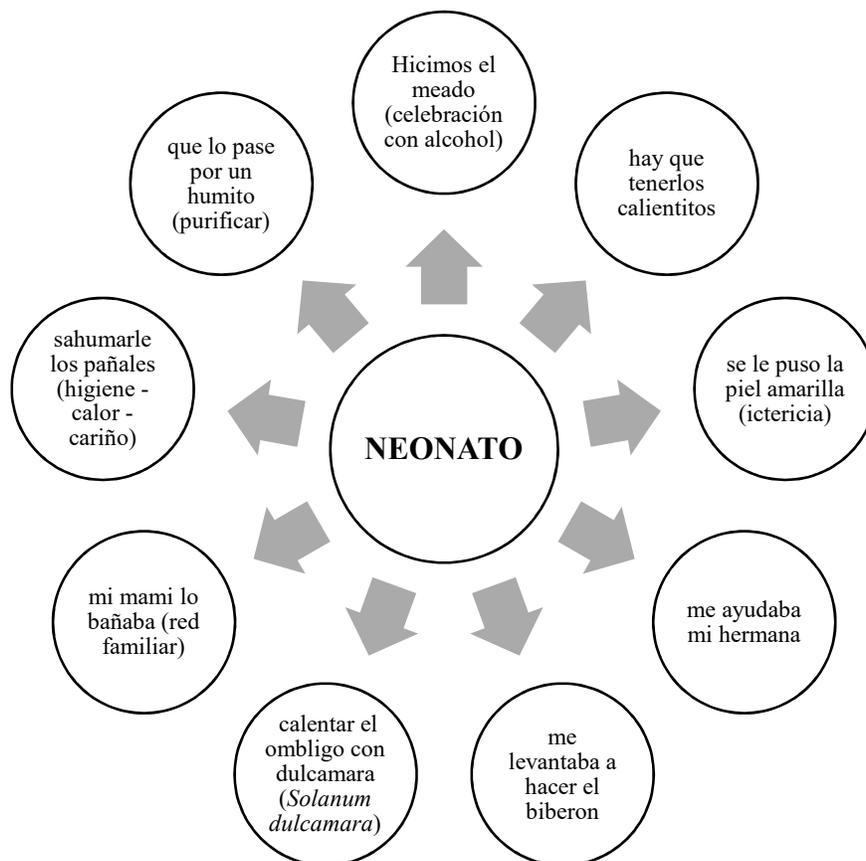


Figura 21. Conocimientos y experiencias de Neonato
Modelo: Giddens 2004
Elaborado por las autoras

En la figura 21 se expresan las experiencias y conocimientos en torno a la llegada de un recién nacido a la familia, desde los cuidados postnatales hasta quien será la encargada de realizar los rituales que por tradición familiar ejecutan, enseñando a las púerperas que por temor o desconocimientos no logran realizar en primera instancia.

“la muerte es el irse de ese familiar, pero al menos en nosotros está presente todos los días, solo es ese viaje físico” (Testimonio adulto femenino, 32 años, personal de salud)

“es cuando nuestro cuerpo no puede cumplir esas funciones vitales, y la energía ya no tiene donde habitar” (Testimonio adulto femenino, 41 años, médico)

“...mmm bueno para mi es la ausencia de vida” (Testimonio de adulto femenino, 26 años, admisión)

“es cuando la persona ya se fue, ya no la vemos más. Dios ya se acordó de él” (Testimonio de adulto femenino, 65 años, usuaria del centro de salud)

Los participantes de esta investigación narraron las distintas formas en que se celebra este evento:

“en Venezuela no se le reza nada. Se hace un baile, bailan al muerto en la calle cuando lo van a enterrar. Lo bailan, mueven la caja, (gestos con las manos) y la música, si al difunto le ha gustado cualquier música, sobre todo allá más que todo la salsa y el tambor, le ponen la música a todo volumen y la gente bailan y no hace falta duelo (se toca la camisa), ropa de cualquier color que se quiera poner.” (Testimonio adulto masculino, 64 años, migrante externo)

“Si los velan una noche y de ahí los llevan al cementerio los que viven en el pueblo, y los que viven en comunidad los sepultan en las casas. No están llora y llora, no se visten de negro, es como que no hay ese duelo” (Testimonio adulto femenino, 41 años, médico)

“Mi hermano murió aquí en la casa, lo atendieron, lo vistieron con su mejor traje, el quería con su saco, como un caballero, luego lo metieron en la caja y lo velaron 3 días, luego a la misa y al cementerio, luego hicieron las 9 noches hasta que se terminó.” (Testimonio adulta femenina, 31 años, ama de casa)

“allá nadie tiene tiempo para nada, en el momento que muere una persona mayor dicen está descansando, y si es por accidente nadie llora, nadie hace escándalo. Usted ve a la gente que no anda de negro, todos andan en colores primaverales por respeto al familiar. Si voy de negro es una falta de respeto porque no es tu duelo ni tu dolor, nadie se pone ropa totalmente negra.” (Testimonio adulto femenino 40 años, migrante externo)

“lo diferente de allá (sierra) es que se muere, lo enterraron y se acabó todo. No le hacen novena, solo al mes le hacen la misa y eso fue todo hasta el año. A diferencia de acá que dicen que nosotros velamos una foto, que estamos ahí sentados rezando y que damos de comer 9 noches a puros vagos” (Testimonio adulto femenino 36 años, comerciante)

“una vez en la familia por parte de mi esposo, presencie un sepelio, y comenzaron a sacarle los botones de la ropa, me quede extrañada, y cuando pregunté me dijeron es para que no tenga ninguna atadura y pueda descansar en paz, además que colocaron los zapatos a los lados de la caja porque después andan sonando los zapatos, eso me dijeron” (Testimonio adulta femenina, 37 años, guardia)

Dentro de los aspectos sociales el significado de muerte se ha modificado con el paso de los años, es así pues que los abuelos sin ningún tipo de rareza en etapas de infancia o adolescencia podían presenciar el fallecimiento de algunos de sus parientes más longevos, lo hacían en casa, con el acompañamiento de los familiares y amigos más cercanos, actualmente exceptuando las muertes violentas o las causadas por complicaciones de enfermedades graves, la mayor parte de los casos de fallecimiento son dentro de un área hospitalaria; donde muchas veces no se guarda el pudor, el respeto o el espacio adecuado para que sus familiares puedan despedirlos de forma adecuada, o como algunas literaturas le llaman permitirles el buen morir.

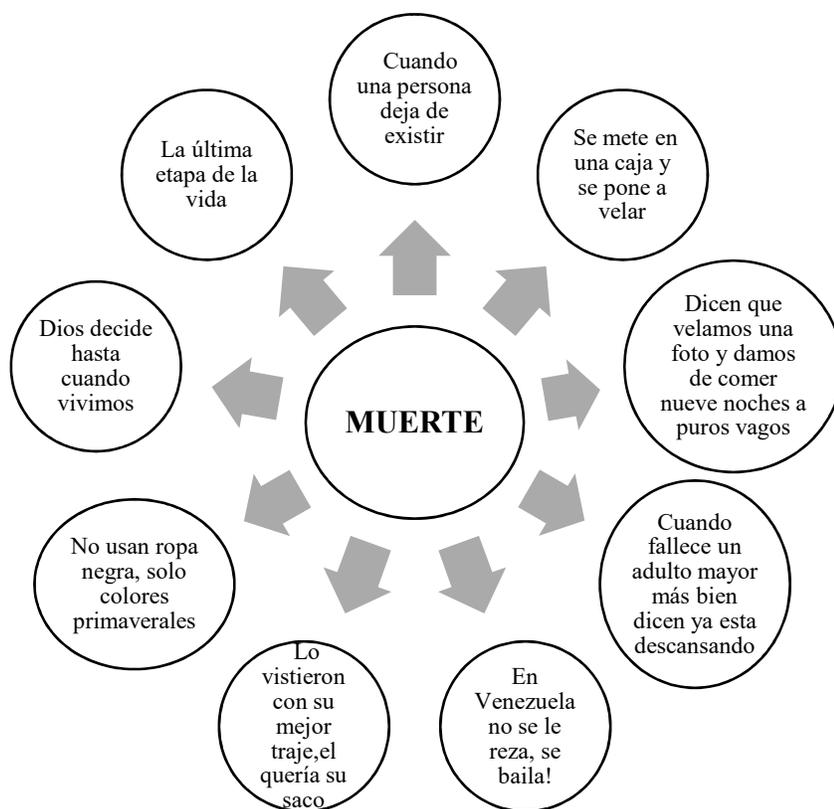


Figura 23. Conceptos y tradiciones de Muerte o Fallecimiento
Modelo: Giddens 2004
Elaborado por las autoras

En la figura 23 se revelan una serie de conceptos y tradiciones que tiene la muerte o fallecimiento para nuestros informantes, tanto por el significado, las prácticas familiares que realizan, los altos costos económicos que demandan este tipo de acontecimientos, y también como algunos migrantes externos narraron lo que ocurre en sus lugares de residencia habitual.

4.9. VIOLENCIA SOCIAL: CONCEPTO, ACTITUDES Y EXPERIENCIAS

Es algo grotesco, algo malo, algo destructivo

La violencia se define como un acto de fuerza que se ejerce sobre algún objeto o individuo con un fin inespecífico, actualmente es causa de llantos, desacuerdos, guerras e incluso la muerte, perjudicando no solo a la persona que es víctima sino también a los que forman parte de su círculo social.



Figura 24. Violencia
Programa: Word Salad.
Elaborado por: las autoras

En la figura 24, la palabra violencia es la más nombrada, refiriéndose a los distintos tipos que los participantes conocen, y en torno a esto las palabras persona, maltrato, esposo, agresivo, son las que más destacan y nos ofrecen una perspectiva o una mirada sobre como afectan estos actos al individuo y a la familia.

Los participantes de la investigación lo conceptualizan como:

“Es el maltrato físico y verbal, cuando te pegan, cuando te gritan, cuando te insultan, cuando te tratan mal.” (Testimonio adulto femenino, 33 años, admisión)

“la violencia es algo grotesco, algo malo, algo destructivo y la violencia no es solamente golpe, para mí” (Testimonio de adulto masculino, 52 años, odontólogo)

“es ser maltratado y hacer a la otra persona algo que no se puede hacer” (Testimonio adulto femenino, 36 años, comerciante)

“es el acto de vulnerar cualquier estado de bienestar de una persona” (Testimonio adulto femenino, 32 años, personal de salud)

“es el acto más inhumano que puede tener una persona hacia otra” (Testimonio adulto femenino, 26 años, admisión)

Son diferentes las formas de afrontar estas situaciones, los participantes relataron la actitud que adoptaron frente a esta problemática:

“un golpe no duele tanto como a veces una palabra, los moretones se pasan, las palabras se quedan grabadas en la cabeza cuando lo maltratan a uno” (Testimonio adulto femenino, 32 años, usuaria del centro de salud)

“Cuando mi papá está de buenas es un amor, pero cuando está de malas insulta a mi mami, la bota de la casa, cosas así” (Testimonio adulto femenino, 32 años, usuaria del centro de salud)

“muchas veces nosotros le hacemos a las personas, desde el mismo hecho, cuando a nosotros nos criaban y los papás nos gritaban, y que si no hace tal cosa te voy a castigar, eso ya es una violencia” (Testimonio adulto masculino, 52 años, odontólogo)

“hemos presenciado de vecinas maltratadas por el esposo, que la agreden a ella y a sus hijos, cuando escuchamos que comienzan los problemas llamamos a la policía porque ellos son muy agresivos” (Testimonio adulto femenino, 28 años, enfermera)

“no he sido víctima de ninguna violencia, he visto sí, pero por lo general me mantengo al margen, si aconsejo, pero me mantengo al margen como que no quiero involucrarme” (Testimonio adulto femenino, 28 años, estudiante de psicología)

“hasta ahora no he sido víctima de violencia gracias a Dios todavía no, y si algún día lo presento pues yo si denuncio no aguantaría el maltrato” (Testimonio de adulto femenino, 41 años, laboratorista)

Algunos de nuestros participantes nos contaron las experiencias que han tenido en el transcurso de su vida:

“Mis padres casi me matan, porque yo le saque boleta de auxilio a mi hermano, esa decisión, la diferencia de pensamiento y caracteres nos llevó a la discordancia, y a que no podíamos vivir en la misma casa, se daban este tipo de peleas para mí.” (Testimonio adulta femenina, 41 años, médico)

“Tengo 47 años, hace 25 años sufrí de violencia en mi familia, mi mamá y nosotros sufrimos violencia física, verbal y psicológica de parte de papá, por eso pienso que para

mi fue una bendición conocer la palabra de Dios” (Testimonio adulto femenino, 47 años, enfermera)

“le decían a mi esposo que lo consideraban el hermano si el me daba una paliza a mí y yo recuerdo le dije mira si tú me pegas yo mocha no soy así que me defiendo y les dije yo puedo mandar a su hermano al hospital” (Testimonio adulto femenino, 44 años, ama de casa)

Se han reportado víctimas de violencia en todos los estratos sociales, no es una situación que compete solo a los grupos humildes, pero las personas de recursos económicos de medios a bajos en ocasiones normalizan dicho acto, bien sea como una forma de vida, porque es lo que les tocó vivir, o por temor a represalias y la falta de dinero para llevar el caso a instancias legales.

4.9.1. En relación con la actitud frente a la violencia

Grupo focal N° 3. Club de movilización humana.

“No me ha pasado, ni he visto, pero si viera yo “ahí mismo le doy” porque no hay que dejarse pegar ni maltratar, yo le doy su buena también”

“un golpe no duele tanto como una palabra, la palabra queda grabada en la cabeza”

“si es de pelear nos peleamos con mi esposo, pero esperamos a que los niños no estén”

“si vemos violencia allá, todo mundo interviene, se llama a la policía, se ayuda”

“cada quien queda con lo que quiere, si tu decides regresar, con las consecuencias de que venga otra vez trayendo todo lo que paso”

“la familia debe dar consejo a ella o él, pero si no quiere entender sale de nuestras manos”

Los usuarios del centro de salud Cuba Libre, el servicio de Psicología en conjunto con Medicina Familiar refieren que dentro de los tipos de violencia los más encontrados en esta comunidad es la violencia de tipo psicológica, el maltrato verbal entre familiares, con las parejas, los hijos o los padres; y también la violencia física por el alto índice de delincuencia en este sector.

De las 40 personas que formaron parte de esta investigación, 36 conocen del tema, los tipos de violencia que existen y algún caso fortuito que vieron o conocieron a distancia y lo narraron, otros 3 de los entrevistados indican que fueron víctimas de este tipo de situación en algún momento de sus vidas, contaron su experiencia y la forma como actualmente lo han superado y una persona pidió no continuar con esta entrevista cuando se le preguntó si había sido violentada y quebró en llanto.

Además, el grupo focal abarcó la actitud que deben tener las personas frente a la violencia quienes en su mayoría expresaron que están dispuestos a dar una mano a la persona violentada pero que la decisión final depende de cada uno.

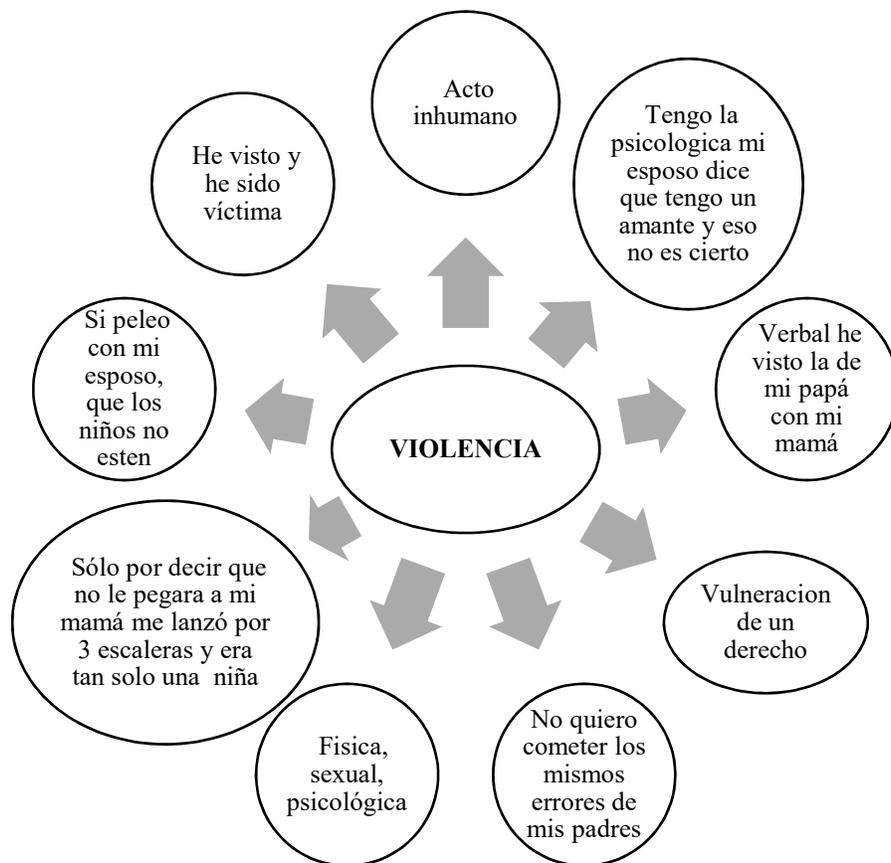


Figura 25. Concepto, actitudes y experiencias de Violencia
Modelo: Giddens 2004
Elaborado por las autoras

En la figura 25 se pone en evidencia como la violencia existe en todos los grupos de edades y denotan las actitudes y experiencias en torno a este problema social que muchos han superado y hablan sin tropiezos, pero muchos otros muestran un rostro triste o lloran al ver su situación actual.

“Mucha gente que me trata bien y otra gente mal, porque enseguida le dicen a uno por el acento que uno tiene: ese es un venezolano hijo de tal y tal, me lo han dicho. Yo estoy consciente de que soy ecuatoriano que lo que corre por aquí es sangre ecuatoriana.”
(Testimonio de adulto masculino, 23 años, migrante)

“pero ahorita trabajar, ya no me dan trabajo, no sé si es malo llegar a los 50 años porque ya nadie le da trabajo a uno, entonces sale uno con la cabeza agachada, uno dice es malo llegar a cierta edad.” (Testimonio de adulta masculino, 64 años, migrante)

“con mis hijos al llegar acá me pedían que si la libreta, que tenían que dar un examen, fui a más de un colegio donde tenían que dar un examen, yo les decía que examen van a dar si solo hablan en inglés, no han escrito nunca en español” (Testimonio adulto femenino, 40 años, migrante externo)

Las experiencias vividas por nuestros participantes fueron:

“todos emigramos de diferente manera, yo tuve la bendición de migrar con documentos, con papeles y fue duro desde el punto de vista de que no estaba mi familia, de que era la primera vez que salía del país pero con los años uno aprende y conoce a gente que sale de sus países en circunstancias terribles, problemas sociales, guerras civiles, matanza, acoso, narcotráfico tantos casos que hay ahí que uno dice, yo porque lloré si uno llega en mejores circunstancias” (Testimonio adulto femenino, 40 años, migrante externo)

“Yo tenía 16 años cuando me fui a Venezuela, me llevo un primo que estaba allá, estando allá mi primo me dijo: quieres ir conmigo al trabajo, y me fui a trabajar con él, con unos portugueses que me pagaron 300 bolívares... ¡así no voy a Ecuador, yo me quedo en Venezuela! Y me quedé hasta ahora que me toco regresar por la situación” (Testimonio adulto masculino, 64 años, migrante externo)

“mi experiencia fue dura porque en sí yo no conseguía trabajo, yo ya estaba acostumbrada a tener mi sueldo, a no depender del padre de mis hijas, a mantenerme sola, aquí vine durante 3 años, como quien dice a sufrir, porque de ahí en caminar y caminar, golpeado las puertas lo conseguí” (Testimonio adulto femenino, 46 años, odontóloga)

“en este caso mi marido por buscar una mejor vida, porque allá dicen que no hay vida, él viajó en bus porque estaba malo, tuvo que prestar dinero para poder venirse, en cada frontera le toco caminar con su maleta, cargarla al hombro y caminar porque el bus pasaba por otro lado, a él le dicen el “chamo” no come mucho arroz come solo pastas y él dice dame un poquito de arroz para no sentirme diferente de ver a los demás, a él no le molesta que le digan así (risas)” (Testimonios, adulto femenino, 24 años, ama de casa)

“al principio tienen que realizar trabajos duros, generalmente las mujeres son cuidadores de ancianos, y los varones realizan el trabajo más duro que los de esos países no hacen, ellos dicen esos trabajos ya quedan para los migrantes” (Testimonio, adulto masculino, 52 años, médico)

Los temores:

“a pesar que soy de acá, me toco venir como un extranjero, como un refugiado, aquí estamos ya sin fuerzas, todas mis fuerzas quedaron allá (llanto), acá toca empezar otra vez” (Testimonio adulto masculino, 64 años, migrante)

“les ha cambiado la vida 100%, acostumbrarse a su comida, tener que venirse a otro país las cosas son muy diferentes, tienen que arriesgarse a ver en que trabajan, como los tratan, si comen o no comen, entonces es muy difícil para ellos” (Testimonio adulto femenino, 28 años, enfermera)

“Para mí es algo muy duro, porque te separas de tus cosas, es una decisión difícil de tomar, pero que la circunstancia te obliga a hacerla, a mí la verdad me da mucha pena” (Testimonio adulto femenino, 33 años, admisión)

“me crie en una ciudad desconocida y mi temor fue ese, con qué tipo de personas voy a tratar, si serán personas que quizás no me van a recibir bien, si voy a estar relegada, si seré aceptada o no, si pensaré igual o no a esas personas, porque de ahí es que vienen los inconvenientes” (Testimonio adulto femenino, 41 años, médico)

En Ecuador en los últimos tres años se ha observado gran llegada de migrantes de otros países, mayoritariamente de Venezuela y Colombia debido a que la economía en estas naciones se ha visto amenazada, junto al desempleo o la falta de víveres, así como también las guerras o los conflictos.

En el Centro de Salud Cuba Libre durante el 2018 se atendieron 372 pacientes de otras nacionalidades y de enero a mayo de 2019 llevan atendidos 173 pacientes.

Dentro de las 40 personas entrevistadas, 23 personas son de Manta, 12 pertenecen a otro lugar de origen y 5 son migrantes extranjeros 3 venezolanos, 1 colombiano y 1 canadiense.

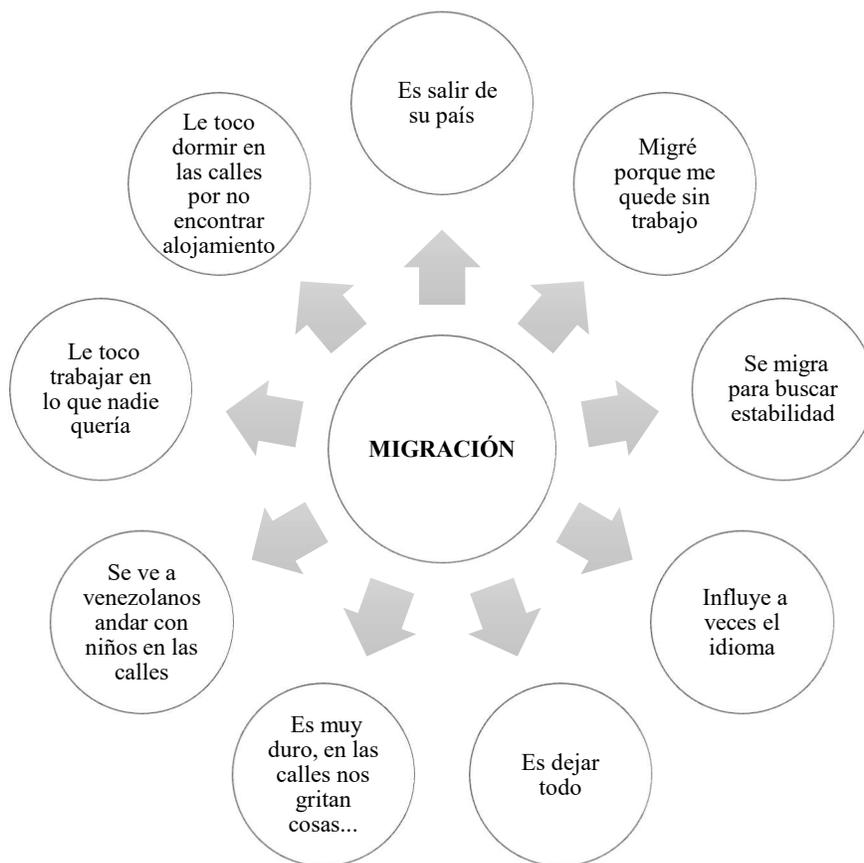


Figura 27. Barreras, experiencias y temores en Migración

Modelo: Giddens 2004

Elaborado por las autoras

En la figura 27 se observan los comentarios desde los diversos campos de acción, muchos hablan sobre sus propias experiencias, las barreras y los temores que les tocó enfrentar al ser partícipes de esta condición de vulnerabilidad, y otros narran desde la perspectiva de espectadores ante esta problemática tan en boga en nuestra localidad.

4.11. RELACIÓN MÉDICO PACIENTE: BARRERAS, VENTAJAS E INFRAESTRUCTURA

A veces uno pregunta y la enfermera y el doctor salen groseramente respondiendo.

Hace muchos años Hipócrates estimó que el médico debía tener cuatro cualidades fundamentales: conocimiento, sabiduría, humanidad y probidad. Y es que actualmente el sistema público de salud está cada vez más alejado de aquel juramento Hipocrático en donde se promete servir, curar, guardar secreto, desempeñar la medicina como un arte, y asumirla con conciencia sin agravar o causar daño.



Figura 28. Relación Médico Paciente
Programa: Word Salad.
Elaborado por: las autoras.

En la figura 28, la palabra destacada es paciente, y en torno a ello las palabras ambiente, rápido, médico y empatía como las cualidades que pueden beneficiar o perjudicar la relación médico paciente.

Las barreras que los participantes mencionaron fueron:

“nosotros los médicos, como decirle... hemos perdido esa parte humanitaria sobre todo los médicos ahora más jóvenes eso estoy viendo, realmente no soy un médico joven y no es que quiera sobresalir del resto, pero nuestros maestros nos dieron otro tipo de

enseñanza de ser más humanitarios y entonces nos decían hagan de cuenta cada vez que ven a un paciente como que estuvieran viendo a su mamá, a su papá, o a sus hermanos” (Testimonio adulto masculino, 52 años, ginecólogo)

“No me ha gustado cuando he esperado, y la consulta ha sido más corta de lo esperado, siento que me despacharon tan rápido y no me complacieron” (Testimonio adulto femenino, 24 años, ama de casa)

“Yo creo que aquí es el carisma, hay que ser muy carismática sociable, aunque encierre todo eso en una misma palabra, pero como profesional no debemos de ponernos el sello de doctorado aquí, tenemos que ser muy sociables ante los usuarios” (Testimonio adulto femenino, 46 años, odontólogo)

“A mí como paciente me molesta es eso, que el médico se tiene que dedicar más a la computadora que al paciente, y a veces a uno se le olvida de decir lo que uno realmente sentía porque el medico está escribiendo, escribiendo, llenando papeles y todo, y uno lo que esta es entretenida viéndolo, pienso que debería haber un sofá para que el médico y el paciente conversen, pero no hay el tiempo y no hay el sofá (risas)” (Testimonio adulto femenino, 36 años, personal de salud)

“Puede haber la infraestructura, el buen equipo puede estar el ambiente adecuado, pero si no hay actitud no funciona” (Testimonio adulto femenino, 41 años, médico)

Dentro de las ventajas expusieron lo siguiente:

“debemos atenderlo con cordialidad, y la satisfacción de todo eso es que cuando usted actúa de esa manera, el paciente sale con una sonrisa, le da la mano y le dice muchas gracias doctor” (Testimonio adulto masculino, 52 años, médico)

“Lo único que yo digo a veces. Si veo, que el médico me dice “Mamita espérate un ratito que estoy ocupado” lo que tengo que hacer es tener paciencia. Pero hay personas, le digo la verdad, hay personas que no tienen paciencia para esperar” (Testimonio adulto femenino, 65 años, usuaria del centro de salud)

“lo positivo de tener una afectividad con una paciente, es que le entienda todo lo que usted está diciendo” (Testimonio adulto femenino, 27 años, obstetra)

“dependiendo de los doctores, atienden rápido, explican rápido, o sea, muchas veces explican bien, hay doctores que si revisan al paciente” (Testimonio de adulto femenino, 27 años, usuaria del centro de salud)

“Y las cosas positivas para mí, lo más importante es la empatía porque también puede ser que tu no tengas empatía en ese momento con el paciente, porque tú ves de toda clase de pacientes, como siempre yo digo: uno tiene que tener mucho tino y con mucho tino profesional llegar a ese paciente” (Testimonio adulto femenino, 42 años, nutricionista)

Muchos de los participantes coinciden en que la infraestructura influye en la relación médico paciente:

“a veces no tenemos los recursos apropiados para dar una buena atención, nos hacen trabajar con equipos que no están acordes con la era tecnológica” (Testimonio adulto masculino, 52 años, médico)

“los espacios físicos no son adecuados para la atención, a veces no hay consultorio para todos los médicos y como que no hay mucha privacidad” Testimonio adulto femenino, 26 años, admisión)

“si estamos en un espacio caluroso no vamos a tener una buena atención a la paciente, porque por ese motivo uno la quiere atender rápido y salir lo más rápido posible de ese ambiente caluroso” (Testimonio adulto femenino, 27 años, obstetra)

“la infraestructura si todo tiene que ver por ejemplo aquí este lugar se ve desorganizado porque es temporal, pero el nuevo se ve muy organizado y eso ayuda para que la atención sea mejor” (Testimonio adulto femenino, 28 años, estudiante de psicología)

Actualmente todo lo que corresponde a los servicios generales de salud son más bien normatizados, vigilados ante un número, una estadística o cifra, cada atención en base a un tiempo determinado con un número establecido de pacientes y bajo un orden regular que no emite poder recibir situaciones eventuales o en el momento poder alargar más la charla o información que se quisiera brindar a los pacientes en particular a causa de la falta de tiempo.

Todos coincidieron que la falta de tiempo es uno de los principales determinantes para que la atención médica no sea dada con calidez, además las quejas más nombradas por el personal de

salud como de los usuarios fue el hecho de que se escribe o llenan tantos papeles o datos en una computadora, que no queda espacio para que el médico pueda examinar, palpar o simplemente mirar a la cara a su doliente.

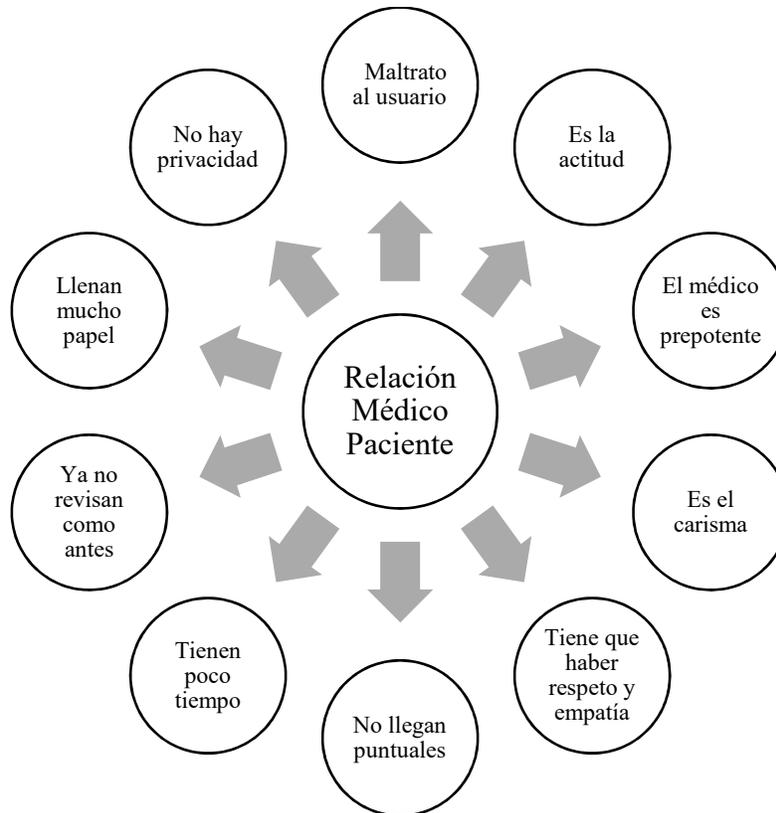


Figura 29. Barreras, ventajas e infraestructura de relación médico paciente
Modelo: Giddens 2004
Elaborado por las autoras

En la figura 29 se destacan las situaciones más relevantes en torno al tema de la relación médico paciente en todos los aspectos: desde las estructuras inadecuadas, la falta de insumos o materiales, la pérdida o el corto período de tiempo y sobre todo las situaciones abstractas, pero de gran importancia como la calidad, el carisma y la empatía que según nuestros informantes provocaría que dicha relación sea más estrecha.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES.

- *Describir y analizar la construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y relación médico paciente en usuarios atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre de la ciudad de Manta.*

En Ecuador y sobre todo en el Centro de Salud Cuba Libre, sitio de nuestra investigación se pudo palpar que a pesar de la urbanización y la llegada de la tecnología a este tan llamado “mundo moderno” aún se mantienen creencias y aptitudes que trascienden con el paso de los años y que de cierta manera van caminando junto a la formación de las nuevas generaciones.

La unidad de Salud de la parroquia Eloy Alfaro brinda atención sanitaria a usuarios de diversa ideología, género, etnia o nacionalidad, razón que sus habitantes con agrado refieren que al contar con este servicio cerca de sus lugares de residencia reducen entre sus familias gastos y demás eventualidades que el ir hasta zonas centrales de la ciudad puede provocar.

El sistema de salud actual tan mecanizado y medido ha presentado un sinnúmero de falencias y malestares en los usuarios y servidores, quejándose de situaciones desde lo material hasta el aspecto social como el buen trato e igualdad lo que provoca que al momento de una atención médica la relación médico paciente no se dé de la mejor manera.

- *Describir y analizar al respecto de la relación médico paciente.*

El personal sanitario y el usuario coinciden en que la falta de tiempo es una de las principales barreras por las que la relación médico paciente se ha visto afectada, actualmente es cada vez más reducido el espacio para la interrelación, realizar una evaluación y dar las medidas e indicaciones adecuadas debido a que la cantidad de papeles, formularios y número de usuarios que ha ido en aumento, pero con esto, la calidad de la atención se ha visto disminuida.

Por siempre una comunicación asertiva será la mejor herramienta para que la relación entre el médico y el paciente sea la más objetiva y clara posible, la escucha activa, la empatía o el dirigirse al paciente con la mirada fija, son por nombras unas de las situaciones que más añoran los usuarios al momento de una consulta y es causa de frustración entre ellos, disminuyendo su grado de confianza y las adherencias a los tratamientos.

- *Describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas del paciente al respecto del Servicio de Salud.*

Durante las entrevistas se pudo conocer la opinión y la experiencia que han tenido los usuarios con respecto a los servicios de salud. La mayoría con experiencias buenas refiriendo la atención oportuna, el trato igualitario, la disponibilidad de medicamentos para sus afecciones y la atención de calidad que brinda el personal de salud, ya sea en el hospital o centro de salud cercano a su domicilio.

Pero también existe la otra cara de la moneda, personas que en algún momento de su vida no sintieron que fueron tratados con respeto, debido a falta de personal médico, o a la poca paciencia que presentaron los servidores de salud, la ausencia de citas médicas o la dificultad para conseguirlas ya que actualmente requieren llamar al Call Center 171, también la infraestructura inadecuado que si bien es cierto empeoro tras el terremoto del 16 de abril del 2016 aún no se ha dado solución y ello conlleva a la insatisfacción que presentan por estar en lugares pequeños, poco ventilados, con falta de privacidad y en el último año la falta de medicación.

- *Describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas del paciente al respecto de la salud y la sociedad*

En general la mayoría de los participantes de este estudio tienen una concepción clara de la definición de salud, la forma en que cada individuo y núcleo familiar maneja la enfermedad según experiencias y tradiciones que pasan de generación en generación, y que de alguna u otra manera forma son parte del legado que cada uno de ellos tiene.

Son parte de su ser intrínseco, independiente del lugar del que procedan, como se ha visto tanto nacionales como extranjeros son apegados a sus raíces y utilizan sin temor remedios ancestrales, de los cuales su gran mayoría se ha visto beneficiado.

En esta sociedad pluricultural en la que vivimos no parece extraño observar este tipo de prácticas, incluso parecería que ya están en desuso, pero a través de esta investigación se ha observado que las personas son creyentes de lo tradicional, dan importancia a la opinión de adultos que hayan experimentado un suceso similar.

Por lo tanto, durante la investigación llegamos a las siguientes conclusiones respecto a cada variable:

- *Salud*: Este concepto está muy relacionado con estar sano, con la automedicación y la medicina ancestral, pues a pesar de que nuestra comunidad cuenta con el servicio de un centro de salud de atención las 24 horas éste se sigue manteniendo como la segunda opción, en primera instancia se recurre a las plantas o hierbas medicinales que cada familia como costumbre utiliza o de manera arbitraria algún fármaco que en algún momento soluciono lo que padecían y lo obtienen sin receta médica al solicitarlo en la farmacia.
- *Salud Mental*: Nuestros participantes relacionaron a la salud mental con enfermedades orgánicas adquiridas desde el nacimiento por complicaciones prenatales o al momento del parto, muy pocos mencionaron que tiene una influencia social de gran impacto a cargo de la agitada vida que actualmente el mundo moderno genera en cada individuo.
- *Sexualidad, Salud Sexual y Reproductiva*: Aún se sigue manteniendo la idea de que es un tabú hablar sobre sexualidad, muchos padres refieren que a sus hijos les genera gran incomodidad el entablar estos temas, otro grupo de participantes indicó que provoca vergüenza preguntar sobre ello y que muchas veces depende de las enseñanzas impartidas en el hogar. Por eso muchos buscan información entre sus pares o redes sociales.

Con respecto a la planificación familiar muchas mujeres tienen desconfianza por los mitos que hay con el uso de algún método anticonceptivo, sobre todo los relacionados con los cambios de peso, aspecto físico u otras situaciones como las irregulares menstruales que estos pueden provocar.

- *Embarazo*: esta variable aportó gran cantidad de conocimientos y experiencias entre todos los integrantes del estudio por ser un estado de cambios tanto fisiológicos como sociales, muchos coincidieron en que los cuidados hacia la mujer gestante variaban notoriamente, por ejemplo en la alimentación, actividad laboral, lo físico, y el apoyo familiar que tienen la gran mayoría de ellas, buscando ayuda de las mujeres que han pasado por esta situación ya sean familiares o amigas, y en muchas ocasiones adoptar una serie de creencias y tradiciones para su cuidado.
- *Parto, Postparto*: fue asombroso conocer lo que el parto y postparto significa para cada uno de los informantes; más aún la diversidad de creencias que tienen con respecto al mismo, la gran mayoría que utiliza los servicios del centro de salud evidenció la oferta sobre las diferentes posiciones para llevar un parto humanizado, y que son cada vez más solicitadas por

las mujeres que en mayor número son madres adolescentes/jóvenes, y que al recibir una completa información sobre estas les genera gran curiosidad y optan por usar alguna de ellas al momento de su alumbramiento, refiriéndolo como una muy buena experiencia, además expresaron que la atención brindada por la institución fue de acuerdo a lo esperado con calidez y personalizada. Pero dentro de la información encontramos un caso externo percibido por un médico que vivió este acontecimiento en una comunidad Huaorani, donde las mujeres viven este proceso solas sin la ayuda de personal médico.

Luego del parto existen varias creencias en torno a la placenta, muchas indicaron que su tradición familiar era llevarlas a casa con fines afectivos para que los padres tengan más cariño hacia sus hijos o también con fines terapéuticos como la planificación familiar como lo definió una participante al decir que al enterrarla bajo la escalera de su casa estaba previniendo futuros embarazos.

- *Neonato*: las actividades que realizan las mujeres con respecto al cuidado y la llegada de un recién nacido, guarda mucha relación con las costumbres familiares, sobre todo las madres primerizas que reciben asesoría de sus progenitoras o mujeres vinculadas a ellas, y que adoptan muchas situaciones en torno a las precauciones que deben tener con un recién nacido, tales como los cuidados de la piel, el mantenerlos en calor o evitar que las puérperas consuman ciertos alimentos que puedan afectar a ellas y al nuevo ser.
- *Violencia*: las personas conocen mucho sobre este tema, ya sea por la información que proporcionan los medios de comunicación o debido a experiencias personales o de terceros. Esta condición social no afecta solo a unos cuantos, y no guarda relación con la economía o educación, muchos de ellos permanecen en esta situación por no denunciar y por el temor a represarías, y otras que a pesar de la denuncia recaen nuevamente con la persona que la agrede.
- *Migración*: esta comunidad tiene gran acogida a migrantes internos y externos, muchos de nuestros informantes nos comentaron que su llegada fue y es para mejorar su economía familiar o para facilitar los estudios de sus hijos; pero en los últimos años ha evidenciado gran afluencia de personas extranjeras sobre todo de países vecinos como Colombia y Venezuela que aseguran que es una zona donde se permite el comercio informal y el asentamiento familiar sin mayores inconvenientes, muchos extranjeros manifestaron su gratitud al ser aceptados en la comunidad y otros en cambio indican que en ocasiones son aún aislados o denigrados, pero

todos coinciden en que la atención sanitaria brindada en este sector no entiende de favoritismo y que son tratados con igualdad de condiciones.

- *Muerte o Fallecimiento:* las conclusiones en torno a lo que para cada informante es la muerte y como se lleva la misma fue diversa, muchos manifestaron que depende de sus tradiciones familiares e incluso de sus creencias religiosas, por ejemplo las personas católicas indicaron que luego de llevar a su familiar a su última morada, realizan reuniones familiares donde recuerdan las virtudes del ser que partió, le rezan para que su alma descanse en paz, y comparten comida con todos los participantes del acto durante 9 noches, muchos de otras ideologías indicaron que el costo de un deceso es alto y que ante este acontecimiento ellos únicamente lo sepultan sin realizar mayores eventos, no realizan novenarios, no velan ninguna foto o incluso guardan luto.
- *Relación Médico Paciente:* los participantes de este estudio manifestaron que esta interacción depende de situaciones tanto de tipo estructural como social, coinciden en que la empatía es una de las primeras características que asegura que esta relación sea llevada de la mejor manera, en otras ocasiones ante la exigencia de normas que establece el sector salud y la cantidad de documentos que se deben de llenar en una consulta pública queda poco espacio para la familiarización y adaptación de una buena relación médico paciente lo que genera en el usuario grandes inconformidades.

6. RECOMENDACIONES

A los gobiernos generales y sectoriales:

- Dar más valor a los servicios de la salud, invertir en procesos, adecuar ambientes y asegurar los insumos necesarios para mejorar el primer nivel de atención que es sin duda la puerta de entrada y carta de presentación de lo que toda la atención sanitaria se refiere, disminuyendo con esto la saturación de las unidades de mayor complejidad, pues sin duda una nación con bajos índices de morbilidad asegura una producción mucho más rentable y una sociedad más comprometida.

Al personal que labora en el sector salud:

- Gestionar reuniones y capacitaciones entre sus trabajadores sobre atención al usuario, relaciones humanas y liderazgo con la finalidad que la interrelación entre ambos grupos sea llevada de la mejor manera y evitar con esto las malas interpretaciones.
- Considerar un espacio de tiempo mensual a la revisión de las situaciones más relevantes o controversiales que pudieran ocurrir en las unidades de salud, tomando como iniciativa el buzón de sugerencias, esto para mejorar la calidad de la atención y lograr de esta manera una mejor comunicación entre los usuarios.
- Fomentar una atención integral y personalizada que incorpore toda la esfera biopsicosocial de cada individuo, para fortalecer la confianza en los pacientes y se mantenga un buen seguimiento.

A las universidades y docentes:

- Se debe considerar que se instaure una materia sobre cultura y tradiciones en los lugares donde académicamente se imparte la medicina, se ha notado que influye al momento de tomar decisiones con respecto a los tratamientos, visitas subsecuentes e interrelación entre el médico y el paciente.
- Dentro de la formación profesional no se debe pasar por alto que la integralidad de un médico hacia sus pacientes depende mucho de su honestidad y que aquel juramento hipocrático debe ser aplicado como cada una de sus frases lo relata, es importante entonces tomar en consideración que exista dentro del pensum una materia que abarque a la interculturalidad en medicina.

A los estudiantes:

- Reconocer que la carrera de medicina sale del contexto de la enseñanza en un aula de clases, libros y un horario regular, que desde etapas iniciales de la misma se debe convivir en lugares donde se brinda la atención sanitaria para palpar estrechamente lo que el usuario exige y lo que se debe priorizar cuando la situación lo requiera.
- Distinguir que cada paciente es un mundo lleno de temores, experiencias y situaciones que cambian el contexto de los tratamientos, por tal motivo se debe tomar en consideración que las guías de práctica clínica son herramientas que nos ayudan a organizar nuestras ideas pero que el resultado final lo establece el médico a cargo en base a conocer la situación biopsicosocial de cada individuo.

A los familiares y pacientes:

- Las costumbres y creencias de cada grupo familiar juegan un papel importante en la salud de los individuos, pero es importante recomendar la importancia que tiene acudir a los centros de salud para realizar controles de salud a todos los miembros del grupo familiar, y no solo acudir en caso de enfermedad grave, ya que en la prevención está el manejo adecuado de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Avila, J. (2013). *¿Qué es el consentimiento informado?*. Instituto Nacional De Ciencias Médicas Y Nutrición Salvador Zubirán, México. Recuperado de http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteInvestigacion/consentimiento_inf.html
- Bernal, L. (2005). *La problemática actual en la relación médico-paciente: Una visión reduccionista vs. Una visión integradora*. Obtenido de <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/153>
- Blanco, M. (2011). *El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5349594.pdf>
- Bosch, J. M. (2009). Encuentros difíciles médico-paciente: ¿un problema inevitable? *Atención Primaria*, 41 (1), 15-17. doi: 10.1016 / j.aprim.2008.09.003
- Charon, R. (2001). Narrative Medicine, A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *Journal of American Medical Association*, 286 (15), 1897-1902. doi: 10.1001 / jama.286.15.1897
- Freitez, N. (2001). *Proceso salud enfermedad y sus modelos curativos*. Trabajo no publicado, Curso Medio de Salud Pública, Universidad de Los Andes, Mérida.
- Giddens, A., Sutton, P. W. (2013) *Sociología* (7ma ed.). Madrid: Editorial Alianza.
- Harris, M. (2001). *Antropología Cultural*. (2da. ed.). Madrid: Editorial Alianza.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). *Fascículo Provincial Manabí*. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/manabi.pdf>
- Kvitko, L. A. (2011). *La responsabilidad médica en cirugía estética: ¿Obligación de medios o de resultados?* Recuperado de: www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152011000100002

- López, E. (2012). *Interculturalidad en salud como problema de salud pública* Recuperado de: <https://www.monografias.com/trabajos94/interculturalidad-salud-como-problema-salud-publica/interculturalidad-salud-como-problema-salud-publica.shtml>
- Martel, C. (2011). *La Interculturalidad en la Salud*. Recuperado de <https://www.monografias.com/trabajos87/interculturalidad-salud/interculturalidad-salud.shtml>
- Martínez, M. (2006). *La investigación cualitativa (síntesis conceptual)*. Revista IIPSI, 9, 123-146
- Mead, M. (2000). *Antropología, la ciencia del hombre*. Recuperado de http://eva.fhuce.edu.uy/file.php/194/Margaret_Mead_-_Antropologia_la_ciencia_del_hombre.pdf
- Mella, O. (2000). *Grupos Focales ("Focus Groups")*. Recuperado de <http://files.palenque-de-egoya.webnode.es/200000285-01b8502a79/Grupos%20Focales%20de%20Investigaci%C3%B3n.pdf>
- Miller, B. (2011). *Antropología Cultural*. (5ta ed.) Madrid: Editorial Pearson Educación S. A.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* [Documento en línea]. Disponible: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2015) *Impulsar el enfoque de la Salud en Todas las Políticas en las Américas: ¿Cuál es la función del sector de la salud?* [Documento en línea]. Disponible: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/hiap-Brief-Guide-and-Recommendations-SPA.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Construyendo la Salud en el curso de vida*. [Documento en línea]. Disponible: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=construyendo-la-salud-en-el-curso-de-la-vida&lang=es
- Ramos, B. N. (2006). *Enfoque conceptual y procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud*. Revista Cubana de Salud Pública, 32 (2),164-170.
- Rey, Alejandra. (2011). *Medicina Narrativa, un recurso para humanizar la profesión*. La Nación

- Rivas, A. (2019). *Esquema metodológico mínimo para Trabajos de Titulación Etnográficos, Proyecto experiencias y trayectorias en torno de la salud. Interculturalidad, Atención Sanitaria y Relación Médico Paciente, Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, PUCE, Quito, 2017-2019.* Trabajo no publicado.
- Rodríguez, A. (2008). *Relación Médico-Paciente.* (1era ed.). Cuba: Ciencias Médicas
- Sandoval, C. A. (1996). *Investigación Cualitativa.* Recuperado de: <https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/manual%20colombia%20cualitativo.pdf>
- Sanz, N. & Valenzuela, J. M. (2016). *Migración y Cultura.* (1era. ed.) México: Página Seis
- Vitorelli C., De Almeida A., Dos Santos C., García C., Ribeiro P. & Mendes M. (2013). *Hablando de la Observación Participante en la investigación cualitativa en el proceso salud-enfermedad.* Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000100016
- Welch, E. (2003). *Problemas del ejercicio médico: Realidad Actual.* Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062003000500001&lng=en&nrm=iso&tlng=en

ANEXOS

Anexo 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMANTES ADULTOS

Este consentimiento tiene como finalidad proveer a los participantes, acerca de la investigación con una clara explicación del propósito y naturaleza de la misma.

Esta investigación es conducida por Margarita Bello Pinargote y Diana Cañar Tinitana postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. La meta de este estudio es conocer **“Experiencias y trayectorias en torno de la salud, la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente. Centro de Salud Cuba Libre. Cantón Manta. Provincia de Manabí. 2018–2019”**

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

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

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

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

Desde ya agradecemos su participación.

Acepto en esta investigación conducida por Margarita Bello Pinargote y Diana Cañar Tinitana. He sido Informado(a) de la meta de este estudio y se me ha indicado que se me realizará una entrevista, acerca de mi Familia, mi cultura, Salud/Enfermedad, con una duración de 1 hora aproximadamente.

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

Si desea más información comunicarse con:

Margarita Bello Pinargote

Diana Cañar Tinitana

Teléfono: 0998990165

Teléfono: 0984704433

Dirección: Ciudadela Elegolé Mz D, lote 10

Dirección: Calle 307A, AV 111

Correo: margaritabellop@gmail.com

Correo: djanethct@gmail.com

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

Anexo 2



CONSENTIMIENTO PARA EL PADRE O TUTOR

ASENTIMIENTO INFORMADO PARA INFORMANTES MENORES DE EDAD

Este asentimiento tiene como finalidad proveer a los padres de familia y/o representantes acerca de esta investigación con una clara explicación del propósito y naturaleza de la misma.

Esta investigación es conducida por Margarita Bello Pinargote y Diana Cañar Tinitana postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. La meta de este estudio es conocer **“Experiencias y trayectorias en torno de la salud, la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente. Centro de Salud Cuba Libre. Cantón Manta. Provincia de Manabí. 2018–2019”**

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

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

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

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

Desde ya agradecemos su participación.

Acepto en esta investigación conducida por Margarita Bello Pinargote y Diana Cañar Tinitana. He sido Informado(a) de la meta de este estudio y se me ha indicado que se me realizará una entrevista, acerca de mi Familia, mi cultura, Salud/Enfermedad, con una duración de 1 hora aproximadamente.

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

Si desea más información comunicarse con:

Margarita Bello Pinargote

Diana Cañar Tinitana

Teléfono: 0998990165

Teléfono: 0984704433

Dirección: Ciudadela Elegolé Mz D, lote 10

Dirección: Calle 307A, AV 111

Correo: margaritabellop@gmail.com

Correo: djanethct@gmail.com

Nombre del representante

Firma del representante

Fecha

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

Anexo 3



ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

“Experiencias y trayectorias en torno de la salud, la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente. Centro de Salud Cuba Libre. Cantón Manta. Provincia de Manabí. 2018–2019”

Edad:

Sexo:

Procedencia:

Residencia:

SALUD:

1. ¿Qué entiende por salud?
2. ¿Qué prácticas realiza o que creencias tiene?
3. ¿Qué terapias utiliza?
4. ¿Dónde acuden?

SALUD MENTAL:

5. ¿Qué conoce sobre el tema?
6. ¿Cuál es el papel de la familia?
7. ¿Conoce a alguien con alguna de estas enfermedades?

SEXUALIDAD:

8. ¿Qué conoce sobre el tema?
9. ¿Cuáles son las creencias sobre sexualidad?

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

10. ¿Qué practicas realiza para planificación familiar?

11. ¿Qué vivencias ha tenido con respecto a su salud sexual?

EMBARAZO

12. ¿Qué creencias tiene con respecto al embarazo?

13. ¿Qué practicas realiza durante el embarazo?

PARTO Y POSTPARTO

14. ¿Qué creencias tiene en sobre esta etapa?

15. ¿Qué practicas realizo?

NEONATO

16. ¿Qué creencias tienen con respecto al cuidado del recién nacido?

17. ¿Qué practicas realizo en esta etapa?

MUERTE O FALLECIMIENTO

18. ¿Qué conoce sobre el tema?

19. ¿Qué practicas realiza?

VIOLENCIA SOCIAL

20. ¿Qué conoce sobre la violencia?

21. ¿Cuál es la actitud de la familia?

MIGRACIÓN

22. ¿Cuáles considera que son los obstáculos que presentan los migrantes?

23. ¿Conoce alguna experiencia?

24. ¿Cuáles son los temores que presentan?

RELACIÓN MEDICO PACIENTE

25. ¿Qué inconvenientes ha tenido con respecto al tema?

26. ¿Qué cosas positivas ha experimentado?

27. ¿Cómo considera que debe ser un ambiente adecuado para la atención?

Anexo 4



GRUPO FOCAL N° 1

Esta investigación es conducida por Margarita Bello Pinargote y Diana Cañar Tinitana postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. La meta de este estudio es conocer **“Experiencias y trayectorias en torno de la salud, la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente. Centro de Salud Cuba Libre. Cantón Manta. Provincia de Manabí. 2018–2019”**

TEMA DE DISCUSIÓN:

Experiencias y creencias durante la etapa del embarazo

PARTICIPANTES:

Club de mujeres embarazadas del Centro de Salud Cuba Libre

Anexo 5



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

GRUPO FOCAL N° 2

Esta investigación es conducida por Margarita Bello Pinargote y Diana Cañar Tinitana postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. La meta de este estudio es conocer **“Experiencias y trayectorias en torno de la salud, la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente. Centro de Salud Cuba Libre. Cantón Manta. Provincia de Manabí. 2018–2019”**

TEMA DE DISCUSIÓN:

Experiencias en el momento del parto

PARTICIPANTES:

Club de madres en periodo de lactancia del Centro de Salud Cuba Libre

Anexo 6



GRUPO FOCAL N° 3

Esta investigación es conducida por Margarita Bello Pinargote y Diana Cañar Tinitana postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. La meta de este estudio es conocer **“Experiencias y trayectorias en torno de la salud, la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente. Centro de Salud Cuba Libre. Cantón Manta. Provincia de Manabí. 2018–2019”**

TEMA DE DISCUSIÓN:

Actitudes frente a la violencia

PARTICIPANTES:

Club de movilización humana del Centro de Salud Cuba Libre