



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

**REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA ENFERMEDAD
PÉLVICA INFLAMATORIA, EN LAS MUJERES DE EDAD
FÉRTIL QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL
HOSPITAL DOCENTE PEDRO VICENTE MALDONADO EN EL
AÑO 2016**

Disertación previa a la obtención del título de Especialista en
Medicina Familiar

Dra. Bello Molina Jazmín Elizabeth

Dra. Villavicencio Ramos María Gabriela

Director de disertación:

Dr. Diego Herrera

Director metodológico

Dr. José Sola

Quito, 2016

PARA TÍTULOS PROFESIONALES DE ESPECIALISTAS DE CUARTO NIVEL
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, Bello Molina Jazmín Elizabeth, con CI 1304983180, y Villavicencio Ramos María Gabriela, con CI: 1600411050, autoras del trabajo de investigación titulado:

“REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA, EN LAS MUJERES DE EDAD FÉRTIL QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DOCENTE PEDRO VICENTE MALDONADO EN EL AÑO 2016” En la Facultad de Medicina:

1. Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de acuerdo con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del presente trabajo de graduación, que será integrado en el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizamos a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir, a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de investigación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Quito, diciembre de 2016

Md. Jazmín Bello
CI: 1304983180

Md. Gabriela Villavicencio
CI: 1600411050



Quito 18 de octubre de 2016

CERTIFICADO DE SIMILITUD

CERTIFICO que el trabajo de investigación titulado

“Representaciones sociales de la enfermedad pélvica inflamatoria, en las mujeres de edad fértil que acuden a la consulta externa del Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado en el año 2016”

De las autoras

JAZMÍN ELIZABETH BELLO MOLINA con CC 1304983180

MARÍA GABRIELA VILLAVICENCIO RAMOS con CC 1600411050

Tiene un índice de similitud del 9 % usando el programa informático URKUND (<http://www.arkund.com>)

Atentamente,

Galo Sánchez del Hierro
Médico Familiar
Docente del Postgrado de Medicina Familiar
Docente de pregrado



AGRADECIMIENTOS

Damos gracias a Dios por permitirnos tener la experiencia en esta Universidad, donde nos convertimos en profesionales. Gracias a cada maestro que formó parte de este proceso integral de aprendizaje. Al Director del presente trabajo de investigación, Dr. Herrera, y al Tutor metodológico, Dr. Sola, por el apoyo y guía en la realización del mismo. Agradecemos a los Hospitales “Pedro Vicente Maldonado” y “Saludesa”, que nos vieron crecer y permitieron nuestra formación como especialistas en Medicina Familiar. A toda nuestra familia por ser el pilar fundamental de nuestras vidas y a todos los amigos y compañeros, por las experiencias vividas y los conocimientos adquiridos a lo largo de este camino.

JAZMÍN Y GABRIELA

DEDICATORIA

A mi pequeña hija, Labina Isabella Robalino Bello, porque sé que hubo días en los que te faltaron mis abrazos, besos, cuidados y caricias; porque perdimos horas de juego y de enseñanza. Tú fuiste mi mayor motivación, hiciste que todo el esfuerzo y las noches sin tu calor valgan la pena; eres el motor que me impulsó a seguir adelante y el sol que iluminaba mis días tristes...

JAZ

TABLA DE CONTENIDO

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN.....	ii
CERTIFICADO DE SIMILITUD.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
TABLA DE CONTENIDO.....	vi
LISTA DE ANEXOS, TABLAS Y FIGURAS.....	viii
RESUMEN.....	ix
CAPÍTULO I: Introducción.....	1
CAPÍTULO II: Marco Investigativo	5
2.1 El problema de investigación.....	5
2.2 Relevancia y aporte de la investigación.....	6
2.3 Objetivos de la investigación.....	7
2.4 Hipótesis.....	7
CAPÍTULO III: Marco Teórico.....	8
3.1 Historia de las representaciones sociales.....	8
3.1.1 Las influencias teóricas de las representaciones sociales.....	9
3.2 Como surge una representacion social.....	10
3.2.1 Elementos de las representacines sociales.....	12
3.2.2 Construcción y dimensiones de las representaciones sociales.....	12
3.2.3 Dinámica de las representaciones sociales.....	13
3.2.4 Características de las representaciones sociales.....	14
3.2.5 Funciones de las representaciones sociales.....	15
3.3 Teoría de las representaciones sociales.....	15
3.4 Antropología médica.....	16
3.4.1 Enfoque pragmático.....	17
3.4.2 Etnomedicina.....	18
3.4.3 Enfoque ecológico.....	19
3.4.4 Enfoque interpretativo.....	19
3.4.5 Enfoque económico-político.....	20
3.4.6 La antropología médica crítica.....	21
3.5 Procesos de salud y enfermedad como construcción social, objeto de representaciones y prácticas.....	22
3.6 Opciones de atención y la importancia de un enfoque.....	23
3.6.1 La autoatención.....	26
3.7 Los caminos de la cura con eficacia terapéutica.....	27
3.7.1 Eficacia de las terapéuticas biomédicas.....	29
3.7.2 Eficacia de las terapéuticas tradicionales.....	29

3.7.3 Eficacia de las terapéuticas caseras.....	30
3.7.4 Eficacia simbólica desde las distintas perspectivas teóricas.....	31
3.8 Aproximación a la enfermedad pélvica inflamatoria	31
3.9 Casos de la enfermedad pélvica inflamatoria en el mundo y en el Hospital Pedro Vicente Maldonado	35
CAPÍTULO IV: Marco Metodológico	37
4.1 Perspectiva epistemológica.....	37
4.2 Diseño metodológico.....	38
4.3 Nivel tecnológico.....	38
4.3.1 Tipo de instrumento.....	38
4.3.1.1 Entrevista semiestructurada.....	39
4.4 Cobertura de la investigación.....	39
4.4.1 Unidad de observación.....	39
4.4.2 Tipo de Estudio.....	40
4.5 Técnicas de análisis de la investigación.....	41
4.5.1 Tipos de representaciones sociales	42
4.6. Análisis ideológico.....	43
CAPÍTULO V: Resultados	44
5.1 Descripción Etnográfica del cantón de Pedro Vicente Maldonado y Hospital Docente de Pedro Vicente Maldonado.....	44
5.1.1 Hospital docente Pedro Vicente Maldonado.....	48
5.2 Personal médico del Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado.....	50
5.3 Mujeres que acuden a consulta externa.....	50
5.4 Descripción de los resultados de las entrevistas.....	52
5.4.1 Conocimientos de los problemas de las enfermedades vaginales.....	55
5.4.2 Causas de las infecciones genitales de las mujeres.....	57
5.4.3 Creencias sobre las molestias causadas por problemas de salud originadas en el útero y los ovario.....	60
5.4.4 Percepción de la gravedad de las molestias de los problemas del útero y los ovarios.....	62
5.4.5 Prácticas curativas para tratar los problemas de salud relacionadas con los genitales.....	64
5.4.6 Denominaciones autónomas para explicar los problemas de salud de los genitales a otras personas.....	66
CAPÍTULO VI: Discusión.....	67
CAPÍTULO VII: Conclusiones.....	74
CAPÍTULO VIII: Recomendaciones.....	78
BIBLIOGRAFÍA.....	80

ANEXOS:

Anexo 1: Información del consentimiento informado.....	93
Anexo 2: Formulario del consentimiento informado.....	97
Anexo 3: Entrevista semiestructurada.....	98
Anexo 4: Respuestas de las entrevistas semiestructurada.....	102
Anexo 5: Tablas de las ideas núcleo.....	115

TABLAS:

Tabla 1: Criterios de Hager.....	33
Tabla 2: Representaciones Sociales	42
Tabla 3: Características de las informantes.....	53
Tabla 4: Análisis del discurso.....	54

FIGURAS:

Figura 1: Conocimiento de las enfermedades vaginales.....	55
Figura 2: Causas de las enfermedades vaginales.....	57
Figura 3: Molestias de las enfermedades vaginales.....	60
Figura 4: Percepción de la gravedad de las enfermedades vaginales.....	62
Figura 5: Prácticas curativas de las enfermedades vaginales.....	64
Figura 6: Denominaciones de las enfermedades vaginales.....	66
Figura 7: Conclusiones	73

RESUMEN

TÍTULO: Representaciones sociales de la enfermedad pélvica inflamatoria, en las mujeres de edad fértil que acuden a la consulta externa del Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado en el año 2016.

ANTECEDENTES: La enfermedad pélvica inflamatoria es causada, en un 85% por patógenos de transmisión sexual y el 15% por vía no sexual. En 1 de cada 10 pacientes esta afección provoca esterilidad y el 99% de ellas presenta dolor pélvico crónico.

Las representaciones es la forma de como los sujetos aprendemos los acontecimientos de la vida cotidiana, y de cómo tomamos las circunstancias de nuestro entorno, son utilizadas como instrumentos para comprender el conocimiento colectivo de una determinada población, nos ayudan en el proceso de construcción de la realidad y es la esencia de las creencias, valores y saberes sociales.

OBJETIVO: Identificar las representaciones sociales de la enfermedad pélvica inflamatoria en las mujeres de edad fértil que habitan en áreas rurales y acuden a la consulta externa del Hospital Pedro Vicente Maldonado.

METODOLOGÍA: Bajo el episteme fenomenológico se utilizó el método etnográfico en un estudio de carácter cualitativo ya que sirve para recolectar e interpretar y analizar los aspectos relevantes de las conductas de un grupo. Para la investigación, se tomó como fuente de información a 30 mujeres en edad fértil con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria. A todas ellas, se les aplicó una entrevista semiestructurada con el propósito de analizar el discurso y conocer la opinión de las participantes sobre este problema de salud. De acuerdo con el análisis del mensaje planteado por Prieto, se deben tomar en

cuento las siguientes herramientas: idea núcleo, modo de prédica, grado de referencialidad.

RESULTADOS: Las mujeres que participaron reconocen a la enfermedad pélvica inflamatoria como una “infección de la mujer” y se refieren a ella como un malestar, más no como una enfermedad de transmisión sexual. Los síntomas por los que decidieron acudir a una casa de salud son: la secreción vaginal de mal olor o el dolor pélvica. La causa es el “mal aseo” de los genitales o malos hábitos de higiene; por lo cual recurren a tratamientos terapéuticos tradicionales para su cura.

CONCLUSIONES: Las representaciones descritas en las mujeres de Pedro Vicente Maldonado reflejan, una construcción social sólida con respecto a la enfermedad pélvica inflamatoria. Esto implica que el problema de salud es algo transitorio y pasajero, y no se contagia. Generando una brecha entre el discurso médico de prevención y realidad que vive la población. Los médicos requieren una comprensión acerca de la representación social de esta y otras enfermedades dentro de la comunidad para cuestionar la práctica y los resultados de su ejercicio profesional.

Palabras Claves: enfermedad pélvica inflamatoria, representaciones sociales, antropología médica.

ABSTRACT

TITLE: Social representations of the pelvic inflammatory disease, in the woman's to fertile age who come up to the extern consult of the teaching Hospital Pedro Vicente Maldonado in the year 2016.

ANTECEDENTS: The pelvic inflammatory disease is caused, in the 85% by sexual transmission pathogens and 15% by no sexual way. In 1 of the 10 patients this affection produce sterility and 99% of them chronic pelvic pain.

The representations are the form that how the subjects learn the events of the quotidian life, and how take the circumstances of our place, them are used like instruments to comprehend the collective knowledge of one determinate population, them help us in the construction of the reality process and the essence of the social knowledge, belief and values.

OBJECTIVE: Identify the social representations of the pelvic inflammatory disease in the woman's to fertile age that inhabit in rural areas and come up to the extern consult of the Hospital Pedro Vicente Maldonado.

METHODOLOGY: : Down the phenomenology episteme we used the ethnographic method in a qualitative character study because these help us to recollect, interpret and analyze the conducts relevant aspects of a group. For this investigation, we took like information source to 30 women in age fertile with pelvic inflammatory disease

diagnostic. To all of them, are applied a semi structure interview with propose of analyze the speech and know the participants opinion about this healthy problems.

In agreement with the analyze of present Prieto message, it must take into account those implements: core idea, preaches mode and degree of references.

RESULTS: : the women who participate recognized to the pelvic inflammatory disease like a “woman’s infection” and they referenced to this like a discomfort, not like a sexual transmission sickness. The symptom by them decided goes to the healthy house are: the vaginal secretion with rankness or pelvic pain. The cause is the genitals bad hygienic or bad hygienic habits; for that them needs traditional therapeutics treatments for them cure.

CONCLUSIONS: The describe representations in the women in Pedro Vicente Maldonado reflect, a social solid construction with respect to the pelvic inflammatory disease. This involve in the healthy problem is transitory and passenger, and isn’t contagious. Create a breach between the prevention medic speech and the reality that live the population. The medics needs a comprehension about the social representations of this and other sickness inside the community for dispute the practice and the results of them professional exercise.

Key words: Pelvic inflammatory disease, social representations, medic anthropology.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo explora el constructo de las representaciones sociales, en el marco de la salud sexual y reproductiva de la mujer, por tal motivo se incluyeron a mujeres de edad fértil que cumplieran con las condiciones del estudio.

En el capítulo dos se recogen los aspectos que explican el problema de investigación, las motivaciones de las investigadoras, las razones que fueron y las causas de haber elegido este como un tema de trabajo.

El capítulo tres explica el desarrollo conceptual de las representaciones sociales y su vinculación con el campo de la salud, además se explica la importancia de la antropología médica y una pequeña referencia al tema biológico que es la enfermedad pélvica inflamatoria.

Las representaciones sociales son un conjunto organizado de conocimientos, que se construyen a partir de las experiencias, comentarios y modelos de pensamientos que recibimos y transmitimos a través de la tradición, por medio de las cuales el hombre hace visible y entendible una realidad física o social.

Representar significa hacer un equivalente de algo, sea un objeto, circunstancia o un pensamiento; es por eso que hablar de representaciones, implica abordar la Psicología Social.

En si es una manera en como los sujetos aprendemos y entendemos todos los acontecimientos de las vida cotidiana, de cómo captamos las características del medio ambiente o tomamos la información de las circunstancias de nuestro entorno sea que este próximo o lejano.

Las condiciones en que se produce una representación es por los medios de comunicación, las interacciones cara a cara y el lenguaje, se transmite como intercambio de saberes entre personas o entre grupos sociales y la función esperada es la construcción del conocimiento del sentido común sea personal o social.

.Las representaciones sociales son un puente entre la experiencia subjetiva del paciente y el universo del médico, que describe el mundo de la enfermedad o la nosología como accidentalmente se la ha comprendido, en este caso se decidió estudiar el tema de enfermedad pélvica inflamatoria

La EPI es considerada como una enfermedad de transmisión sexual en la mayoría de los casos, cuyo diagnóstico debería ser contemplado en toda mujer en edad reproductiva que presente dolor pélvico; debido al impacto socio sanitario y económico, o por la severidad de las secuelas que algunas veces se manifiestan incluso en la infección leve. Es muy frecuente en mujeres de 16 a 25 años de edad de los países occidentales, por lo que se hace hincapié que en los diagnósticos con alta sospecha clínica se inicie tratamiento precoz para con ello evitar las secuelas.

Según Sánchez (1982) para la población indígena del Ecuador, la salud representa el equilibrio entre alma y el cuerpo, que juntos son concebidos como una unidad estable. Este equilibrio se representa con la capacidad de trabajo y felicidad que muestran las personas en la que se da importancia a la relación entre el hombre y la naturaleza. Muchas veces, la enfermedad en el interior de la comunidad es catalogada como un castigo de Dios. La mayoría de los ecuatorianos considera que la enfermedad se produce por elementos sobrenaturales o por la ruptura de las relaciones sociales y la acción de ciertos elementos conocidos. De acuerdo con este panorama, se evidencia cómo la enfermedad cumple un rol social dentro de la comunidad, que puede manifestarse como signos y síntomas físicos, psicológicos, entre otros.

La salud y la enfermedad son conceptos que han permanecido en las sociedades durante toda la historia. El Ecuador posee una gran diversidad cultural y étnica, que generan constantes cambios sociales, es por eso que la enfermedad se concibe de manera distinta según la época, el imaginario social y las características del individuo (Vega, 2002). Por su parte, los conceptos de limpieza e higiene son categorías que se encuentran presentes en las culturas, donde se adjudica otras connotaciones como “limpias y puras” o “sucias e impuras”. Del mismo modo, se determinan las prácticas y conocimientos ligados a estas categorías construidas a partir de la ideología cultural. Las definiciones sobre lo que es considerado como “limpio” o “sucio”, “puro” o “impuro” son tan variadas como las culturas que existen en todo el mundo. (Langdon, 2010)

Las investigaciones realizadas en el campo de la salud tienen mayor énfasis en los procesos biológicos que en los sociales. Sin embargo, así como los aspectos culturales pueden ser un factor positivo de cambio, también pueden representar un obstáculo para tratar temas relacionados con la salud. (Vega, 2002). Es importante mencionar que las costumbres y las creencias culturales tienen mucho que ver con el cumplimiento del tratamiento. Martín Cano (2003) sostiene que “los mitos, las creencias religiosas, la falta de confianza y la incapacidad de entender el concepto bioquímico o farmacológico actual son los principales factores que influyen en el incumplimiento de los tratamientos”

El cuarto capítulo detalla la metodología utilizada durante la investigación y las técnicas realizadas para el análisis del discurso.

El quinto capítulo expone los hallazgos no gráficos de las entrevistas realizadas a las mujeres que han acudido a la consulta externa del hospital Pedro Vicente Maldonado.

En torno a enfermedad pélvica inflamatoria no hay trabajos de investigación cualitativa y representaciones sociales en el Ecuador, pero existen trabajos sobre experiencias sintomáticas en el aparato reproductor femenino e investigaciones de otras enfermedades de transmisión sexual.

En el séptimo capítulo se recoge las conclusiones derivadas de este trabajo de investigación más las limitaciones encontradas durante el desarrollo.

CAPÍTULO II

MARCO INVESTIGATIVO

2.1 El problema de investigación

Las mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Pedro Vicente Maldonado, que acuden con síntomas en su aparato reproductor presentan síntomas recurrentes a pesar de recibir tratamientos convencionales. El retraso en el diagnóstico o un tratamiento inadecuado puede derivar en una complicación tardía con repercusiones biológicas, psicológicas, socioculturales y económicas.

Aunque se puede acusar al desconocimiento que la población tiene sobre una enfermedad, esto no es suficiente para entender la dinámica observada. A partir de esta premisa, surge la necesidad de comprender las ideas que tienen las mujeres acerca de esta enfermedad, cómo manejan las molestias o a quién acuden para solucionar este problema de salud. En otras palabras ¿cuáles son las características de las representaciones sociales de la enfermedad pélvica inflamatoria que tienen las mujeres de edad fértil que habitan en áreas rurales y acuden a la consulta externa del Hospital Pedro Vicente Maldonado?

2.2 Relevancia y aporte de la investigación

El conocimiento de las representaciones sociales de la enfermedad servirá, para que los profesionales de la salud elaboren un plan educativo contextualizado cuyo punto de partida sea la percepción del individuo, su comunidad y el resto de la sociedad con respecto a la enfermedad pélvica inflamatoria.

El Ecuador es un país intercultural y pluricultural, de creencias ancestrales que son endosadas de generación en generación. Los pacientes en general utilizan plantas medicinales y otras prácticas para la rehabilitación de su salud (Moscoso, 2013). Este tipo de medicina ancestral ha pervivido en las zonas rurales y urbanas marginales del país, donde es difícil que prospere la medicina occidental. Esta resistencia puede darse debido a razones étnicas, económicas o por desconfianza por parte de los moradores. Esta práctica también está presente en enfermedades como la EPI.

Para la Medicina Familiar es importante entender al individuo desde una perspectiva integral, lo que significa que debe tomar en cuenta factores que influyen en la salud del paciente, como su estado psicoemocional o su relación familiar y social. Por lo tanto, la conceptualización de las representaciones sociales de la EPI es un recurso para comprender mejor los fenómenos de salud y enfermedad desde la perspectiva no solo individual sino social.

2.3 Objetivos de la investigación

Objetivo General:

- Identificar cuáles son las representaciones sociales de la enfermedad pélvica inflamatoria, que tienen las mujeres de edad fértil, que habitan en áreas rurales y acuden a la consulta externa del Hospital Pedro Vicente Maldonado.

Objetivos Específicos:

- Explicar la manera cómo interpretan los signos y síntomas de la EPI las mujeres en edad fértil.
- Mencionar las experiencias que tienen las mujeres de áreas rurales sobre la enfermedad pélvica inflamatoria.
- Describir las técnicas utilizadas por las mujeres para la cura de las molestias genitales.

2.4 Hipótesis

Las representaciones sociales de mujeres en edad fértil, tienen semejanzas con el concepto de enfermedad pélvica inflamatoria del paradigma biomédico de la enfermedad.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

3.1. Historia de las Representaciones Sociales

Tras 10 años de investigaciones empíricas, en 1961 Sergio Moscovici publicó su tesis doctoral “La Psychanalyse, son image et son public”; poniendo en claro que el protagonismo de su obra era el entendimiento de la naturaleza del pensamiento social y no el psicoanálisis como se titulaba; en aquel trabajo, introduce una noción de las representaciones sociales y sus pensamientos incluían nociones derivadas de las teorías constructivas. Pero no es hasta 1976 cuando se implanta la mayor aportación de los estudios de Berger y Luckmann. (Araya, 2002)

Moscovici estudió y trató de comprender como las personas elaboran y construyen la realidad social y a partir de aquello propone su teoría, cuyo tema de estudio es el conocimiento social teniendo como elementos claves la noción de la realidad social y el proceso de construcción. Desde 1961 el concepto de representaciones pasó de solo un concepto a la elaboración de una teoría tomando en cuenta un enfoque nuevo que unifica e integra lo individual y lo colectivo; lo simbólico y lo social, el pensamiento y la acción. De una u otra manera forma una modalidad de conocimiento, cuya función es extraer los comportamientos y la comunicación entre individuos para simplificar lo relevante. (Mora, 2002)

A las representaciones sociales se las ha utilizado como una herramienta valiosa dentro del campo de la psicología social, ya que ofrece un marco explicativo de acuerdo a un conocimiento colectivo, el mismo que se estructura posterior al estudiar a las personas o grupos; además, son las encargadas de sintetizar las explicaciones del sujeto y adquirir un conocimiento de lo lógico. El sentido común, es una forma de percibir, actuar y razonar, pero indirectamente es un sentido común general porque está elaborado socialmente y esto incluye contenidos afectivos, cognitivos, y simbólicos en función a orientaciones de las conductas interpersonales; pero a las vez guarda relación entre los grupos. (Hebe, 2005)

Las representaciones introducen un debate en las ciencias sociales, que implica recuperar y mantener la Doxa como objeto de estudio, y por otro lado abandonar la clásica explicación de las ciencias teóricas, para poder comprender. El objetivo es interpretar cuáles son las redes con que las personas definen los conocimientos de un objeto al formar parte de un grupo. (Corvalán, 2013)

3.1.1 Las influencias Teóricas de las Representaciones Sociales

Los autores que influenciaron en Moscovici (1989) son: Emile Durkheim con su concepto de representaciones colectivas; el estudio sobre las funciones mentales en sociedades primitivas de Lucien Lévy-Bruhl; Jean Piaget con el estudio sobre la representación del mundo en los y las niñas, y las teorías sobre sexualidad infantil de Sigmund Freud. Además los estudios de Fritz Heider sobre psicología del sentido común, y la propuesta de la construcción social del conocimiento de Berger y Luckmann.

3.2 Como surge una representación social

Las representaciones aparecen en una zona específica posterior a la interacción del psicólogo, del comportamiento social y presentan características específicas, por lo que no es suficiente hacer referencia a los contenidos, sino también hay que hacer mención de las condiciones y del contexto en el que surgen las representaciones. (Hebe, 2005).

Las representaciones sociales conceden identidad a los grupos humanos, al aportar sistemas de sentidos de pertenencia o referencia para estos, conlleva sentido común como expresión de la interacción del individuo en la vida cotidiana, además un conjunto de conceptos y explicaciones, en la comunicación de creencias de las sociedades tradicionales, pueden también ser vistas como la versión contemporánea del sentido común. (Mora, 2002).

Se dice que la representación es un proceso y un producto, tomando en cuenta las siguientes consideraciones: 1.- es un proceso de construcción de la realidad donde se debe configurar el objeto que representa; y 2.- es un producto porque es un conjunto de creencias, valores y conocimientos que comparte un grupo determinado de individuos. Para Moscovici (citado por Pereira de Sá, 1993) el principal precepto que sigue una representación social es "la transformación de lo no familiar en familiar".

En conclusión, las representaciones sociales surgen a partir de un fondo cultural que circula en la sociedad y brinda las categorías para que se constituyan, es decir provienen del sistema, de las creencias, de los valores de la sociedad, y a la vez el contenido se relaciona con un fin.

Para llegar a llamar a una representación social es necesario hacer ahínco en la función, más que en el agente. Así lo social surge de la contribución al proceso de formación de conductas. Lo social es una propiedad que acompaña a determinados objetos con base en la naturaleza de la relación que hubiera con ellos. Se puede decir que se forman de un fondo cultural transmitido en la sociedad durante la historia, conformado por creencias y valores compartidos que son básicos.

Páez (1987) categoriza a las representaciones según las funciones que cumplen como forma de pensamiento natural con 4 características esenciales: 1.- Privilegiar, seleccionando hechos relevantes del discurso ideológico concerniente a la relación sujeto en interacción, es decir descontextualizar los rasgos del discurso; 2.- Descomponer, este conjunto de rasgos objetivizando los conceptos del discurso ideológico referente al sujeto en grupo; 3.- Construir un modelo pequeño del entorno a partir del discurso que emite el sujeto; 4.- El proceso reconstruye y reproduce la realidad dándole un sentido y una guía para resolver los conflictos.

3.2.1 Elementos de las Representaciones Sociales

Una representación debe contar con 3 elementos fundamentales según refiere Jodelet (1989):

- Contenido o información: siempre tiene un contenido que está incluido en el conjunto de información y conocimiento referentes de un objeto social, tiene una dimensión figurativa porque está asociado a imágenes con una dimensión simbólica donde adquiere el significado y donde el lenguaje tiene un papel protagónico. Los contenidos provienen de diferentes fuentes o sistemas.
- El objeto: normalmente el contenido habla sobre un objeto social que se convierte en elemento central del estudio al que le van a construir un significado.
- El sujeto: que es el individuo o grupo social entrevistado, que es quién percibe y describe el objeto de estudio.

3.2.2 Las Dimensiones o Construcción de las representaciones sociales

Las representaciones son unidades funcionales integradas por opiniones, imágenes, valores, conocimientos e informaciones es por eso que su estructura según Moscovici (citado por Mora 2002) se compone de:

- *La actitud*, es el elemento principal y el objeto de estudio. Es un estímulo que está presente en la realidad social a la que se reacciona con una disposición interna determinada.

- *La información*, es la dimensión de los conocimientos sobre el objeto de representación su calidad y cantidad varía según varios factores como la pertenencia grupal, y la inserción social que son los más importantes, otro de los factores es la cercanía o distancia de los grupos al objeto de estudio.
- *Campo de representación*, se refiere al orden que toman los contenidos representacionales que se organizan en una estructura funcional, se forma en torno a un núcleo figurativo que constituye la parte más sólida de la representación, es lo que tiene mayor significancia para el sujeto acerca del objeto.

3.2.3 Dinámica de las Representaciones Sociales

Moscovici (1989) enunció dos procesos en la estructuración de las representaciones:

I.-Objetivación: Proceso por medio del que los elementos abstractos, conceptuales se transforman en imágenes; es decir lo abstracto sufre una reificación y se convierte en algo concreto o familiar. Por lo general se realiza por medio de tres fases:

1.- Construcción selectiva: la cual permite la aportación de los conocimientos que competen al objeto de representación, se seleccionan y descontextualizan los elementos que sean significativos para el individuo.

2.- Esquematización estructurante: permite una organización coherente de la imagen simbólica del objeto, dando a los investigados su visión de la realidad. Los elementos seleccionados se estructuran y organizan en el esquema o núcleo figurativo, en torno al que se articula la representación.

3.- Naturalización: la imagen o los elementos forman una existencia propia, despojado la mayor parte de abstracción funcionan como categorías sociales del lenguaje.

II.- Anclaje: Es el proceso que integra la información que llegan mediante el proceso que previamente fue descrito, es decir ver lo nuevo con lentes viejos para obtener el lenguaje cotidiano y de esta manera se obtienen las nuevas representaciones a las preexistentes reconstruyendo activamente la realidad. (Hebe, 2005)

3.2.4 Características de las Representaciones Sociales

Las características relevantes que describe Moscovici (citado por Pererira de Sá 1993) son:

- Está vinculado con las condiciones históricas sociológicas e ideológicas marcando las normas al sistema.
- Es estable, coherente y resistente al cambio, con lo que garantiza la continuidad de la representación.
- Tiene independencia relativa del contexto social inmediato.
- Tiene función generadora al crear, transformar y dar significado a otros elementos.
- Es unificador porque determina la naturaleza de los lazos que unen entre si los elementos a representar.
- Tiene función consensual, porque define la homogeneidad del grupo social.

3.2.5 Funciones de las representaciones sociales

Estas han sido expuestas por varios autores pero tomando en cuenta a Jean Claude Abric (2001), que las sintetiza como 4 funciones básicas, nombradas a continuación:

1. **Función de conocimiento:** Permite comprender, explicar la realidad y adquirir nuevos conocimientos e integrarlos de una forma asimilable y clara. Por otro lado, facilitan las comunicaciones y son necesarias para las mismas.
2. **Función identificadora:** Participan en la definición de la identidad y permiten conservar la especificidad de los grupos. Sitúan a los individuos y grupos en el contexto social permitiendo extraer la identidad social y personal.
3. **Función de orientación:** Se encargan de guiar los comportamientos y las prácticas, además intervienen directamente en la definición de una situación, determinando el tipo de relaciones apropiadas para el sujeto.
4. **Función justificadora:** Las representaciones permiten justificar un comportamiento o toma de posición; son las encargadas de explicar una acción o conducta asumida por los participantes de una situación.

3.3 Teoría de las Representaciones Sociales

Las representaciones sociales son una forma de conocimiento social, natural, práctico, de sentido común, que se construye por las experiencias, pensamientos, saberes, información que recibimos y transferimos por comunicación, tradición, educación. Son modalidades de pensamiento práctico guiadas a la comprensión y comunicación, organizando los contenidos de las operaciones mentales y lógicas. Las representaciones

sociales son sistemas cognitivos que manejan una lógica y un lenguaje particular para revelar la realidad y catalogar lo que nos rodea.

Para Brito (2011), la representación social presenta una forma de conocimiento específico, un saber común, que manifiestan una forma de pensamiento social y cumplen con características esenciales como forma de pensamiento natural:

- Representa la realidad dándole un sentido y orienta para la vida social y en algún momento la resolución de conflictos o problemas.
- Forma una teoría implícita, explicativa y evaluativa del entorno a partir de una ideología que impregna al sujeto.
- Analizar las categorías simples, naturalizando y objetivando los conceptos del discurso ideológico referente al sujeto en grupo.
- Conservar hechos relevantes del discurso ideológico en la interacción que realiza el sujeto en su discurso.

3.4 Antropología médica

El sistema de salud desde la antropología sociocultural, se encarga de la organización y el funcionamiento del conjunto de saberes y prácticas médicas. Cada sociedad tiene como objetivo la reproducción biológica y sociocultural desarrollando un conjunto de valores, conocimientos, ideologías y prácticas en torno a la salud y enfermedad. Estos sistemas mantienen relaciones con el ámbito social, religioso, político

y económico. (Milgian, 2004). Los estudios antropológicos se enfocaban en la evolución y difusión, las prácticas médicas indígenas no fueron reconocidas como sistemas específicos, sino como un raro ámbito mágico-religioso de las sociedades atrasadas. (Campos, 2010)

Palabras de un evolucionista “el aborigen no es capaz de discernir entre magia, medicina y religión”. (Tylor, 1871). Los primeros estudios sistémicos sobre medicina indígena se basaban en trabajos etnográficos. Con el tiempo fueron superando estereotipos que el evolucionismo había tenido frente a la medicina indígena, abriendo puertas al estudio con temáticas médico-culturales. (Calvo, 2006). Esta subdisciplina no está constituida por un solo paradigma teórico, sino que se han desarrollado diferentes aproximaciones teóricas:

3.4.1 Enfoque pragmático.

La antropología empezó a delimitar su campo de análisis, utilizando como estudio lo referente a temas médico-culturales, por lo que cumple un rol instrumental respecto a la medicina occidental. Así el desarrollo de la antropología médica fue impulsado por organizaciones que busca mejorar las campañas de salud pública, mediante el conocimiento de las prácticas y conocimientos locales para mejorar algunos programas de salud. (Menéndez, 1985). Los antropólogos fueron quienes intervinieron en la comunicación entre la población nativa y los profesionales de la salud, para llegar a obtener la información necesaria de cómo determinar las creencias o hábitos típicos que influyen en la percepción y tratamiento de ciertas enfermedades.

Al establecer las representaciones sociales que tiene esta población con respecto a la enfermedad, se logró resolver varios de los inconvenientes del modelo biomédico que surgen a la hora de trabajar con las comunidades indígenas. En este proceso se enfatiza la importancia de un conocimiento sobre la realidad local con el objetivo de saber qué proceso seguir en sus futuras intervenciones. (Strasser, 2012). La parte pragmática de la antropología en la medicina impulsó el campo de la etnomedicina; y a la vez reconoce que la medicina tradicional tiene sus propias lógicas para un diagnóstico y tratamiento, sumado a valores y sentidos de cada cultura. Considero que la biomedicina es a-cultural y la enfermedad es una entidad biológica. (Strasser, 2012).

3.4.2 Etnomedicina.

La etnociencia tiene una influencia del paradigma cognitivo, donde a la medicina tradicional se la investiga en varios pueblos mediante el lenguaje, cultura y pensamiento. (Comelles, 1993). El fenómeno de la "enfermedad" es una experiencia que la persona la vive y esto puede llevar a un sufrimiento y a muchas otras sensaciones que el individuo experimenta. En este proceso, influye la relación médico-paciente para que se obtenga un buen diálogo y una reacción positiva ante el tratamiento terapéutico. (Lain, 1984). La palabra enfermedad se relaciona con dos términos: "disease" e "illness". Disease es un expresión en la medicina occidente que significa patología en donde se refiere a disfunciones orgánicas. Mientras que Illness significa, en la medicina cultural, "malestar" y es una impresión de los nativos o interpretación de los indígenas. (Strasser, 2012).

3.4.3 Enfoque ecológico.

En el enfoque ecológico se sostuvo la cultura y la ciencia y acepta que las enfermedades son algo global, mientras que en la cultura participa en una serie de adecuaciones en relación con la misma. La ecología médica estudió a las poblaciones en dos entidades diferentes culturales y biológicas, analizando la relación entre el sistema salud, ecológico y la evolutiva en donde el aspecto cultural semejante al genético, fisiológico son utilizados como requerimientos a los problemas ambientales. (Rodríguez, 2012). Con respecto al aspecto salud se utilizó como medida de adecuación mientras que a la enfermedad como una figura de inestabilidad.

3.4.4 Enfoque interpretativo.

Se habla de la discusión conceptual y teórica por las críticas al modelo funcionalista, ecológico y biomedicina. El enfoque interpretativo, económico-político y la antropología médica crítica se consolidaron superando sus limitaciones. (Pizza, G. 2005). La etnomedicina, en un inicio dedicado a las sociedades denominadas tradicionales, luego evolucionó la serie salud-enfermedad como ejemplo interpretativo y constructivista, en donde necesita aclarar varios significados llevando a una realidad que las personas requieren en sus vidas. (Strasser, 2012)

El enfoque interpretativo se basa en el análisis de la dimensión “illness” de enfermedad, aplicando para ello la idea de “ símbolos rituales dominantes” La palabra illness puede ser analizada como símbolo importante a partir del cual se desenvuelve en

una forma de red semántica, un universo de creencias, valores, experiencias y emociones. (Campos, 2010). Los modelos explicativos se refieren a las distintas nociones acerca de un episodio de enfermedad y su tratamiento, que son empleados por todos aquellos envueltos en el proceso clínico. (Strasser, 2012).

Dentro de este proceso se reconoce tres distintos modelos explicativos:

- El profesional.- formados por los médicos y agentes de salud
- Modelo folk.- sanadores locales - tradicionales
- Modelo popular.- grupos sociales

La cultura ya no es un medio de figura de la enfermedad, ahora forma parte fundamental del levantamiento de la enfermedad como existencia humana. (Strasser, 2011). El enfoque interpretativo reconoce las prácticas y los significados para interactuar como procesos sociales, fisiológicos, psicológicos dando como resultados diferentes formas de enfermedad y las conductas terapéuticas. (Guerrero, 2013). La concepto importante del “modelo explicativo” se formó por una agrupación ideas sobre la etiología de las enfermedades, de cómo llegar a un diagnóstico y las alternativas para la cura. (Casenco, 1992)

3.4.5 Enfoque económico-político.

Se trata de un enfoque en el cual trabaja asignando a las enfermedades y los servicios de atención enlazándolos al sistema económico, en donde se evidencia los

intereses tanto políticos, económicos y administrativos con respecto a los suministros del servicio de salud y en el sistema capitalista. (Menéndez, E. 1985)

3.4.6 La antropología médica crítica.

A la antropología médica se la divide en dos: crítica y clínica debido a la separación de la antropología médica y de la biomedicina. (Strasser, 2012). La antropología crítica se fundamenta en la apreciación al individualismo y subjetivismo del enfoque interpretativo y su orientación más sociológica y centrada en las prácticas y en determinados contextos sociales que condicionan o se generan a través de la enfermedad. (Guerrero, 2013). La contribución a la biomedicina es el entendimiento de las representaciones de enfermedad y salud que pudieron haber afectado el diálogo clínico y de esta manera superaron las barreras culturales que existen entre médicos, no afectando la integración en las culturas de la medicina moderna. (Strasser, 2012)

El desarrollo de la antropología crítica plantea buscar la relación entre los factores económicos y políticos con aquellos del orden cognitivo, cultural, fisiológico e intersubjetivo, proponiendo la participación del enfoque económico – político de la salud. Se considera la experiencia del enfermo tanto en su aspecto político, económico y social por que forman parte del contexto de su vida cotidiana. (Casenco, 1992)

El modelo analítico descriptivo de la biomedicina se llama modelo médico hegemónico que se forma al sumarse el saber médico más el trabajo científico con bases de la observación de la antropología médica crítica, con una visión social y cultural de la enfermedad, más la cualidad perceptible de la relación entre normalidad biológica y

social, evitando un sesgo en la comunicación entre el antropólogo y el informante. (Guerrero, 2013). El estudio de las representaciones culturales del sufrimiento entendiendo a la enfermedad como experiencia, y ésta como medio intersubjetivo, como espacio emergente a partir de la relación de las categorías culturales y sociales con los procesos fisiológicos y psicológicos que permite evitar el subjetivismo y captar la articulación entre la vivencia de enfermedad y los procesos culturales y sociales. (Campos, 2010)

3.5 Procesos de salud y enfermedad como construcción social, objeto de representaciones y prácticas.

Los procesos de salud y enfermedad son universales dentro de la historia de la humanidad; cada grupo humano desarrolla sus propias creencias, experiencias y percepciones para conceptualizar a una enfermedad y la enfrentan con sus recursos. (Berger, 1967). Sin embargo lo que se pretende es ir más allá de estas generalizaciones para demostrar como el hombre desde la perspectiva sociocultural aprende a identificar las enfermedades, posibles causales, diferencia el sentirse bien de estar enfermo; y además elabora estrategias de atención con el fin de restablecer la salud. (Kornblit, 2000).

Los padecimientos, la muerte y las respuestas de la sociedad para enfrentarlas son fenómenos sociales con particularidad histórica dentro de cada sociedad. Los procesos de salud, enfermedad y atención son considerados como una construcción social, ya que son el resultado de modalidades de relaciones sociales y a su vez constituyen las

representaciones y prácticas en las que converge estos procesos como ideológicos, sociales, políticos y económicos. (Grimberg, 1992). Las representaciones son el modo que perciben, categorizan y le dan el significado de la enfermedad, son modelos de interpretación de un determinado grupo, dándole sentido en la vida social; sin proponer oposición entre ciencia e ideología o ciencia y sentido común. (Grimberg, 1992)

Las prácticas son en cambio las estrategias a las mismas que no necesariamente tiene una base explicativa de la medicina, pero para ellos comprenden la organización, el modelo de acción y la respuesta social e institucional del saber desarrollado por la medicina, sino también a las prácticas de los conjuntos sociales. (Kornblit, 2000). Cabe agregar que la relación entre prácticas y representaciones no es algo extraordinario sino que se espera que las últimas sean un fiel reflejo de las primeras, las representaciones conforman un sistema de expectativas, como referencia que orienta la acción, y la práctica es donde se realizan. La antropología, usando la construcción de una relación social con el otro, permite adquirir los saberes de los sujetos sociales. (Grimberg, 1992)

3.6 Opciones de atención y la importancia de un enfoque

En el momento que se verifica la enfermedad por decisiones dirigidas al diagnóstico y tratamiento hay que elegir el tipo de atención de acuerdo a las consideraciones y escoger entre uno de los recursos de atención. Actualmente en las sociedades existe el pluralismo médico donde hay diversas formas de atención, que buscan prevención, dar un buen tratamiento, aliviar, controlar y curar que son

complementarios pero antagonistas debido muchas veces a las condiciones religiosas, técnicas, étnicas, políticas y económicas de cada contexto. (Gómez, 2003)

Menéndez (2004) nombra 5 formas de atención:

1. *Atención biomédica*: corresponde a la medicina oficial y hegemónica, que tiene un enfoque biológico. Esta atención emite una explicación científico-técnica del diagnóstico y del tratamiento, debido a que el aprendizaje del médico siempre parte de una base biológica y los procesos culturales y sociales pasan a un segundo plano. Para la biomedicina, la racionalidad científico-técnica es el criterio decisivo del diagnóstico y, por consiguiente, las otras prácticas no científicas son excluidas, ignoradas o, en algunos casos, son aceptadas como complementarias.
2. *Atención “popular” o “tradicional”*: es utilizada por curanderos, fregadores, yerbateros, espiritualistas, etc. Según la bibliografía de Menéndez, no hay una noción exacta de lo que es medicina tradicional, porque es mucho más que un conocimiento histórico implementado muchos años atrás que no ha sido actualizado. Sin embargo, en la actualidad, la atención de las enfermedades en esta medicina comprende tanto lo tradicional como lo moderno. En Latinoamérica, es común observar que los curadores o fregadores acompañan sus tratamientos con una receta de antibióticos, analgésicos o vitaminas; lo que le da una mayor eficacia de curación. Lo tradicional debe ser entendido como un medio que incorpora las prácticas y los conocimientos ancestrales con los modernos y concibe a las relaciones históricas como una fuerza configurativa de la actualidad (Módena, 1990)

3. *Atención alternativa, paralela*: comprende a los métodos medicinales utilizados por los sanadores o bioenergéticos, cuyas prácticas curativas son alternas y de carácter comunitario.
4. *Atención devenida de otras tradiciones académicas*: se trata de prácticas como acupuntura, medicina mandarina, entre otras.
5. *Atención centradas en la autoayuda*: son aquellas que están organizadas y orientadas por las personas que padecen algún tipo de problema.

Con respecto a los tipos de medicina tradicional y científica, las diferentes modalidades de respuesta a los procesos de salud-enfermedad no funcionan excluyentemente, sino como un proceso dinámico. Todos los tipos de atenciones médicas, tradicionales o no, persiguen la misma finalidad: curar al paciente. (Menéndez, 1994). Es así que se deberían articular los recursos utilizados, ya sean técnicas ancestrales, farmacopea o las prácticas curativas alternas; de este modo se podría estructurar un tratamiento integral que resuelva el problema de salud del enfermo. Dentro de las elecciones terapéuticas, se analizaran aspectos como los que indica Módena, (1990):

- *Económico*: Explica las limitaciones financieras
- *Sociodemográfico*: Analiza las características que influyen a las conductas de búsqueda de atención, como la edad o el género.
- *Geográfico*: Se establece a partir de la relación a la proximidad de los servicios y su utilidades
- *Sociocultural*: Examina creencias, normas sociales, valores y estilos de vida de los grupos de usuarios.

- *El sistema organizacional:* Analiza los efectos de aspectos de organización del cuidado de la salud.

La elección del servicio de atención está condicionada por los aspectos que corresponden a su accesibilidad, tales como la distancia, posibilidad de traslado, valor económico u obstáculos burocráticos. Esta decisión sobre qué modalidad escoger, también depende de la manera en cómo se identifica a la enfermedad y las nociones que se tiene sobre la misma. (Menéndez, 2004)

3.6.1 La autoatención.

En cuanto a las prácticas frente a los procesos de salud-enfermedad, la mayoría se llevan a cabo dentro del grupo doméstico; ámbito desde el que se busca asegurar la reproducción biológica y social. (Menéndez, 1994). Los procesos de salud-enfermedad son una parte constitutiva de la vida cotidiana. A partir de ellas, los individuos presentan diferentes comportamientos, que van desde no hacer nada para tratar la enfermedad hasta recurrir a la automedicación. Esta última es una práctica de los mismos sujetos o de sus familiares que tienen como propósito solucionar o aliviar provisionalmente un malestar. En estos casos, no se da una intervención directa de un curador o profesional de la salud. Esto se debe a que el enfermo tiene un conocimiento de carácter empírico sobre los posibles métodos de sanación. A este saber se conoce como “autoatención” y no comprende solo las actividades dirigidas a la curación, sino también de la prevención y es un recurso que permite que las demás formas de atención puedan funcionar. (Menéndez, 2005)

3.7 Los caminos de la cura con eficacia terapéutica

La decisión de usar un tipo de atención, recurso terapéutico o un complemento de todo ello son los que determinan los resultados, de acuerdo con la apreciación de cada individuo. Es decir que, los métodos de curación utilizados son los que definen la eficacia de los procesos terapéuticos. La efectividad del tratamiento aplicado se ve reflejada en el alivio del dolor, así como también en el cambio de un síntoma o patología en los individuos afectados. (Kleinman, 1996). El reconocimiento de la eficacia está dado de diferentes maneras y toma en cuenta las percepciones, motivaciones y experiencias de los pacientes en alguna de las etapas de la enfermedad. Por su parte, otro autor sostiene que las expectativas y esperanzas de los involucrados influyen también para la eficacia del proceso terapéutico. (Young, 1983)

Previo a la consulta médica, los pacientes acuden con diagnósticos provisionales. Esto genera que los involucrados ya tengan expectativas de su diagnóstico y los posibles tratamientos que tendrán que seguir. La valoración que reciba el paciente sobre su estado de salud, las prescripciones terapéuticas y la atención que reciba son los factores que influyen para que este crea en la eficacia del tratamiento o decida probar con otro tipo de medicina. (Sánchez-Parga, 1982). También, puede suceder el fracaso del tratamiento aplicado no funcione y no cumplan con las expectativas del paciente. En estos casos, se pone en duda y se juzga la eficacia de la medicina biomédica; también se puede entender este fallo como una negligencia del personal de salud, lo que le da mayor jerarquía y credibilidad a los curadores. (Young, 1983). Los parámetros para evaluar la eficacia o el

fracaso terapéutico son relativos, ya que dependen del individuo, sus perspectivas y los sistemas médicos tradicionales que se practiquen.

Aproximadamente, un 70% de las prácticas curativas a las que se someten los individuos que viven en las áreas rurales corresponden a la medicina no formal. Se considera que esto se debe a las costumbres de su núcleo familiar, donde los padres acostumbran a consultar primero con un curandero tras la presencia de algún malestar. Cuando la medicina tradicional ha fallado en el tratamiento y control de la enfermedad, acuden como segunda opción a un centro de salud. (Sánchez-Parga, 1982). El carácter de lo “mágico” en los caminos de la cura no está ausente en la práctica tradicional. Por esta razón, la curación con velas o agua bendita mantiene la ritualidad de lo mágico y milagroso, debido a que juegan un papel en el plano psicológico en cuanto se refiere la credibilidad y confianza de cada individuo. (Young, 1983)

Dentro del pensamiento andino, se observa que la enfermedad es una ruptura de la armonía entre el alma y el cuerpo. Por esta razón, dentro de la curación, lo que se debe restablecer es el equilibrio para constituir la salud. Es así que los rituales o prácticas que realizan los curanderos están encaminados a la búsqueda del alma perdida y así poder restituir el equilibrio (Kleinman, 1996). Es preciso mencionar que la medicina tradicional ocupa un espacio importante dentro de la sociedad. El problema de esta modalidad medicinal radica en que no tiene una comprensión total e integral de todas las enfermedades y, como consecuencia, se presenta un elevado reporte de mortalidad en el uso de este tipo de prácticas curativas. (Young, 1983)

3.7.1 Eficacia de las terapéuticas biomédicas.

La eficacia o el fracaso de los tratamientos biomédicos se manifiesta tras la ingesta de medicamentos, ya sean pastillas o jarabes. La percepción, positiva o negativa, que los fármacos produzcan en el paciente estará relacionada con los cambios en los síntomas de la enfermedad, alivio del dolor o también efectos secundarios que estos puedan causar. Entre los medicamentos más usados están: las vitaminas, que reponen el cuerpo luego de una enfermedad; los sueros, que ayudan a limpiar la sangre y los antibióticos que ayudan a las infecciones e inflamaciones. Cuando estos no presenta los resultados esperados, los pacientes cambian la terapéutica y hasta de centro de atención. Varias veces, el rechazo que presentan los pacientes se debe a que el tratamiento no actúa de inmediato y es un proceso lento que provoca la impresión de que no existe mejoría alguna. Otra de las causas, puede ser los efectos adversos de la misma medicación que no están contemplados por el paciente. (Waldram, 2000)

3.7.2 Eficacia de las terapéuticas tradicionales.

La terapéutica tradicional se refiere a aquella que es practicada por los curanderos y tiene como base fundamental a los saberes ancestrales. Esta actúa en el cuerpo enfermo a través del uso de distintos objetos, como: alcohol, el huevo, tinta, barra de azufre, yerba entre otros. En este proceso de curación, se utiliza contantemente la señal de la cruz, con la cual se hace referencia al carácter religioso. Incluso, se emplean numerologías para recitar determinadas oraciones o se establecen días o lugares específicos de cura en busca de la efectividad del tratamiento terapéutico. (Idoyaga, 2002)

Esta modalidad de la medicina es utilizada, inicialmente, por cercanía y por credibilidad de las personas. También, puede ser usada posterior a que se haya considerado fracaso terapéutico en la medicina occidental, que llevó al paciente a optar por un tratamiento curativo diferente. (Idoyaga, 2001). Este tipo de terapéutica permite la curación a distancia por medio de un método que se conoce como “vivencia de la corporalidad”, donde no es necesario que la persona esté presente porque lo que necesitan es equilibrar su alma, mas no su cuerpo.

3.7.3 Eficacia de las terapéuticas caseras.

Los curanderos y algunos miembros de la familia mencionan la existencia y la utilidad de las plantas medicinales, con lo que se evita la compra de medicamentos de venta libre como primera línea dentro de lo que se conoce como autoatención. La eficacia de estas hierbas es comprobada, pero no explicada. (Pedersen, 1988). Algunas terapias guardan relación con efectos físicos de la materia, como la extracción de calor mediante paños de vinagre, o frote del sapo, por expulsión mediante la transpiración, y con baños para el calentamiento. Al usar algunas hierbas, es preciso identificar el órgano afectado y el malestar presentado. Estas plantas son utilizadas bajo la indicación del curandero o por el conocimiento empírico que un individuo tiene de ellas y sus propiedades medicinales. En el último caso, son saberes adquiridos a partir de experiencias heredadas del grupo social o del círculo familiar. (Cuvi, 2010)

3.7.4 Eficacia simbólica desde las distintas perspectivas teóricas.

Dentro de la eficacia simbólica de la medicina tradicional, está el uso de la señal de la cruz, de estampillas de vírgenes o santos durante el tratamiento de curación. En estas prácticas, también se invocan a figuras míticas mediante rezos o pensamientos en grupos de oración, según la explicación de: Csordas, (1994) “La cura adquirida se manifiesta al mejorar el estado emocional y somático” (...). Además de lo expuesto, la fe toma un papel importante dentro del tratamiento de la enfermedad. Gran parte de la eficacia del proceso de curación depende de la confianza y seguridad que el paciente le tiene al curandero o al médico que va a indicar qué tratamiento seguir.

3.8 Aproximación a la Enfermedad Pélvica Inflamatoria

La Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) es la infección del tracto genital superior en las mujeres que involucra al útero, las trompas de Falopio, y los ovarios. La enfermedad pélvica inflamatoria no solo tiene como consecuencias problemas biológicos, sino también de tipo social, laboral y hasta en el ámbito económico. (Herrera, Gaus, Troya, Obregón, Guevara y Romero, 2016).

La etiología en el 85% de los casos de EPI son patógenos de transmisión sexual comunes, como *Chlamydia* y la *Neisseria*; y con menos frecuencia, por la *gardnerella vaginalis*, *streptococcus agalactiae*, *haemophilus influenzae*. Menos del 15% de los casos no fueron transmitidos por vía sexual, sino por colocación de DIU, duchas vaginales o por procedimientos quirúrgicos genitales previos (Peláez, 2012). La adolescencia es la

etapa más propensa para padecer EPI; esta enfermedad prevalece en mujeres entre 25 y 45 años de edad y disminuye en aquellas que tienen de 50 años en adelante. (Hernández, 2010)

La Enfermedad Pélvica Inflamatoria se presenta a través de varios síntomas, en el 95% de los casos, el más común es el dolor abdominal que suele localizarse en los cuadrantes inferiores. Este puede presentarse de forma bilateral y con una intensidad variable que aumenta con el coito (Román, 2009). En el 55% de los casos, también se pueden presentar otras molestias, como el dolor tras la movilización del cérvix, útero o anexos, durante el examen ginecológico. Aproximadamente, el 75% de las pacientes tienen leucorrea; por lo cual, pueden tener sangrado genital anormal, fiebre, náusea, vómito o dispareunia. Tabla. 1. Las mujeres con Chlamydia tienden a padecer otras afecciones, como salpingitis y, como secuelas de la enfermedad, se presentan adherencias y hasta infertilidad (Simms, 2003)

La Enfermedad Pélvica Inflamatoria se clasifica: según su evolución clínica en aguda y crónica; por su etiología en endógeno o exógena; por su origen primario o secundario; por los estadios clínicos en salpingitis, endometritis, absceso tubo-ovárico o peritonitis difusa. (Larraburo, 2014)

La EPI aguda dura menos de 30 días, el diagnóstico es clínico. La infección se produce por ascensión de microorganismos, desde el cuello del útero o desde la vagina al endometrio, trompas y anexos. Por el contrario, la EPI crónica dura más de 30 días y se produce por micobacterium tuberculosis o alguna de las especies de actinomicas. Esta

presenta dolor pélvico recurrente crónico y estos síntomas son más comunes luego del primer episodio. (Robert, 2015). La sensibilidad del diagnóstico clínico es del 65 al 90%; pero, debido a las secuelas graves que se pueden producir si el tratamiento se retrasa o no se da, este diagnóstico presuntivo es suficiente para justificar la terapia antimicrobiana empírica para la EPI. Incluso, los pacientes cuyos resultados son un mínimo o sutil indicio de esta infección deben sometidos a un tratamiento para evitar las posibles consecuencias de la enfermedad (Saona, 2007)

Tabla 1

Criterios de Hager

Criterios Clínicos para el diagnóstico de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria
Mayores:
<ul style="list-style-type: none"> - Dolor a la lateralización del cérvix - Dolor a la palpación de hipogastrio - Anexos dolorosos a la palpación
Menores:
<ul style="list-style-type: none"> - Secreción purulenta por el cérvix - Temperatura de 38°C o más - Presencia de masa en examen físico o en ecografía - Leucocitosis más de 10500/mm³ - VSG más de 15 mm/hora - Colonización cervical por Chlamydia o Gonococos

Elaborado por: Jazmín Bello y Gabriela Villavicencio.
Fuente: (Baquedano M et al 2014).

El diagnóstico y tratamiento oportuno de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria, en la mayoría de los casos, reduce los riesgos de las complicaciones. Sin embargo, no siempre se pueden evitar las secuelas de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria. Se presume que las adherencias y cicatrices que deja la infección son la causa del dolor abdominal crónico, la infertilidad y la posibilidad de un embarazo ectópico. Estas condiciones de salud representan para las pacientes el incumplimiento de sus roles personales normales (Pacheco J, 2015). El conocimiento es el factor principal para protegerse de la EPI; por esta razón, es importante mantener una conducta preventiva mediante controles médicos adecuados, cuidados luego de un procedimiento quirúrgico genital, entre otros. Del mismo modo, es importante conocer las causas, efectos y las consecuencias en la salud que puede dejar esta enfermedad.

La Enfermedad Pélvica Inflamatoria afecta, altamente, a la salud y provoca consecuencias significativas en el ámbito: personal, familiar, laboral, social, y económico (Delgado, 2015). Si esta no es tratada a tiempo, puede causar infertilidad y este efecto se presenta en 1 de cada 10 pacientes con EPI leve aguda. También, puede provocar un incremento de embarazos ectópicos, a partir de los cuales el 99% de las pacientes quedan con dolores pélvicos crónicos. Estas afecciones requieren que la paciente siga un tratamiento intravenoso que demandan de más días de hospitalización, de acuerdo con los datos proporcionados por el Colegio Americano Obstetricia y Ginecología. (ACOG, 2016)

3.9 Casos de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria en el mundo y en el Hospital Pedro Vicente Maldonado.

La Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EPI) es un problema de salud a nivel mundial. Esta es una de las causas principales de muerte en mujeres de edad fértil y que tienen una vida sexual activa. Las creencias ancestrales son factores de riesgos que conducen a la EPI; esto se debe a que muchas mujeres, por sus costumbres, se aplican duchas vaginales con componentes no indicados que resultan dañinos para la salud. (Rendón, 2013). La mujer, cuya vida es sexualmente activa, corre el riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual (ITS). De acuerdo con las estadísticas, se estima que diariamente 685.000 personas se contagian de estas enfermedades y que, cada año, se presentan aproximadamente 330.000.000 nuevos casos de las mismas (OMS, 2015)

En los Estados Unidos, la enfermedad inflamatoria pélvica representa, aproximadamente, 106.000 consultas externas y 60.000 hospitalizaciones por año. El tratamiento de cada mujer diagnosticada con EPI cuesta alrededor de USD 2.000, esta cifra puede ascender a USD 6.000 si la paciente presenta dolor pélvico crónico (Hechavarria, 2015). Por su parte, las mujeres de los países en vías de desarrollo presentan mayor riesgo debido a que, aproximadamente, el 85% del total de la población es sexualmente activa; lo que aumenta el riesgo de contraer esta enfermedad. (Naranjo, 1995)

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC (2010), Pedro Vicente Maldonado tiene una población de 12.924 mil habitantes; de los cuales 7.967 mil

son mujeres y 1.843 mil son mujeres en edad fértil. Según los reportes de la misma institución, en el servicio de ginecología, existen 47 mujeres con diagnóstico de EPI desde los meses de enero a noviembre. Mientras que, en el servicio de medicina familiar 100 mujeres fueron diagnosticadas con EPI en los meses de junio a noviembre del 2016. (Base de datos de Hospital Pedro Vicente Maldonado, 2016)

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1 Perspectiva epistemológica

Cabe mencionar que normalmente se manejan 2 perspectivas teóricas: el positivismo (realidad objetiva) y la fenomenológica. La perspectiva epistemológica usada fue la fenomenológica, la misma que surge a finales del siglo XVIII y comienzo del XIX; considerando a Edmund Husserl como el fundador de esta escuela; quien refiere que es el estudio de los fenómenos de la manera en que son experimentados, vividos y percibidos por el hombre; intentando ver las cosas desde el punto de vista de otras personas mas no de los autores. (Bolio, 2012)

La fenomenología nace de la necesidad de explicar y comprender una realidad social observada en un grupo; desde el punto de vista fenomenológico la primera etapa es la descripción lo más completa posible que refleje la realidad a través de la observación directa para investigar más del campo a estudiar, un diálogo o entrevista en profundidad para reconocer los términos y los síntomas que servirá de guía para la entrevista semiestructurada que ayudará con las representaciones y posterior a eso se realizará la recolección de datos generales e interpretará las entrevistas individuales bajo el análisis del discurso. (Taylor & Bogdan, 1986)

4.2 Diseño metodológico

El enfoque metodológico usado es de tipo cualitativo; ya que lo que se busca es comprender las representaciones sociales y este permite identificar creencias, prácticas y valores sociales que surgen con la forma de pensar y actuar de cada individuo en un grupo determinado. Lo cualitativo sirve para recolectar, interpretar y analizar de forma concreta los aspectos significativos relevantes de las conductas del grupo; los mismos que captan del lenguaje o del discurso de otras personas. Se utilizó el método etnográfico para comprender los comportamientos de la sociedad o de un grupo de personas; el mismo que se basa en la observación y posterior análisis de los significados culturales compartidos. (Monje, 2011)

4.3 Nivel tecnológico

4.3.1 Tipo de instrumento

Se usó la entrevista para la recolección de datos. La entrevista es una técnica cualitativa. En este trabajo se tomó la entrevista semiestructurada para registrar los datos observables, de una forma directa. La entrevista ocupa un lugar muy destacado dentro de las técnicas aplicadas ya que es una de las más utilizadas. Las preguntas desarrolladas fueron acerca cuánto saben las mujeres acerca de la enfermedad, con que la relacionan, que molestias presentan, cuales son las elecciones de tratamientos (Sanmartín, R. 2000).

En la entrevista se documentó todos los aspectos a tratar, se realizó a mujeres en edad fértil que acudieron a la consulta externa del Hospital Pedro Vicente Maldonado y que alguna vez presentaron un diagnóstico de EPI. La entrevista se realizó en un consultorio de la misma institución, en un ambiente sin interrupción que brindó tranquilidad y mejor apertura de las informantes.

4.3.1.1 Entrevista semiestructurada

Se determinó con anticipación la información relevante que se quería obtener, se realizaron preguntas mixtas alternando preguntas estructuradas y espontáneas abiertas, dando apertura a recibir una serie de respuestas, e ir entrelazando temas, profundizando características específicas del informante (Pérez, 2009). En esta entrevista el tema de investigación fue la enfermedad pélvica inflamatoria y el objetivo fue entender de las participantes la experiencia de esta patología.

4.4 Cobertura de la investigación

4.4.1 Unidad de observación

La población a estudiar correspondió a mujeres rurales que viven o trabajan en el cantón Pedro Vicente Maldonado. Todas ellas se encuentran en edades fértiles entre los 15 hasta los 35 años de edad y, en algún momento de su vida, han presentado la Enfermedad Pélvica Inflamatoria y han acudido a la consulta externa del Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado.

4.4.2 Tipo de Estudio

Se trata de un estudio cualitativo, donde las informantes claves fueron elegidas según los criterios de Hager. La presente investigación pretende explicar y describir el comportamiento sociocultural de las mujeres de Pedro Vicente Maldonado sobre la EPI.

Criterios de inclusión:

- Mujeres rurales mayores de 15 años y menores de 36 años de edad, que se atienden en la institución y que tienen una vida sexual activa de por lo menos 6 meses.
- Mujeres en edades fértiles que presentan actualmente criterios de Hager diagnosticadas en la consulta externa.
- Mujeres que relaten historias de dolor pélvico crónico, flujo genital persistente más tratamiento refractario.

Criterios de exclusión:

- Mujeres menores de 15 años
- Mujeres mayores de 35 años
- Mujeres con edades adecuadas que presentan otros síntomas a parte de los síntomas genitales, ya que primero se debe descartar otras patologías.
- Mujeres en edades fértiles que nunca han presentado enfermedad pélvica inflamatoria.

4.5 Técnicas de análisis de la investigación

Según Daniel Prieto Castillo (1986), el análisis del mensaje rompe con las regularidades y el orden de los procedimientos usuales de tratamiento. Esto se establece con respecto a la información obtenida a través de entrevistas. El desafío esencial es construir las interpretaciones sociales sin necesidad de neutralizarlas. De acuerdo con el análisis del mensaje planteado por Prieto, se deben tomar en cuenta los siguientes procedimientos:

1. Análisis de contenido

- *Idea núcleo:* Se estima las ideas latentes o frecuentes en una conversación; los sintagmas son palabras muy similares a las ideas núcleo que son recalcados por las participantes dentro del discurso.
- *Modo de prédica:* Es de dos tipos y depende del relato; si el informante lo realiza en primera persona, es de acción y, si lo realiza en tercera persona, es de estado.
- *Grado de referencialidad:* Equivale a una referencia alta, baja o discordante de acuerdo con la relación que guarda la experiencia con las características del individuo. Es alta cuando el discurso nos acerca lo más posible a las características que el sujeto tiene fuera del discurso; baja, cuando nos ofrece apenas algunas de esas características y distorsionadas cuando nos dice o nos muestra notas que corresponden al sujeto.

4.5.1. Tipos de Representaciones

Al tomar en cuenta que las representaciones son explicaciones del sentido común, por tal motivo se consideran que hay varios tipos nombradas por Perera Maricela (2003):

Hegemónicas: son las típicas con un alto grado de consenso entre los miembros que colaboraron para extraer la representación.

Emancipadas: Aquellas que no tienen un carácter uniforme ni hegemónico, se extraen de subgrupos específicos, que son los transmisores de nuevas formas de pensamiento social.

Polémicas: Se obtienen de grupos que tienen generalmente situaciones de conflictos o controversia social, en relación a hechos o al objeto social y por tal motivo expresan formas de pensamientos divergentes o diferentes entre sí.

Tabla 2:

REPRESENTACIONES SOCIALES



Elaborado por: Jazmín Bello y Gabriela Villavicencio.
Fuente: Análisis de mensajes, Prieto Daniel, 1994

4.6 Análisis ideológico

La ideología puede hacer referencia a un cuerpo sistemático de ideas articulado por un grupo específico de personas. Se usa este término para indicar cómo algunos textos y prácticas culturales presentan imágenes distorsionadas de la realidad. La ideología presenta un código interpretativo a un dispositivo generador de juicios, percepciones, actitudes. Además, esta puede gozar de un estatus de indiferenciación social que interviene sobre las producciones cognitivas del conjunto social. Constituye una condición de producción de representaciones sociales a través de las cuales se transmiten creencias, ideologías e incluso comportamientos sociales. (Thompson, 1988)

Según Prieto (1988), las ideológicas se denominan ahora simbólicas o culturales. En cualquier caso, se usa el término “ideología” para referirse a las formas ideológicas, ya que no existe mensaje que no posea una carga cultural e ideológica.

Se realizó el análisis ideológico tomando en cuenta las características del discurso. Hay valores superiores a otros y es a partir de esa diferencia como pudimos juzgar lo que nos ofrecen los mensajes clasificarlo de la siguiente manera:

- Uniacentualidad significativa: cuando el mensaje se cierra sobre sí mismo, por medio de redundancias busca dejar en el perceptor una única interpretación.
- Apelación a experiencias decisivas: cuando determinada experiencia ha marcado profundamente al individuo de tal manera que interfieren en su mensaje. Se observa una fuerte orientación ideológica determinada por dicha experiencia.
- Visión polarizada de la realidad: los temas tratados en los mensajes aparecen sin matices o están en un extremo o están en otro.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1 Descripción etnográfica del Cantón de Pedro Vicente Maldonado

El cantón Pedro Vicente Maldonado, es una entidad territorial subnacional ecuatoriana, ubicada al noroeste de la Provincia de Pichincha, a 116 km de Quito. Su cabecera cantonal es la ciudad de Pedro Vicente Maldonado, lugar donde vive la mayor parte de su población que comprende aproximadamente, 12.924 habitantes, de acuerdo a los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, *INEC (2010)*.



Imagen 1: Fotografía de la calle principal del cantón Pedro Vicente Maldonado

Fuente: Herrera Diego, Guevara Alicia, Toala María: Revista “Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado”, Conmemorativa de los 17 años de SALUDESA en el Ecuador, núm. 1; vol. 1, Diciembre 2013, p3–8.

El patrimonio territorial de Pedro Vicente Maldonado corresponde a 656.50 kilómetros cuadrados de superficie. En este territorio se encuentran más de treinta recintos y centros poblados distribuidos en toda el área perteneciente al cantón. Entre los más importantes están: Simón Bolívar, Diez de Agosto, Álvaro Pérez, San Vicente de Andoas, San Juan de Puerto Quito, Nueva Aurora, Paraíso Alto, Paraíso Bajo, La Célica, El Cisne, Pachijal. 15 de Mayo, Los Laureles, Brisas del Guayllabamba, Salcedo Lindo, Konrad Adenauer, Barrio Lindo y Monte Olivo. (Gobierno autónomo descentralizado, Municipal del cantón de Pedro Vicente Maldonado [G.A.P Mun. PVM], 2014-2015).



Imagen 2: Mapa a escala del cantón de Pedro Vicente Maldonado
Fuente: <http://www.pedrovicentemaldonado.gob.ec/images/micanton/map.png>

Pedro Vicente Maldonado limita: al norte, con la provincia de Imbabura; al sur, con el cantón San Miguel de los Bancos y la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas; al este, con el cantón San Miguel de los Bancos y el Distrito Metropolitano de Quito y al oeste, con el cantón Puerto Quito. El clima de Pedro Vicente es cálido húmedo; mantiene un promedio de 16°C, no registra mayores cambios de temperatura, pero sí relativas variaciones en los meses de febrero, marzo, abril y mayo donde la temperatura puede llegar a los 25° C. (Egüez, 2010).

Según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, *INEC* (2010), en este cantón habitan 4.957 son hombres y 7.967 mujeres, de las cuales 1.843 mil se encuentran en edad fértil. La mayoría de la población se identificó como mestiza y cuentan con sistema de comunicación que es, sobre todo, el servicio de telefónicas. Las calles principales de Pedro Vicente se encuentran adoquinadas y algunas de ellas cuentan con servicio de alcantarillado. La mayoría de los habitantes disponen de agua potable; sin embargo, existen pocas localidades en donde todavía los pobladores usan el agua de pozo o del río.

En cuanto se refiere al transporte público, existen cinco cooperativas de buses que atraviesan la ciudad. Estas líneas de transporte tienen acceso a las vías de primero y segundo nivel, posterior a ello los habitantes deben caminar hasta su domicilio. Con respecto a la educación, Pedro Vicente Maldonado cuenta con varias instituciones, entre ellas dos colegios públicos, dos escuelas públicas y una institución privada. Este cantón es una zona dedicada a la agricultura, en especial, de productos como el palmito, palma

africana, caña de azúcar, bambú, cacao y maní. Otra de sus fuentes de ingreso es la ganadería y el turismo ecológico, ya que este es un destino atractivo para turistas nacionales e internacionales. (Gobierno autónomo descentralizado, Municipal del cantón de Pedro Vicente Maldonado [G.A.P Mun. PVM], 2014-2015).

El cantón Pedro Vicente Maldonado posee una topografía ligeramente ondulada, y sus niveles altimétricos tienen un promedio de 620 metros sobre el nivel del mar. Entre los ríos más importantes están: Guayllabamba, Caoní, San Dimas, Jordán, Pizará, Pachijal, Guadalupe, Sábalo, Silanchi, Cristal, Achiote, entre otros. En el cantón existen 6 cascadas que son los principales atractivos turísticos del cantón y cuyos nombres son: Las Tinas, Laguna Azul, Cascadas Verdes, El Salto del Tigre, Tatalá, Cascada del Río Achotillo. (Gobierno autónomo descentralizado, Municipal del cantón de Pedro Vicente Maldonado [G.A.P Mun. PVM], 2014-2015)

Con respecto a la salud, el cantón cuenta con el Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado en donde se realizó el presente estudio. Este hospital se ubica a tres cuadras de distancia del Sub Centro de Salud que forma parte del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, que dispone de 4 consultorios médicos, donde se atienden consultas externas sin emergencias. Las unidades médicas más cercanas al Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado que también forman parte del Ministerio de Salud Pública son: el Sub Centro de Salud, en Nanegalito; Centro de Salud Tipo C, en Puerto Quito y el Centro de Salud ubicado en San Miguel de los Bancos. Por su parte, el Seguro Campesino también tiene

distribuidos Sub Centros de Salud en sectores aledaños que cuentan con un médico rural y una persona encargada del área de enfermería.

5.1.1 Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado

La fundación del Hospital de Pedro Vicente Maldonado surge cuando el Dr. David Gaus especialista en Medicina Familiar decide viajar a Ecuador. En este país, Gaus brindó servicio de salud con un consultorio rural, pero sufrió una mala experiencia al ver fallecer a un niño mordido por una serpiente durante el traslado de Pedro Vicente hasta Quito. En 1996, junto con el Padre Hesburgh fundan Salud y Desarrollo Andino SALUDESA con la finalidad de ofrecer atención médica integral y auto sostenible en las zonas rurales.



Padre Hesburg junto al presidente Noboa.

Imagen 7: Fotografía del Padre Hesburg con Dr. Gaus y junto al ex presidente Noboa Herrera Diego, Guevara Alicia, Toala María: Revista “Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado”, Conmemorativa de los 17 años de SALUDESA en el Ecuador, Núm. 1; Vol. 1, Diciembre 2013, p3 – 8.

El Ministerio de Salud pública contaba con un Centro de Salud desde los años 90. Este era atendido por un médico de planta y un médico rural, existía también el Centro de Salud de la Fundación FASCA del Dr. Vicente Hidalgo y dos consultorios médicos privados. Mientras que las emergencias médicas eran tratadas en el Centro de Salud Padre Damián en la Independencia, en el Km. 48. El 6 de diciembre del 2000, se inauguró el Hospital Pedro Vicente Maldonado, ubicado en la calle Manuel Córdova Galarza y 26 de septiembre y presta atención de varias especialidades, además cuenta con el servicio de ecografía, rayos X, laboratorio clínico y de investigación; se realizaron cirugías laparoscópica, siendo una de las primeras cirugías ejecutadas en zonas rurales en el Ecuador. Actualmente presta servicios para la formación de médicos postgrado en zonas rurales en Latinoamérica. (Herrera et al, 2013).



Imagen 8: Fotografía del hospital Docente Pedro Vicente Maldonado
Herrera Diego, Guevara Alicia, Toala María: Revista “Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado”, Conmemorativa de los 17 años de SALUDESA en el Ecuador, Núm. 1; Vol. 1, Diciembre 2013pp 3 - 8

5.2 Personal médico del Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado

Los profesionales de planta en salud del Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado son médicos posgradistas que cumplen con las pasantías de medicina familiar. Estos profesionales se encargan de los servicios de consulta externa, hospitalización y de emergencia y están bajo la supervisión de un médico familiar e internista. Entre las especialidades que brinda esta casa de salud en consulta externa están: pediatría, cirugía general, urología, endocrinología, traumatología, dermatología, gastroenterología, ginecología, neurología, oftalmología, otorrinolaringología. Además, el hospital también cuenta con profesionales especialistas en odontología, ecografía y radiografía y laboratorio clínico.

5.3 Mujeres que acuden a consulta externa

La mayoría de las mujeres que acuden al Hospital de Pedro Vicente Maldonado tuvieron partos atendidos en sus domicilios. La mayoría de ellas, alimentaron a sus hijos con leche materna exclusiva hasta los 3 meses de edad; mientras que algunas, por motivos de trabajo, tuvieron que privar a sus hijos de la lactancia tempranamente. Estas mujeres cuidan y dedican mucho tiempo a sus hijos hasta por lo menos el 1er año de edad. Después de este tiempo, los niños quedan a cargo de las hermanas mayores que, por lo general, son adolescentes, las mismas que aprenden las labores domésticas a temprana edad, aproximadamente, a los 6 años. (Herrera, 2011)

Desde los 10 años de edad, presentan el desarrollo de los caracteres sexuales y la menarquia. Además de ser las cuidadoras de sus hermanos menores y realizar trabajos domésticos, inician también con el trabajo en el campo. Estas mujeres tienen su primera relación sexual a partir de los 12 años, lo que aumenta también el riesgo de embarazos tempranos o no deseados. Esto, a su vez, conlleva a otro problema: muchas de ellas dejan sus estudios incompletos; por esta razón, es escasa la población que sí cuenta con estudios superiores. En cuanto a la planificación familiar, la realizan luego del primero o segundo hijo. (Verdezoto, 1992)

Por el cuidado que demandan los hijos y por la falta de preparación académica, muchas de las mujeres se quedan como amas de casa. Además de ellas, un grupo grande de mujeres también se dedica a trabajar en empresas de palmito, palma africana o de conservas; mientras que otras son comerciantes ambulatorias. Las pocas mujeres que cuentan con estudios superiores se decían, por lo general, a la docencia en instituciones cercanas. Es preciso tomar en cuenta que no todas tienen una jornada laboral de ocho horas, algunas trabajan más y, muchas veces, no tienen tiempo ni permiso para acudir a una casa de salud cuando presenta molestias graves o muy intensas. (Herrera, 2011)

5.4 Descripción de los resultados de las informantes clave

Después de brindar la información pertinente a las pacientes, explicar los propósitos de nuestro estudio y obtener el consentimiento informado. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, en las cuales se refleja el contexto de las representaciones sociales con respecto a la EPI. Este universo de 30 mujeres en edad fértil, fue obtenido de la consulta externa con el diagnóstico de EPI en el año 2016.

La entrevista que se realizó a las mujeres que fueron sujeto de estudio contiene 15 preguntas, las cuales incluían las siguientes variables: procedencia, edad, instrucción, estado civil y ocupación. Las respuestas correspondientes a las preguntas 8, 9, 10, 11, 14 y 15 fueron utilizadas para hacer un análisis de carácter cualitativo sobre las representaciones sociales que tienen sobre la Enfermedad Pélvica Inflamatoria. En el momento de la entrevista, se utilizaron otros términos para mejorar la comprensión de las entrevistadas con respecto al tema de estudio, por ejemplo, a la EPI se la llamó “Enfermedad del útero y los ovarios”.

A continuación se describe ciertas características de las informantes:

Tabla 3

Características de las informantes

CARACTERÍSTICAS	TOTAL		TOTAL
EDADES		OCUPACIÓN	
15 – 24 años	15	Q.Q.D.D	11
25 – 35 años	15	Obrera	8
INSTRUCCIÓN		Secretaria	2
Primaria	10	Estudiante	2
Secundaria	17	Comerciante	2
Superior	3	Servidora	2
		Público	
ESTADO CIVIL		Profesora	1
Solteras	10	Costurera	1
Casada o U. libre	20	Enfermera	1

Elaborado por: Jazmín Bello y Gabriela Villavicencio, 2016

Fuente: entrevista a las participantes

Las preguntas de la entrevista fueron agrupadas alrededor de seis categorías tal como se muestra en la tabla 4, además se describen en la misma, las ideas núcleo, el modo de prédica el grado de referencialidad, la ideología predominantemente y el tipo de representación en función de la literatura.

Tabla 4**Análisis del discurso**

	CATEGORÍAS	IDEA NÚCLEO	MODO DE PREDICA	GRADO DE REFERENCIA	IDEOLOGÍA	TIPO DE REPRESENTACIÓN
1	Conocimientos de los problemas de las enfermedades vaginales	Son molestosas	Acción	Alto grado	Apelación a experiencias decisivas	Consolidada
2	Causas de las infecciones genitales de las mujeres	Mal aseo genital	Acción	Alto grado	Apelación a experiencias decisivas	Consolidada
3	Creencias sobre las molestias causadas por problemas de salud originadas en el útero y los ovarios	Síntomas de los genitales de la mujer	Acción	Alto grado	Uniacentualidad significativa	Consolidada
4	Percepción de la gravedad de las molestias de los problemas del útero y los ovarios	Cáncer más infertilidad	Acción	Bajo grado	Uniacentualidad significativa	Crecimiento
5	Prácticas curativas para tratar los problemas de salud relacionadas con los genitales	Medios ancestrales	Acción	Bajo grado	Uniacentualidad significativa	Crecimiento
6	Denominaciones autónomas para explicar los problemas de salud de los genitales a otras personas	Inflamación e infección de la mujer	Acción	Bajo grado	Uniacentualidad significativa	Crecimiento

Elaborado por: Jazmín Bello y Gabriela Villavicencio, 2016

Fuente: entrevista a las participantes

5.4.1 Conocimientos de los problemas de las enfermedades vaginales

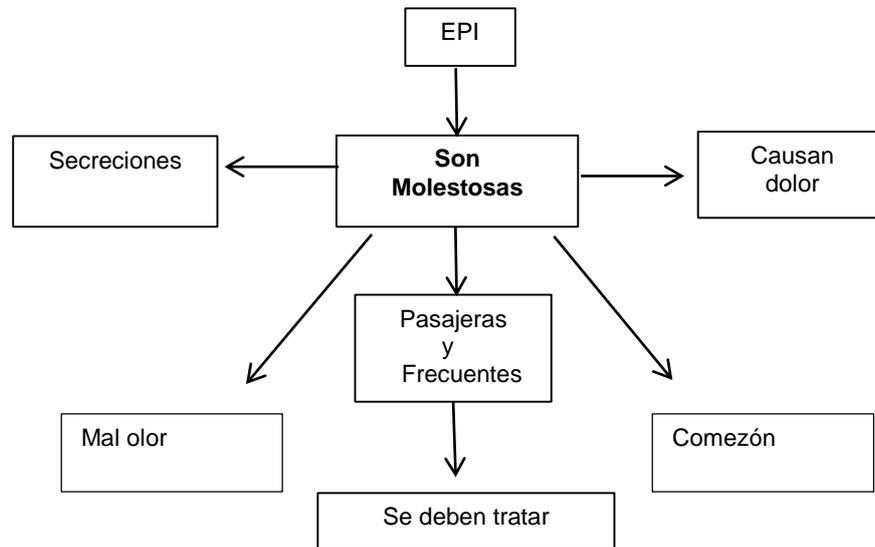


Figura 1. Categoría 1. Conocimiento de las enfermedades vaginales

Autoras: Jazmín Bello / Gabriela Villavicencio

Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2016

La idea núcleo de esta categoría está relacionada con el hecho de que las manifestaciones de la EPI son molestosas. Las mujeres tienen conocimiento de esta enfermedad e identificaron los signos y síntomas de este problema de salud.

“Es algo molesto porque empieza con un olor feo y empieza a salir secreción pero no normales sino con olor y empieza con picazones” informante 2.

De igual manera, lo manifiesta la informante 3, que señala que estas infecciones “Son perjudiciales, todas dan secreciones de diferentes olores y dan muchísimo dolor”.

Señalaron que las molestias de estas enfermedades vaginales se dan por la presencia de secreción vaginal, mal olor, picazón, dispareunia y dolor pélvico. También, expresaron que son frecuentes, pasajeras como lo indicó la informante 7: “Ah las infecciones son frecuentes es que eso hasta por no cambiarse de ropa seguido se dan”.

Las mujeres entrevistadas señalaron la necesidad de tratamiento de estas enfermedades. “Bueno sé que los remedios caseros mejoran la enfermedad rápido pero si hay dolor debemos ir al doctor o a la farmacia para que nos den algo y mejorar”, menciona la informante 17.

Esta opinión también la comparten otras informantes, como la entrevistada 18, quien señala que: “Esas enfermedades son difíciles de retirar del cuerpo porque mientras una tiene la medicación mejoramos pero luego vuelven los síntomas”.

Este tratamiento puede ser de tipo “natural”, pero también reconocen que hay un tratamiento “médico”.

En el análisis del discurso se identifica un modo de predica de acción, con un alto grado de referencialidad. Por lo tanto se trataría de una representación social consolidada.

5.4.2 Causas de las infecciones genitales de las mujeres

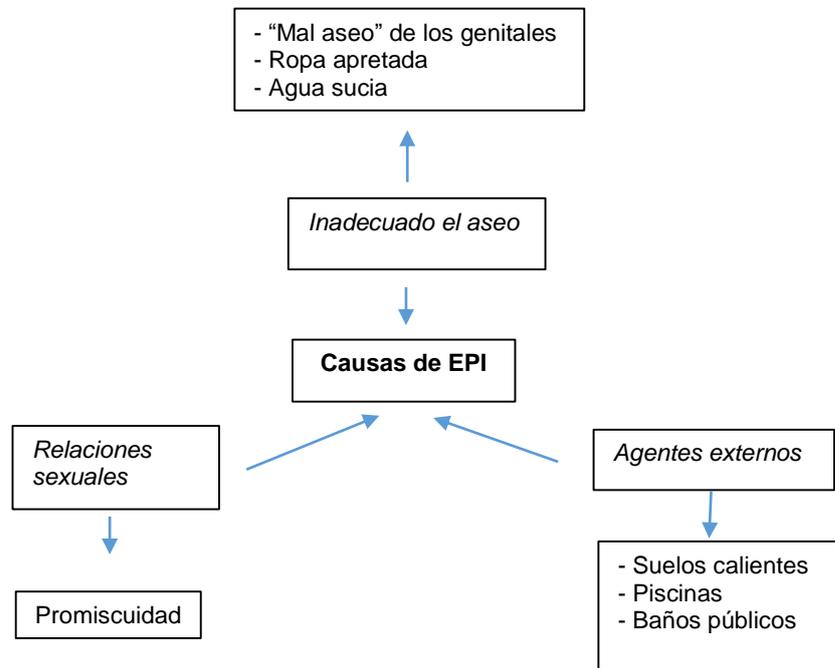


Figura 2. Categoría 2. Causas de las enfermedades vaginales

Autoras: Jazmín Bello / Gabriela Villavicencio

Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2016

La idea núcleo sobre las posibles causas de la infección vaginal se agrupa en el “mal aseo de los genitales”. La informante 2 señaló: “Mi esposo como le gusta el campo va y de pronto no se asea bien eso pienso”. Del mismo modo, las demás mujeres también relacionaron esta enfermedad con el desaseo; es así que la entrevistada 17 indicó: “El mal aseo indudablemente y cuando uno se sienta en los baños desaseados por eso yo nunca me siento en eso baños sucios”. Las entrevistadas determinaron como principales variables al agua no hervida, ropa apretada y la falta de aseo después del acto sexual. A esta lista de las

causas de infección se suma el hecho de consumir un acto sexual durante la menstruación, como señalaron las informantes durante las entrevistas realizadas.

Yo me he fijado a mí me da cuando me pongo ropa interior muy chica o ropa muy apretada al otro día fijo que me da por eso es malo compartir la ropa interior de uno, y además no poner el agua a hervir o tener relaciones durante la menstruación no ve que la menstruación son los desechos de nuestro interior y si uno tiene en ese estado pues es como que todo se regresa y se queda en nuestro cuerpo.

(Informante 12)

Por lo que uno a veces no se asea bien, por lo que se usa ropa muy apretada, por lo que a veces uno no se pone la ropa interior adecuada, porque se dice que por lo general tiene que ser de algodón y a veces el agua también, lo que se utilizan muchos jabones íntimos que no contengan Ph, por eso, a veces también puede ser por lo que la pareja este contagiada de algún hongo de algo y uno tiene relaciones con esa pareja.

(Informante 1)

También, se manifiestan otras causas de contagio de la enfermedad pélvica inflamatoria, la mayoría referentes a factores externos como: piscinas, baños públicos o por sentarse en la piedra del río. La informante identificada como 4 sostiene que el contagio de esta infección vaginal se da por “meterse a piscinas, sentarse en suelos muy calientes, contagio de la pareja”. Igualmente, las demás mujeres entrevistadas manifestaron sus opiniones sobre cómo se produce el contagio de EPI.

Lo produce el usar agua sin hervir para el aseo, además una siempre debe lavarse las partes íntimas por lo menos unas tres veces al día si no sirve no ve que uno suda y en los genitales se acumula como un sebo; y es malo sentarse en las piedras de los ríos se suben las larvas de insectos. (Informante 18)

Es evidente la asociación que existe entre esta infección vaginal y el desaseo. Este panorama se relaciona profundamente con el discurso higienista impartido por la medicina, debido a que la idea de suciedad gira alrededor de enfermedades y hasta de la sexualidad.

El mal aseo genital, el tener relaciones durante la menstruación porque la sangre es de mal olor, y no asearse luego de las relaciones, y tal vez que el hombre no se lave bien cuando ha sudado mucho o viene de jugar un deporte. (Informante 20)

La concepción de la suciedad como causa de la enfermedad se considera también durante las prácticas sexuales, como se puede apreciar en la cita anterior. Esto, a su vez, refleja la presencia de ideas moralizantes que se crean alrededor de la actividad sexual.

Dentro del análisis del discurso, se identifica un modo de prédica de acción y con un alto grado de referencialidad, lo que lleva a comprender a esta idea como una representación social consolidada.

5.4.3 Creencias sobre las molestias causadas por problemas de salud originadas en el útero y los ovarios.

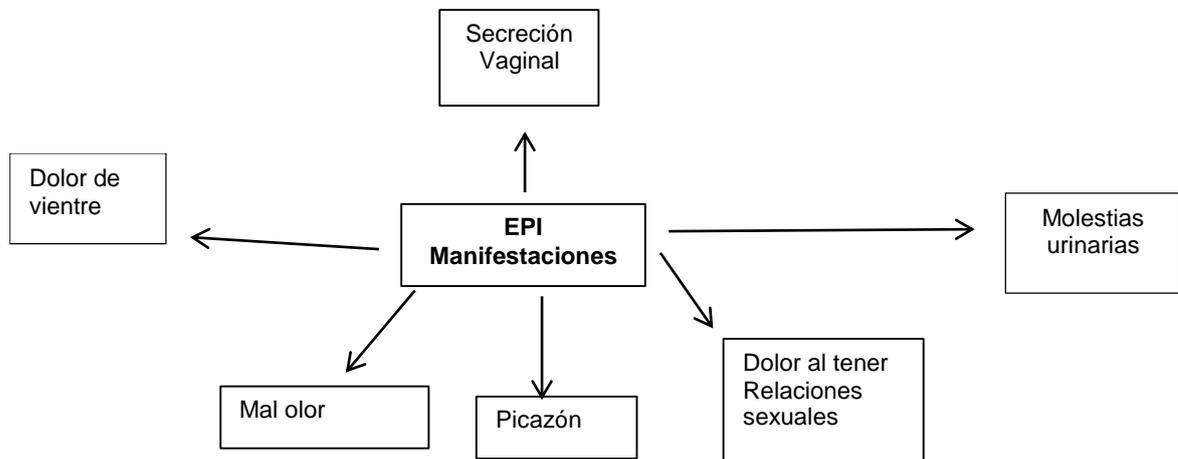


Figura 3. Categoría 3. Molestias de las enfermedades vaginales

Autoras: Jazmín Bello / Gabriela Villavicencio

Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2016

La idea núcleo se caracteriza por que las molestias de esta enfermedad se dan en los genitales de la mujer. La lectura de las entrevistas es que la mayoría de las mujeres mencionó que las principales afecciones son: secreción vaginal y de mal olor, picazón y dolor. Varias de las informantes también mencionan el ardor al orinar como una de las molestias de esta enfermedad. Sin embargo, es preciso mencionar que este no es uno de los síntomas de la enfermedad pélvica inflamatoria.

“Pues con picazón, molestias al orinar, la orina es de muy mal olor muy concentrada y fuerte, con secreción que mancha el interior pero la secreción es de mal olor con colores amarillos como verdes a veces”, señala la informante 12.

La mayoría de las mujeres reconocen los síntomas de la EPI; sin embargo, existe confusión al creer que las manifestaciones de esta enfermedad se asocian a síntomas de infecciones urinarias. “Secreción de mal olor, mal de orina, dolor de vientre”, indica la informante 7. En las entrevistas realizadas, las mujeres reflejan su creencia de que la enfermedad pélvica inflamatoria tiene relación con la infección de vías urinarias. Es así que acuden a una casa de salud en busca de un tratamiento para la infección y no porque puede tratarse de una enfermedad de transmisión sexual. La percepción de la enfermedad deja de ser relevante para el discurso médico.

El análisis del discurso tiene modo de prédica de acción y un alto grado de referencialidad; como resultado, se puede determinar que esta es una representación social consolidada.

5.4.4 Percepción de la gravedad de las molestias de los problemas del útero y los ovarios

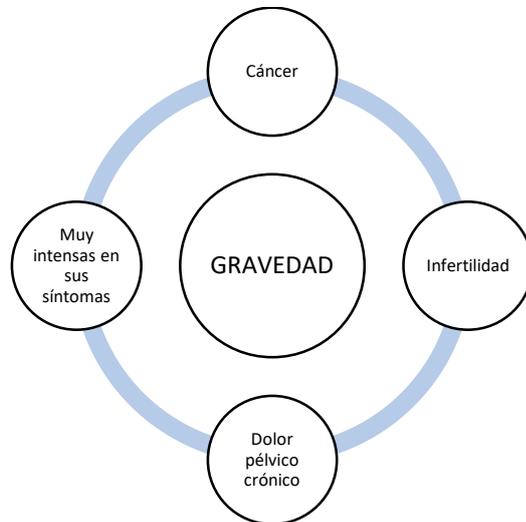


Figura 4. Categoría 4. Percepción de la gravedad de las enfermedades vaginales

Autoras: Jazmín Bello / Gabriela Villavicencio
Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2016

La idea núcleo está relacionada con el hecho de que la enfermedad pélvica inflamatoria es grave porque pueden causar cáncer e infertilidad. La mayoría de las respuestas obtenidas en las entrevistas manifestaron que las molestias de esta enfermedad son graves y pueden originar complicaciones irreversibles. La informante identificada como 2 señaló que: “Siento que me puede causar hasta cáncer no sé, una enfermedad grave y no poder tener hijos”. La gravedad de la enfermedad la relacionan con la intensidad del dolor que ellas presentan y la persistencia de los síntomas. El dolor intenso y constante es una característica crónica de la enfermedad investigada, es así que la informante 11 precisó que estas enfermedades son “muy graves porque dan cáncer y el problemas es que

duelen muchísimo”. Otro de los síntomas que puede persistir es la secreción vaginal, de acuerdo con lo que señala la informante 15: “Dejan secreciones que duran por siempre porque una se cura y después de unos días por la mínima cosita de nuevo vuelven a dar”.

La idea de lo irreversible se aprecia, pero la visión de la infertilidad y el cáncer son las consecuencias más temidas de esta enfermedad. Esto se debe a que la mujer, en la sociedad, es considerada como la que da vida, por ende, la esterilidad es concebida como una fatalidad.

En contraste a lo señalado anteriormente, varias mujeres también expresaron que la enfermedad pélvica inflamatoria no tiene ninguna repercusión en la salud. Así lo indica la informante identificada como 21, que señala que estas enfermedades “no son graves, es que es normal y luego se quita”. Esta opinión la comparte la entrevistada 12, quien precisó: “Pues que se pasan rápido no le pongo importancia”.

El análisis del discurso tiene un modo de prédica de acción y un bajo grado de referencialidad, lo que lleva a una representación social de crecimiento.

5.4.5 Prácticas curativas para tratar los problemas de salud relacionadas con los genitales.

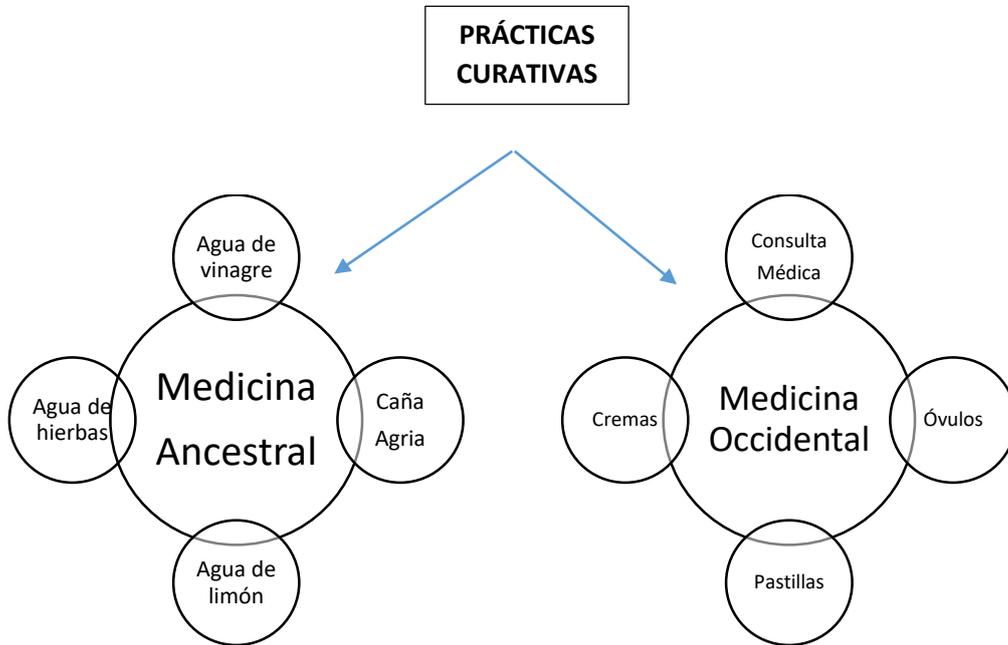


Figura 5. Categoría 5. Prácticas curativas de las enfermedades vaginales

Autoras: Jazmín Bello / Gabriela Villavicencio

Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2016

La idea núcleo está relacionada con la cura de esta enfermedad que se basa en la medicina ancestral. Los resultados fueron que las entrevistadas acuden a la medicina tradicional para tratar las molestias genitales por medio de agua de hierbas, vinagre, caña agria, agua hervida, entre otros. Así lo señaló la informante 24, que señaló: “Siempre uso agua de vinagre y a veces agua de limón”. Mientras tanto, otras mujeres utilizan cremas u óvulos, toman algún fármaco y, si las molestias incrementan y su estado de salud empeora, acuden al médico.

La automedicación se presenta frecuentemente en las mujeres entrevistadas; la informante 13 indicó: “Bien voy a la farmacia me compro óvulos que normalmente dentro de la misma tarde ya se me está mejorando”. En varias respuestas, se percibió que, cuando las mujeres no presentaron mejoría de los síntomas al asearse con alguna agua de hierbas, acuden a la farmacia. También, buscan ayuda de personas cercanas, quienes indican la colocación de óvulos o cremas a nivel vaginal. Es así que la informante 16 señaló: “Me pongo óvulos que me dan en la farmacia o ya me dieron antes donde el doctor”. Los resultados demuestran que no consultan en primera instancia con un médico por miedo a ser juzgadas o por vergüenza. Solo si las molestias continúan y los síntomas se intensifican, acuden a una casa de salud.

Este análisis del discurso tiene un modo de prédica de estado y un bajo grado de referencialidad, como resultado es una representación social en crecimiento.

5.4.6 Denominaciones autónomas para explicar los problemas de salud de los genitales a otras personas.

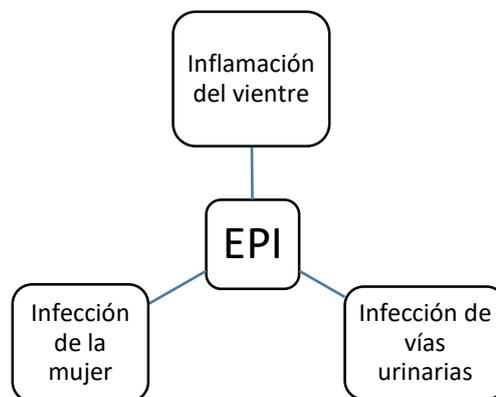


Figura 6. Categoría 6. Denominaciones de las enfermedades vaginales
Autoras: Jazmín Bello / Gabriela Villavicencio
Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2016

La idea núcleo está relacionada con términos como inflamación e infección para describir a esta enfermedad. Las mujeres entrevistadas reconocen a la enfermedad pélvica inflamatoria, especialmente, por la inflamación que se produce en el vientre, como lo señala la informante 11: “Inflamación de los órganos de la mujer”, del mismo modo, lo indica la entrevistada 12: “Infección de las partes bajas de la mujer, con inflamación de la barriga”. Además, algunas informantes la mencionan cómo la infección de vías urinarias están relacionadas a las afecciones producidas por la EPI es el mal de orina; es así que la informante 17 definió a esta enfermedad como una “infección de las vías urinarias con secreción”.

El análisis del discurso tiene modo de prédica de acción y un alto grado de referencialidad; como resultado, se determina que esta es una representación social consolidada

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

6.1 Conocimientos de los problemas de las enfermedades vaginales

Se encontró que la mayoría de mujeres poseían conocimientos previos de las enfermedades vaginales, por que describen las manifestaciones clínicas que existen en el aparato reproductor femenino, obtenido por medio de comentarios escuchados dentro de su ámbito social. Un número menor de mujeres refirió haberse informado a través del personal médico y otras desconocieron del tema. La información que tenían las mujeres entrevistadas sobre esta enfermedad la mayoría lo indicaban como algo molesto, pasajero y frecuente, lo que hace referencia a una infección vaginal. Las mujeres encuestadas desconocen el término enfermedad pélvica inflamatoria y por lo tanto no asume que se trate de un problema de salud.

Resultados similares se han obtenido en estudios en los cuales tienen conocimientos de las infecciones vaginales. Un estudio realizado en una comunidad de Santo Domingo de los Tsáchilas refiere 81% de las mujeres encuestadas considera a la secreción vaginal como infección (Yáñez, R. 2012). Esto demuestra que la mayoría de las mujeres en edad fértil, que presentan algún tipo de malestar a nivel de sus genitales, tienen la certeza de que se trataría de una infección o inflamación en su cuerpo.

6.1 Causas de las infecciones genitales de las mujeres

Nuestros resultados revelan que la mayoría de las mujeres refieren que el inadecuado aseo de los genitales es la principal causa de las infecciones en las mujeres. Sumado a este otros factores que también serían los causantes como: la ropa apretada, piscinas, baños públicos, piedras de los ríos, inadecuada ropa interior.

En un estudio realizado en una comunidad de Santo Domingo de los Tsáchilas, las mujeres indicaron conocer las causas de la secreción vaginal en un 55%; las relacionaron con el inadecuado aseo de los genitales. El 98% de mujeres se realizó aseo vaginal durante el periodo menstrual, el 7% de las mujeres lo realizó una vez al día, el 61% establece que lo hace dos veces al día y el 32% indica que se realiza más de dos veces en el mismo día. Los implementos utilizados para el aseo vaginal fueron: 47% jabón de baño o tocador, 45% jabón vaginal y el 8% con vinagre. (Yáñez, R. 2012)

Los resultados indican que no reconocen como principal factor causante de este problema de salud a las relaciones sexuales sin protección como una de las posibles causantes de sus molestias. En otro trabajo investigativo, realizado en estudiantes de medicina, se apreció que sólo un 46% supo reconocer las vías de transmisión del VIH/SIDA. (Nápoles et al. 2011). Estos datos evidencian que la percepción del riesgo es muy baja al desconocer cómo pueden adquirir una enfermedad de transmisión sexual, estos aspectos coinciden con otros trabajos realizados en diferentes países.

6.3 Creencias sobre las molestias causadas por problemas de salud originadas en el útero y los ovarios.

Dentro de nuestros resultados encontramos que las mujeres están bien claras en los síntomas y signos, que puede haber en el aparato reproductor femenino, sumado a síntomas del aparato urinario. Lo que podemos percibir fue que la percepción de la mayoría de estas manifestaciones lo toma como algo normal o una simple infección pasajera. El dolor es el síntoma que lo toman en cuenta como algo malo para preocuparse y acudir al médico.

Así mismo, en otro estudio encontramos que las mujeres describen los signos y síntomas que puede haber al existir algún tipo de infección en el aparato reproductor femenino, pero el signo que más les preocupa es la leucorrea por el miedo a tener cáncer. (Yáñez, R. 2012)

Las mujeres de áreas rurales tienen algún tipo de conocimiento sobre las enfermedades vaginales; están claras sobre las molestias que pueden presentar al tener este problema de salud; pero con la ideología de que la causante de esta enfermedad es el inadecuado aseo de los genitales, lo que influye en la toma de decisiones para la cura de estas infecciones.

6.4 Percepción de la gravedad de las molestias de los problemas del útero y los ovarios.

Los resultados encontrados fueron, que las mujeres refieren que la complicación que pueda llegar a tener por presentar molestias en el útero y ovarios, es el cáncer y la infertilidad. En varios estudios se evidencio que el principal miedo de las mujeres era el tener cáncer. (Salgado, K. 2016).

En otro trabajo investigativo, un 20% de mujeres conocían que era un preservativo. El 38% sabían que el uso del condón evita las infecciones vaginales, el 35% manifestó que no, y el 27 % expreso que no las evita. (Encalada, P., & Fernández, M. 2010).

Aún la idea de riesgo no es perceptible, al olvidar cómo se puede adquirir una enfermedad de transmisión sexual, que hacer para disminuir las complicaciones al contraer este problema de salud, realizar tratamientos inadecuados que no ayudan a la cura definitiva. Pero lo que sí está presente en la mayoría de las personas, es el miedo a la muerte, por esta razón la palabra cáncer significa muerte.

Otras de las complicaciones graves de la EPI es la infertilidad, que en la actualidad existen más casos en mujeres en edad fértil. La palabra “mujer” conlleva en algún momento de su vida ser madre, pero a causa de ciertos problemas de salud, esto no se puede llevar a cabo, por ello la importancia de percibir los factores causantes de las enfermedades de transmisión sexual.

6.5 Prácticas curativas para tratar los problemas de salud relacionadas con los genitales.

Dentro de nuestros resultados encontramos que las mujeres utilizan como prácticas curativas a la medicina ancestral en especial, el vinagre para realizarse lavados en los genitales como tratamiento de las infecciones vaginales.

Un estudio realizado en una comunidad de Santo domingo de los Tsáchilas, indica que las mujeres que presentaban purito genital acudieron al médico en un 82%, el 11% consultó a una amiga, el 7% lo consultó y lo resolvieron por sí solas. Mientras que para el tratamiento por la secreción vaginal 56% de las mujeres lo han realizado, y un 44% no lo han hecho. Las mujeres que presentan secreción vaginal el 25 % utilizan remedios caseros. (Yáñez, R. 2012).

Esta búsqueda de resolución, ha sido descrita como “el camino de la cura” (Sánchez, 1982); que actualmente describe un recorrido así: malestar- representación – agentes terapéuticos locales. Los agentes terapéuticos locales de esta experiencia incluyen jerárquicamente los siguientes comportamientos: 1) consejos de la familia y de otros miembros de su entorno próximo, 2) recurrir a la medicina naturista, 3) prescripciones de la farmacia y 4) acudir a la atención médica. Por lo tanto la representación social de una población determinada, puede condicionar ciertos actos, que es este caso, sería la demora en la atención del problema de salud.

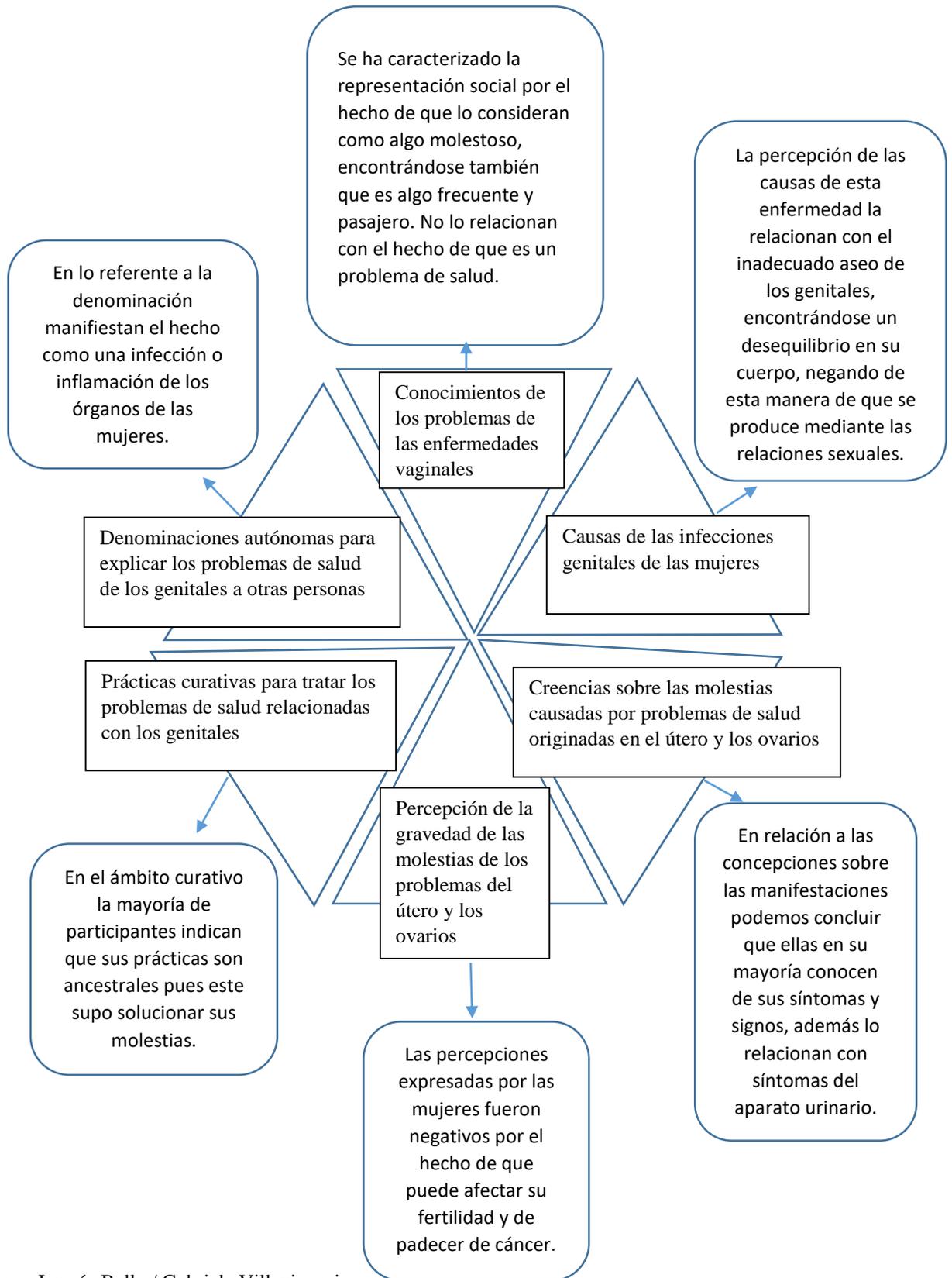
6.6 Denominaciones autónomas para explicar los problemas de salud de los genitales a otras personas.

Encontramos que los nombres utilizados para comunicarse entre mujeres que presentan las mismas molestias a nivel de los genitales son términos como inflamación o infección, describiendo las partes donde se producen las molestias por ejemplo: inflamación del vientre, infección de la mujer, inflamación de los órganos de la mujer, infección de las partes bajas de la mujer. Unas pocas mujeres describieron a este problema como infección de vías urinarias o pielonefritis.

En un estudio en donde describen a la leucorrea como problema de salud las mujeres refieren nombres como: infección vaginal, inflamación de la vagina. (Salgado, K. 2016).

La denominación de un nombre para reconocer un problema de salud, no es relevante. Lo importante es tener claro la forma de contagio, sus manifestaciones, realizarse el tratamiento adecuado, saber los factores de riesgos y las complicaciones que pueden llegar al presentar. Todo esto se puede llegar a realizar, siempre y cuando el personal médico, tenga claro, que está en su destreza, para realizar una buena relación médico-paciente y llegar a tener presente la representación social del contexto del enfermo, para poder obtener los mejores resultados.

Figura 7. Conclusiones



Autoras: Jazmín Bello / Gabriela Villavicencio
 Fuente: Entrevistas semiestructuradas, 2016

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

1. La representación social de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria de las mujeres encuestadas tienen dos niveles de vinculación con el discurso médico. En el primer nivel, la relación comparte rasgos (categorías) con el discurso médico; mientras que, en el segundo nivel, la relación refleja una contradicción (etiología). Estos niveles de relación se sustentan en la presencia de un discurso popular acerca de la enfermedad y, al mismo tiempo, comparten rasgos del discurso dominante de los médicos, como las causas, complicaciones o el tratamiento de una determinada enfermedad.

2. El discurso popular del paciente, que es transmitido de generación en generación, se resiste al discurso médico que está fundamentado por el conocimiento adquirido durante la formación de los médicos. Por esta razón, se produce una brecha que, en la mayoría de los casos suele ser conflictiva en la relación médico paciente.¹

¹ **Discurso.-** Enunciado o conjunto de enunciados con que se expresa, de forma escrita u oral, un pensamiento, razonamiento, sentimiento o deseo.

Discurso populista.- es el conjunto de oraciones a través de los cuales se expresan sistemas de creencias, representaciones, concepciones del mundo, propias de las sociedad, que surge de una ideología que se plantea como un concepto teórico en sentido estricto; designa la relación existente entre el discurso y sus condiciones sociales de producción.

3. Para la cultura popular, la enfermedad pélvica inflamatoria es reconocida como inflamación del vientre, cuyas manifestaciones son del aparato reproductor y del urinario; de las cuales no existe una distinción anatómica.²

4. Esta concepción del cuerpo en la cultura popular, tiene implicaciones en la manera de enfrentar la enfermedad. Al ser parte de una misma nosología, el comportamiento esperado por las mujeres es de síntomas transitorios y sin mayor repercusión, tal como suele pasar en los síntomas de las infecciones de las vías urinarias.

5. El lenguaje que utilizan las pobladoras de Pedro Vicente Maldonado para explicar la enfermedad pélvica inflamatoria no tiene que ver con las conductas sexuales de riesgo, ni las bacterias, ni los virus; sino que la relacionan con la naturaleza, el entorno, la higiene y el cuidado de la mujer.

6. La representación social manifestada por esta población en esta investigación; es que este problema de salud, la enfermedad pélvica inflamatoria; es producto de los malos hábitos de aseo que tienen los individuos.

² **La cultura popular tradicional.**- Es el conjunto de creaciones que emana de una comunidad cultural fundada en la tradición, expresada por un grupo, o por individuos, y que reconocidamente responden a las expectativas de la comunidad en cuanto a expresión de su identidad cultural y social.

7. Las personas no conocen que esta enfermedad puede ser causada por transmisión sexual y microbiológica. Esto, a su vez, forma parte de la representación social sólida que tienen sobre la enfermedad pélvica inflamatoria, lo que les lleva a buscar múltiples alternativas para remediar los síntomas.

8. La tardanza de la atención médica, la elección de un tratamiento equivocado, la minimización de las complicaciones de una enfermedad, no son el producto de la ignorancia de las mujeres entrevistadas; sino que son parte de una representación social consolidada en la búsqueda de la cura, con diferentes estaciones (naturista, farmacéutico, médica) dentro de la cultura popular.

9. Para el discurso médico, es difícil introducir mensajes como guías prácticas para evitar en un futuro varias complicaciones de este problema de salud. Esto se debe a que, en la cultura popular, no existe la palabra prevención como tal, sumada a sus representaciones sociales firmes sobre este problema de salud.

10. Desde el médico existe un discurso, con una mirada microscópica del problema, las bacterias, los virus, sumada a una mirada moral, o de los factores de riesgo, que busca normalizar a través de las enfermedades de transmisión sexual, la sexualidad de estas poblaciones.

11. La brecha que existe entre las percepciones de la enfermedad y el conocimiento biomédico de la misma provocan un deterioro en la relación médico-paciente y dificultan el diálogo entre estos saberes contrapuestos.

Limitaciones del estudio

- Las limitaciones del presente estudio se presentaron en cuanto a la movilización de las investigadoras al sitio de estudio. Esto implicaba que las entrevistas tengan que realizarse una sola vez, para evitar problemas y confusiones a la hora de recolectar la información.
- La disponibilidad de tiempo que tenían las pacientes para ser entrevistadas. Las mujeres comentaban acerca de su dificultad del regreso a sus hogares al existir una sola línea de buses que pasaba a determinada hora. Es por esto que algunas entrevistas tuvieron que ser agilitadas, hacerse con mayor velocidad.
- Fue la comprensión de los conceptos utilizados para realizar las entrevistas. Un ejemplo claro de esto es que, cuando se les preguntaba a las mujeres qué tipo de práctica sexual practicaban, desconocían términos como sexo oral o anal. Esto ralentizaba la entrevista debido a que las investigadoras utilizaban ese tiempo para explicar los conceptos. Esta es una de las razones por la cual se modificaron los términos de la entrevista como enfermedad pélvica inflamatoria a “molestias del útero y los ovarios”.
- Dificultad para comparar con otros estudios de representaciones sociales.

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES

- Se debe sensibilizar a las mujeres sobre las posibles causas de la enfermedad pélvica inflamatoria para evitar las complicaciones que pueden presentarse a futuro por la misma. Este proceso de sensibilización, debe partir de un reconocimiento de su cuerpo, del sexo y de la sexualidad.
- Es importante brindar información referente a la enfermedad pélvica inflamatoria para que la población conozca sobre las posibles causas de la misma, ya que no es suficiente realizar un control epidemiológico de estas enfermedades en poblaciones rurales.
- El médico debe reconocer las representaciones sociales que existen de la enfermedad pélvica inflamatoria para negociar con el paciente las pautas terapéuticas y seguimiento de la enfermedad.
- Se debería integrar en el discurso médico las diversas modalidades de curación que estas poblaciones tienen. Con esto, se mejoraría la relación médico paciente, el cumplimiento del tratamiento y la eficacia del mismo.

- Los médicos deben dejar de considerar que la única alternativa de tratamiento que existe para esta o cualquier enfermedad es la biomedicina. Esto implica que el personal de salud debe ser multidisciplinario y utilizar a las ciencias sociales para poder entender las concepciones sobre la salud y la enfermedad que tienen las poblaciones rurales, qué representaciones sociales existen y cuáles son las prácticas curativas que utilizan como medio de curación.

- A partir del estudio realizado en el Hospital de Pedro Vicente Maldonado, se recomienda que se realicen más investigaciones en las áreas rurales, estudios en el campo de la medicina de carácter cualitativo. Este enfoque de investigación permite un mejor entendimiento sobre una enfermedad, su tratamiento y la reacción que el paciente tiene frente a ella.

- Se deberían realizar más estudios sobre la enfermedad pélvica inflamatoria con el fin de complementar la presente investigación. Con esto, se podrá generar nuevos conocimientos o enfoques sobre este tema que sirvan de apoyo al personal de salud para el tratamiento de la enfermedad y la relación médico-paciente.

BIBLIOGRAFÍA:

- Abric, Jean Claude (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. Filosofía y Cultura Contemporánea. Presses Universitaires de France, 1994. Ediciones Covoacén, S. A. de C, V. México D.F. Capítulo I. PP. 11 – 34.
- American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG. (1999). *Pelvic Inflammatory Disease*. ACOG Patient Education Pamphlet. Recuperado de: <https://tools.cdc.gov/medialibrary/index.aspx#/media/id/133659>).
- Araya Sandra, (2002). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. Cuaderno de ciencias sociales 127. Sede Académica, Costa Rica. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). San José Costa Rica. A S D I. PP. 9- 11
- Baquedano, L., Lamarca, M., Puig, F. y Ruiz, M. (2014). *Enfermedad inflamatoria pélvica: un reto en el diagnóstico y tratamiento precoz*. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, (pp. 115-120). Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000200009>.
- Berger, P. y Luckman, T. (1967). *La construcción social de la realidad*. Capítulo III. Buenos Aires: Amorrortu. Pp. 4-29
- Bolio, Antonio Paoli; (2012). *Husserl y la fenomenología trascendental: Perspectivas del sujeto en las ciencias del siglo XX*. Ed. *Reencuentro*, Núm. 65, Diciembre. Distrito Federal, México Pp 20 - 29

- Brito Z (2011) *Categoría Representación Social y Procesos Socioculturales en América Latina*. Julio de 2011. Tesis para titulación Maestría en Teoría y Metodología de las Ciencias Sociales Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO. Buenos Aires. Pp 6 – 21
- Buzzi, A. y Doisenbant, A. (2008). *Evolución histórica de la medicina*. Editorial Médica Panamericana.
- Calvo, Tomas. y Barbolla, D. (2006). *Antropología: teorías de la cultura, métodos y técnicas*. Madrid-Badajoz. Revista de recerca y de investigación en antropología, periféria Núm. 8, junio. Editorial @ becedario
- Campos, R. (2010). *La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: del indigenismo culturalista del siglo XX a la interculturalidad en salud del siglo XXI*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 2010; 27(1): 114 – 22 Scielo Perú
- Casenco, Getino, Martínez María y Ángel, (1992) “*Nuevas tendencias en la antropología de la medicina*”. En ROL, Revista de Enfermería, Año XV, N° 172, Diciembre. Ciencia UANL (Universidad Autónoma Nueva León). México
- Comelles, J.; Martínez A., Primera Edición, Mayo 1993. *Enfermedad, Cultura y Sociedad. Un Ensayo sobre las relaciones entre Antropología Social y la Medicina*. Madrid Editorial Eudema
- Corvalán Facundo, (2013) *50 años de Representaciones Sociales y Psicología: Campo Psy, bifurcaciones y desafíos*. Universidad Nacional de Rosario – CONICET. ECOS | Volumen 3 | Número 1. Disponible en: https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj4oI_csO3QAhXLOCYKHcjgCT0QFgghMAE&url

<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/fecos/Farticle/view/1055&usg=AFQjCNHZxkVeOuIePWwGE0bVBWwtUdOsEA>

Csordas, T., 1994. *The sacred self: A Cultural Phenomenology of Charismatic Healing*. University of California Press. London. Library of Congress Cataloging in Publication Data. Pp 344

Cuvi J., (2010) “La enfermedad silenciosa” Una mirada social a la automedicación en el Ecuador. Primera edición, Graficas Silva, Quito. Capítulo 3, 4, pp 79, 86- 93, 115.
http://www.aislac.org/index.php?option=com_docman&Itemid=150

Delgado, V. (2015). *Enfermedades Pélvicas Inflammatorias en mujeres de entre 14 y 54 años de edad que son atendidas en Solca de Esmeraldas en los primeros meses del año 2014*. (pp.4) recuperado de: <http://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/292/1/DELGADO%20QUINONE%20VERONICA%20VIVIANA.pdf>

Egüez, P. (2010). *Manual Orgánico Estructural y Funcional*. Gobierno Municipal de Pedro Vicente Maldonado.

Encalada, P., & Fernández, M. (2010). *Evaluación y modificación de los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes de diseño de interiores, artes escénicas y ejecución instrumental de la facultad de artes, frente a las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA*. (Tesis de pregrado) Universidad de Cuenca, Cuenca.

Grimberg, M (1992). *Proceso salud-enfermedad-atención y Hegemonía*. Guía para la discusión. Documento de trabajo Núm. 1. Departamento de Antropología 1-9. Facultad de Filosofía y Letras. ICA-UBA. Buenos Aires. Scielo

Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón de Pedro Vicente Maldonado [G.A.D. Mun. PVM], Administración 2014 – 2015 Somos gente que avanzamos. Antecedentes del Cantón. Sin editorial

Gómez, B. (2003). *Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad?* Reflexiones conceptuales Western medicine and alternative medicines: can they be complementary? Cad. Saúde Pública. (pp. 635-643).

Guerrero, Edwin. (2013). La Medicina Popular en la Parroquias Rurales de Quito. Perspectivas y prácticas de los pacientes de la parroquia de Lloa (Tomado de Tesis). Quito.

Hebe Liliana, (2005). Representaciones sociales: una manera de entender las ideas de nuestros alumnos. Departamento de Humanidades Centro de Altos Estudios en Ciencias Exactas. En: Revista ieRed: Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa. Vol.1, No.3 (Julio-Diciembre de 2005). Disponible en Internet: ISSN 1794-8061. Buenos Aires – Argentina. Pp. 1 – 17

Hechavarria, M., Moya, J., Marañón, T. y Betancourt, I. (2015). *Costo del tratamiento en trabajadoras con enfermedad inflamatoria pelviana*. MEDISAN, (Vol. 19, Núm. (2), pp. 208-214). Santiago de Cuba. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000200009&lng=es&tlng=es

Hernández, D. y Díaz, O. (2010). *Enfermedad inflamatoria pélvica*. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, (pp. 613-631). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400015&lng=es&tlng=es.

Herrera, D., Gaus, D., Troya, C., Obregón, M., Guevara, A. y Romero, S. (2016). *Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)*. En Manual Médico SALUDESA, (Núm. 1, Vol. 1, pp. 22 – 23, pp. 22).

Herrera Diego, Guevara Alicia, Toala María. (2013). Revista “Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado”, Conmemorativa de los 17 años de SALUDESA en el Ecuador, “El camino de Pedro Vicente Maldonado”. núm. 1; vol. 1, Diciembre, p3–8.

Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado Sistema Informático SOPHI. Base de Datos desde enero a noviembre 2016 con reportes definitivos y presuntivos. Pichincha Pedro Vicente Maldonado

Idoyaga, A. (2001). *Lo sagrado en las terapias de las medicinas tradicionales del NOA y Cuyo*. ScriptaEthnologica. (Vol. 23, pp.9-75). Buenos Aires: CAEA – CONICET.

- Idoyaga Molina, A., (2002). *Culturas, Enfermedades y Medicinas. Reflexiones sobre la atención a la salud en contextos interculturales de Argentina. Área transdepartamental Folklore. IUNA.UDI (Unidad de Desarrollo Institucional). Buenos Aires.*
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). *Fascículo Provincial Pichincha.* Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wpcontent/descargas/Manualateral/Resultados-provinciales/pichincha.pdf>
- Jodelet D., (1989). *Representaciones Sociales: un domaine en expansión.* In D. Jodelet 1era Edición. (Ed.). *Les Representaciones Sociales.* Paris PUF. Pp 31 – 61.
- Kleinman, A y T. Csordas, (1996). “The therapeutic process”. En *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method.* Sargent, C. and T. Johnson, eds. Wesport: Praeger Publishers. 1996: pp. 3 – 21
- Kornblit, A. y Méndez, A. (2000). *La Salud y la Enfermedad: Aspectos biológicos y sociales.* Capital Federal. Grupo Editor Aique. Primera Edición. Pp 17 – 38.
- Lain, P. (1984). *Antropología Medica para Clínicos,* Barcelona – España. Salvat pp. 9 – 507.
- Langdon, E. y Wiik, B. (2010). *Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud.* Revista Latino-Am. Enfermagem. Vol. 18. Núm. 3. Pp. 459. Brasil. Ed Londrina. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
- Larraburo, M. (2014). *Enfermedad Pélvica Inflamatoria: generalidades y manejo terapéutico en las mujeres afectadas con este padecimiento.* En *Revista Médica de Costa Rica y Centro américa* LXXI (pp. 141 – 144).

- Martín-Cano, F. (2013). Sexualidad femenina en ritos, obras de arte y mitos. Del mundo de la Diosa a la sociedad patriarcal. Tomo 2. Pp. 314. Colección viajes en la ficción ISBN: 978 – 989 – 51 – 0219 – 8. 2° Ed: nov, Chiado Editoreal
- Menéndez, Eduardo. L. (1985). El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos. *Desarrollo Económico*, Vol 24 Num96, Enero a Marzo 1985 pp.593-604. JSTOR <http://www.jstor.org/stable/3466923>. Buenos Aires
- Menéndez, Eduardo L., (2004). “Modelos de atención de los padecimientos: de Exclusiones Teóricas y articulaciones prácticas”. En: Ciencia y Salud Colectiva, H. Spinelli comp. Buenos Aires, Lugar Editorial Vol 8. Núm. 1 pp 185 – 207 <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Menéndez, E L; (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, Vol 14. Pp.33-69. Madrid. CIESA. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83801402>
- Menéndez, E.: (1994) “La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?”; Alteridades, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa. Distrito Federal, México Vol. 4, Núm. 7, 1994, pp 71 – 83.
- Milgian, G. y Aguilar, F. (2004). *La Antropología y su importancia en la medicina*. Honduras – San Pedro de Sula. *Revista Médica Honduras* 2004; 72: 155
- Módena, Eugenia. (1990). *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. Centro de Investigación y Estudio en Antropología Social. México: Ediciones de la casa chata núm. 37 enero 1. Pp. 229.
- Nápoles, Betancourt, Cordobés, Franch (Noviembre 2011), *Actitudes socioculturales*

frente a las infecciones de transmisión sexual en estudiantes de Medicina. Revista humanidades médicas. (13)

Monje Carlos, (2011). Metodología de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa, Guía didáctica. Universidad Surcolombiana. Neiva. pp 9 – 120

Moscoso, L. (2013). Medicina Ancestral. Saberes para curar el cuerpo y el alma. Distrito Metropolitano de Quito. El quito que queremos Quito – Ecuador. Ed. Gráficos. Disponible en:
https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjnu8qT1_HQAhXGQSYKHXmdBYcQFggsMAM&url=http%3A%2F%2Fwww.patrimonio.quito.gob.ec%2Fimages%2Flibros%2F2014%2FMedicina_Ancestral.pdf&usg=AFQjCNGoJvUOBraOEEpZRZuLtdWjsIO0Zg

Mora, M. (2002). *La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici*. Atenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social, (nº2). Guadalajara – México. Otoño 2002. Disponible en:
<http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34106/33945>

Moscovici, S. et al (1985) Psicología Social II: Pensamiento y vida social Psicología Social u problemas sociales. Barcelona-España. Ediciones Paidós. Pp. 17-18

Moscovici, S. (1989). Des représentations collective's aux représentations sociales: elements pour une histoire. En D. Jodelet (ed). Les Répresentations Sociales. Folies et représentations sociales. París. Francia: PUF. Disponible en
<http://dx.doi.org/doi:10.1522/030110944>. pp 26.

Naranjo, P. y Escaleras, R. (1995). *La medicina tradicional en el Ecuador*. Universidad Andina Simón Bolívar. Quito: Corporación Editora Nacional.

Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. (2007). *Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006-2015*. Ginebra: OMS. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243563473_spa.pdf

Pacheco, J. (2015). *Enfermedad pélvica inflamatoria: introducción*. En Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, (53(4), pp. 226-227). Recuperado de: <http://spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1046>

Páez, D. (1987) "Características, funciones y proceso de formación de las representaciones sociales" En Darío Páez y Colaboradores: *Pensamiento, individuo y sociedad: Cognición y representación social*. Edit. Fundamentos, Madrid, España. Pp. 297 – 317.

Pedersen, D. 1988 "Curanderos, divinidades, santos y doctores: elementos para el análisis de los sistemas médicos", en E. Reichel-Dolmatoff, *Rituales y fiestas de la Américas*. Memorias de 45º Congreso Internacional de Americanistas. Bogotá, Uniandes, pp. 403-418

Peláez, J. (2012). *Enfermedad inflamatoria pélvica y adolescencia*. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. (pp. 64-79). [en línea]. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100008&lng=es&tlng=es.)

Pererira de Sá, (1993) Celso. Representacoes Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. En: M. J. Spink (org). *O conocimiento no cotidiano*. Revista de Ciências Humanas,

Florianópolis: EDUFSC, Edição Especial Temática, p.11-31. Sao Paulo: Brasiliense, 1993.

Perrera Maricela, (2003), A Propósito De Las Representaciones Sociales. Apuntes Teóricos, Trayectoria Y Actualidad. “Representaciones colectivas; Ciencias sociales; Psicología; Psicología social; Representaciones sociales; Cuba”. CIPS - Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. La Havana. Editorial: CD Caudales. Pp 5- 6.

Pérez Fidel, (2009). 2009 La entrevista como técnica de investigación social Fundamentos teóricos, técnicos y metodológicos. Universidad Central de Venezuela, Facultad de Humanidades. Venezuela. Núm. 3. Chaguaramos. Pp 4 – 14.

Pizza, Giovanni. (2005). Antonio Gramsci y la Antropología Médica contemporánea. Hegemonía, “capacidad de actuar” (agency) y transformaciones de la persona. Revista de Antropología Social. Tomado del Seminario de Antropología en Universidad de Perugia. Vol 14. Pp. 15 – 32, 385. Roma: Carocci.

Prieto Castillo, (1988), Análisis del Mensaje. Colección Manuales Didácticos. Primera Edición. Medellín. Pp. 3-9

Rendón, Y. y Hernández, G. (2013). *Los jóvenes por falta de información sufren más contagios de Transmisión Sexual*. En Enfermedades de transmisión Sexual. (Vol. 1), Impremax S.A de C.V México.

Robert C. Brunham, M., Sami L. Gottlieb, M., y Jorma, M. (2015). *The New England Journal of Medicine* 2015. Pelvic Inflammatory Disease. (372, pp. 2039-2048).

- Rodríguez, J. (2012) Médico Psiquiatra. *Etnomedicina en Antropología Médica*. Clínica Privada Banfield S.A. Artículo de actualización. Capital Federal Buenos Aires
- Román, A. y Martínez, O. (2009). *Enfermedad Inflamatoria Pélvica*. En *Fundamentos de Ginecología* Sociedad Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia. (Capítulo 13, pp. 175). Madrid, Editor Bajo JM presidente.
- Salgado, K., (2016). *Nivel de conocimiento y percepción de riesgo de infección del virus del papiloma humano en mujeres de 30 a 55 años que acuden a Solca de la ciudad de Esmeraldas*. (Tesis de licenciada en enfermería) Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Esmeraldas.
- Sánchez, J. (1982). *Los caminos de la cura, en Política de Salud y Comunidad Andina*. (pp. 121 – 138). Quito: CAAP.
- Sánchez-Parga, J. (1982). Marginalización de la medicina o medicalización de la marginalidad. En CAAP, *Política de salud y comunidad andina* (pp. 23 – 37) Quito de Arte y Acción Popular
- Sanmartín, R. (2000). *La entrevista en el trabajo de campo*. *Revista de Antropología Social*, (nº9, pp. 105-126).
- Saona, O. (2007). Simposio de: *Enfermedad Pélvica Inflamatoria: diagnóstico y complicaciones*. En *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, octubre-diciembre 2007. (Vol. 53 Núm. 4, pp. 234-239, pp. 235).
- Simms, I., Warburton, F. y Westrom L. (2003). *Diagnosis of pelvic inflammatory disease: time for a rethink*. En *Sex TransmInfect*. (pp. 491–494).
- Strasser, Georgina. (2012). *Prácticas y representaciones en torno a los Procesos de salud-enfermedad en la población de Azampay*. (Doctoral Disertación). Facultad de

Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata. Buenos Aires
disponible en
https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwji7a7K_d_QAhVMJCYKHZgvD2oQFggYMAA&url=http%3A%2F%2Fsedici.unlp.edu.ar%2Fbitstream%2Fhandle%2F10915%2F5336%2FDocumento_completo.pdf%3Fsequence%3D1&usg=AFQjCNGRY0COQ5z6NvkSocvr9nmiAh8E6g&bvm=bv.139782543,d.eWE

Thompson, Jhon. (1988), *Ideología y cultura moderna. Teoría Crítica social en la era de la comunicación*. Universidad Autónoma Metropolitana. Coyoacán México D. F. Pp. 45 – 475

Taylor, S Y Bogdan, R, (1986). *Introducción a los métodos cualitativos. La búsqueda de significados*. Paidós, Buenos Aires. Pp 174.

Tylor, E. (1871). *Primitive culture. Researches into de development of mythology, philosophy, religion, Language, art and custom*. Londres: John Murray.

Vega, L. (2002). *Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud*. Reseña histórica. Salud Pública México. Vol 44, Núm. 258-265). Col. Santa María Ahuacatitlán. Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Verdozoto, L. (1992). *Rostros de la Familia Ecuatoriana*. Quito: UNICEF.

Viteri, G. (2007). *Situación de la salud en el Ecuador*. En Observatorio de la Economía Latinoamericana, (nº 77,). Disponible en: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/index.htm>

Waldram, J. B., 2000. “The efficacy of traditional medicine: Current theoretical and methodological issues”. En *Medical Anthropology Quarterly*. 14(4): 603-625.

Yáñez, R., (2012). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones genitales con leucorrea en mujeres de 12 a 49 años: comunidad Cristo Vive del área 17 ubicada en Santo Domingo de los Tsáchilas*. (Tesis de posgrado). Universidad San Francisco, Quito.

Young, L. y Youn, J. (1983). *Atención de Salud en Minorías Étnicas Rurales. Algunas Observaciones Antropológicas*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. (Vol 95, Núm. 4, pp. 333 – 342).

ANEXOS

ANEXO 1: Información del consentimiento informado

Título del estudio: Representaciones sociales de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria, en las mujeres de edad fértil que acuden a la consulta externa del Hospital Pedro Vicente Maldonado en el año 2016

Investigadoras: Dra. Gabriela Villavicencio y Dra. Jazmín Bello

Sede: Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado

Nombre del participante:

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica, ya que presenta las características necesarias para estar en el mismo. Su participación es completamente voluntaria e igualmente puede negarse a participar del proyecto sin que eso le perjudique en ninguna forma. Lea toda la información que se le ofrece en éste documento y siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

1. Justificación:

Este trabajo de investigación está enfocado en conocer las representaciones sociales de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria en mujeres de edad fértil que viven en área rural para poder construir una definición global del conocimiento popular. La manera de hacerlo es por medio de una entrevista semiestructurada, luego del consentimiento de su participación en este estudio.

La Enfermedad Pélvica Inflamatoria dentro de áreas rurales está subdiagnosticada, hacen que las manifestaciones clínicas pasen desapercibidas, además pueden llevar a complicaciones como infertilidad, embarazos ectópicos, problemas clínicos que requieren hospitalización prolongada y dolores crónicos pélvicos recurrentes.

Es un tema de interés porque a la consulta acuden mujeres con síntomas del aparato reproductor, algunos de estos de varios años de evolución, otros que no son tomados en cuenta como manifestaciones llamativas, lo que nos hace pensar que desconocen de este problema de salud, pero en realidad nos preguntamos, qué entienden de esta enfermedad y cómo se manejan con respecto a lo resolutivo, motivo por el cual nos hemos hecho la propuesta de estudiar el concepto que manejan de dicha patología.

2. Objetivos:

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo conocer las representaciones sociales de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria en las mujeres de edad fértil de áreas rurales que acuden a la consulta externa del Hospital Pedro Vicente.

3. Beneficios del estudio:

Con este estudio, podremos obtener información sobre la conceptualización de EPI en mujeres rurales, mediante la integración de los discursos para realizar su análisis con respecto a la enfermedad pélvica inflamatoria y sus complicaciones, ya que dicha enfermedad equivale a varias consultas en el servicio de ginecología.

Esto permitirá que en un futuro, al tener claro las representaciones sobre la EPI, se podrán realizar planes educativos intervenciones a las mujeres fértiles con beneficio de disminuir las complicaciones.

4. Procedimiento:

En caso de aceptar participar en el estudio, se le realizarán algunas preguntas abiertas sobre su entorno biopsicosocial, personal y familiar relacionado con el programa de investigación.

5. Riesgos asociados con el estudio:

Este tipo de estudio no presenta ningún tipo de riesgo asociado al mismo, ya que únicamente consta de una serie de preguntas.

6. Aclaraciones:

- Su decisión de participar en el presente estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted en caso de no aceptar la invitación.

- Si decide participar en el estudio, puede retirarse en el momento que lo decida, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su totalidad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso de la investigación, usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, empleada para la identificación de cada paciente, será utilizada con estricta confidencialidad por el investigador.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación; puede, si así lo desea, firmar la carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

7. Datos de las investigadoras

Nombres completos: María Gabriela Villavicencio Ramos

Posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria

Número telefónico: 0998650720

E – mail: magavi_83@hotmail.com

Nombres completos: Jazmín Elizabeth Bello Molina

Posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria

Número telefónico: 0984908668

E – mail: jazminbm8@hotmail.com

ANEXO 2:

FORMULARIO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido comprendidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del Participante

Fecha

Esta parte debe ser completada por el investigador (o su representante):

He explicado la naturaleza y los propósitos de la investigación; se les ha explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tienen alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me pego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del Investigador

Fecha

ANEXO 3: Entrevista semiestructurada

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA:

1.- FAMILIOGRAMA Y DATOS PERSONALES

Tipo de familia, estructura, dinámica familiar, escolaridad general, ocupación de los miembros, religión:

Lugar de procedencia: _____

Dónde vive actualmente: _____

Edad: _____

Nivel de instrucción: _____

Estado civil: _____

Ocupación: _____

A quién y a dónde acude cuando está enfermo: _____

Teléfono: _____

2.- ANTECEDENTES

Enfermedades que usted sabe que tiene por lo que toma medicación:

Menarquia: _____

FUM: _____

IVSA: _____

Último paptest: _____

Número de embarazos: _____ Partos: _____ Cesárea: _____

Abortos: _____

Método de planificación familiar: ACO: _____ Preservativo: _____ Inyectable:

_____ T de cobre: _____ Implantes: _____

3.- CONDUCTAS SEXUALES

Número de parejas o compañeros sexuales que ha tenido: _____

¿Usted qué opina de las mujeres que tiene más de una pareja o compañeros sexuales al mismo tiempo? _____

¿usted cuantas parejas tiene actualmente? _____

¿Cómo se lleva usted con su pareja?

Dentro de sus amigas, ¿usted sabe cuál es la preferencia que tienen al tener relaciones sexuales? por ejemplo: vaginal, oral, con ayuda de las manos, con juguetes sexuales, o anales:

4.- PROBLEMAS Y MANIFESTACIONES

- ¿Qué conoce usted de las enfermedades vaginales y de cómo se contagian?

- ¿Qué cree usted que provoca una infección a nivel genital en la mujer?

- ¿Cómo cree usted que son las molestias de una enfermedad del útero y los ovarios?

- ¿Qué tan grave cree que son estas molestias?

- ¿Usted conoce cuáles son las enfermedades de transmisión sexual?

¿Puede nombrar algunas de ellas?

- ¿Sabe si las enfermedades de transmisión sexual pueden dar complicaciones?

- De las complicaciones que usted conoce, ¿cuáles cree que pueden afectar de forma grave a su salud?

- ¿Cómo le llamaría usted a la enfermedad para comunicarse con otras personas

ANEXO: 4

Respuestas de las entrevistas semiestructuradas

Pregunta 1 ¿Qué conoce usted de las enfermedades vaginales?

- 1.- *"Eso se pueden dar a través de hongos, depende también del aseo, también causan molestias: como comezón, ardor se puede enrojecer también en donde está el hongo tal vez"*
- 2.- *"Es algo molesto porque empieza con un olor feo y empieza a salir secreción pero no normales sino con olor y empieza con picazones"*
- 3.- *"Nada"*
- 4.- *"Que se pasan rápido por cualquier cosa, pero si se debe curar es que si no se van haciendo más fuertes las secreciones y terminan dejando la ropa interior manchada siempre"*
- 5.- *"A la vaginosis"*
- 6.- *"Nada"*
- 7.- *"Bueno la verdad es que son pasajeras no duran mucho tiempo por lo menos a mí se me pasan bien rapidito"*
- 8.- *"Nada"*
- 9.- *"Son secreciones"*
- 10.- *"Nada"*
- 11.- *"Que son malas porque causan molestias"*
- 12.- *"No se"*
- 13.- *"Que son perjudiciales, todas dan secreciones de diferentes olores y dan muchísimo dolor"*
- 14.- *"No se"*
- 15.- *"Ah las infecciones son frecuentes es que eso hasta por no cambiarse de ropa seguido se dan"*
- 16.- *"No sé ni que decirle doctorita porque no sé qué es"*
- 17.- *"Bueno sé que los remedios caseros mejoran la enfermedad rápido pero si hay dolor debemos ir al doctor o a la farmacia para que nos den algo y mejorar"*
- 18.- *"Esas enfermedades son difíciles de retirar del cuerpo porque mientras una tiene la medicación mejoramos pero luego vuelven los síntomas"*
- 19.- *"Que debemos tratarlas porque si no, no se mejoran"*

20.- *“Que son Molestosas la secreción es como chocolate espesa fuerte y dan mucho dolor del vientre mientras más veces se presente es como más doloroso, y hasta dan problemas emocionales en el interior de la persona una piensa que todos huelen el mal olor que uno tiene, íntimamente no me da ganas de estar con mi pareja además porque son secreciones con mal olor, y además duele durante la relación; es como que uno se siente sucia con secreción bajando todo el tiempo, siento como que la gente se da cuenta del mal olor y da ganas de ni salir y el dolor es tan fuerte que debemos faltar al trabajo a mí siempre me han hospitalizado con estas enfermedades”*

21.- *“No se”*

22.- *“Mire en mi caso fue muy molesto tras que uno siempre cree que huele mal y quiere limpiarse a cada rato, además también dan dolor de barriga y como en las caderas que hasta ni ganas de trabajar de tanto dolor”*

23.- *“Pues dan dolor de barriga, con molestias para orinar son muy incómodas”*

24.- *“Nada”*

25.- *“Que siempre se da con secreciones de mal olor con color raro”*

26.- *“A mí me dan seguido pero son pasajeras me pasan con lavarme con agua de vinagre y en el mismo día ya está resuelto el problema”*

27.- *“Se curan rápido la verdad a veces no hago nada solo espero ni me pongo nada”*

28.- *“Esas son las secreciones y como le digo son como más espesas porque las mujeres siempre tenemos secreciones pero estas son espesas y huelen diferente”*

29.- *“Tal vez que se curan con mejor asea de las partes porque usando el jabón íntimo se le mejora”*

30.- *“Siempre son molestosas porque además de que van con las secreciones además tienen molestias como mal de orine y el orina es fuerte de mal olor”*

Pregunta 2 ¿Qué cree usted que provoca una infección a nivel genital en la mujer?

- 1.- *“Por lo que uno a veces no se asea bien, por lo que se usa ropa muy apretada, por lo que a veces uno no se pone la ropa interior adecuada, porque se dice que por lo general tiene que ser de algodón y a veces el agua también, lo que se utilizan muchos jabones íntimos que no contengan Ph, por eso, a veces también puede ser por lo que la pareja este contagiada de algún hongo de algo y uno tiene relaciones con esa pareja”*
- 2.- *“Mi esposo como le gusta el campo va y de pronto no se asea bien eso pienso”*
- 3.- *“No se supuestamente mi esposo es fiel, yo soy fiel, hay otras causas pero nunca me han explicado claramente”*
- 4.- *“Por meterse a piscinas, sentarse en suelos muy calientes, contagio de la pareja”*
- 5.- *“Por el agua, por la ropa interior que se usa, ropa muy apretada y por relaciones”*
- 6.- *“Por relaciones sexuales”*
- 7.- *“Ropa apretada”*
- 8.- *“Por los honguitos, lava con agua no hervida, relaciones sexuales”*
- 9.- *“los hombres andan con una y con otra y hay mujeres que tienen eso, no se asea bien, por unos hongos, baños públicos”*
- 10.- *“Relaciones sexuales, agua sucia, pasa mojada, se anda en el calor”*
- 11.- *“Mire hay muchas causas una de ellas cuando mi marido toma alcohol y luego tenemos relaciones me da a mí; el mal aseo genital de la mujer eso es importante hay mujeres que casi no se asean sus partes, y por supuesto si se lavan con agua sin hervir porque usted sabe eso siempre es contaminado, cuando uno va al rio se sienta en las piedras si regresa y no se asea bien también le provoca infección”*
- 12.- *“yo me he fijado a mí me da cuando me pongo ropa interior muy chica o ropa muy apretada al otro día fijo que me da por eso es malo compartir la ropa interior de uno, y además no poner el agua a hervir o tener relaciones durante la menstruación no ve que la menstruación son los desechos de nuestro interior y si uno tiene en ese estado pues es como que todo se regresa y se queda en nuestro cuerpo”*

13.- *“Se pasa con las relaciones sexuales entonces si el hombre o la mujer no están limpios se pasan entre ellos”*

14.- *“Se produce por el uso de baños contaminados, eso baños públicos siempre tiene mal aseo y los usan con los bordes sucios y algunos son de hombre y mujeres compartidos; al bañarse en los ríos porque los animales se orinan en ellos entonces hay muchas enfermedades en ellos, usar jabones sucios de otras personas o que los dejan en piedras es malísimo porque en seguida se presentan los hongos”*

15.- *“Bañarse en las piscinas sucias que la gente se orina, el usar la ropa apretada no ve que con eso los genitales se calientan, y el mal aseo porque si no se lavan bien se recoge el mal olor”*

16.- *“Nada eso se pasa por tener relaciones con hombres que tienen ya las secreciones; y algunas mujeres tienen y les pasan a los hombres porque no les dicen, si no se aseas luego de las relaciones eso hace que se unas las secreciones de los dos”*

17.- *“El mal aseo indudablemente y cuando uno se sienta en los baños desaseados por eso yo nunca me siento en eso baños sucios”*

18.- *“Lo produce el usar agua sin hervir para el aseo, además una siempre debe lavarse las partes íntimas por lo menos unas tres veces al día si no sirve no ve que uno suda y en los genitales se acumula como un sebo; y es malo sentarse en las piedras de los ríos se suben las larvas de insectos”*

19.- *“Eso es por el mal aseo, el tener relaciones con personas que tiene infecciones como las secreciones, las personas que tiene relaciones durante la menstruación eso es malísimo se van pasando las toxinas e impurezas del cuerpo y si una usa jabones contaminados con secreciones o sucios por eso es mejor el uso de los jabones líquidos”*

- 20.- *“El mal aseo genital, el tener relaciones durante la menstruación porque la sangre es de mal olor, y no asearse luego de las relaciones, y tal vez que el hombre no se lave bien cuando ha sudado mucho o viene de jugar un deporte”*
- 21.- *“Eso se da cuando la pareja no se lava bien antes de tener relaciones o por usar los baños públicos que están sucios”*
- 22.- *“Buenos son molestos porque son seguidas pero eso es porque uno casi siempre que tiene relaciones con los hombre debe tener un buen aseo, en especial si tienen relaciones luego de la menstruación, y a veces los baños públicos que están sucios si uno se sienta se contagia de cualquier cosa*
- 23.- *“Uhy eso es fácil de pasar por cualquier cosa mire en los baños sucio que uno siempre debe usar, además las piscinas que son mal aseadas, y claro sobre todo cuando uno presta la ropa interior”*
- 24.- *“se producen por las relaciones sexuales si es que se dan durante el sangramiento, pero son pasajeras lo bueno es que se curan muy rápido”*
- 25.- *“Se curan rápido pero mayormente es por las piedras de los ríos que siempre están con suciedad, pero si se asea bien todo mejora”*
- 26.- *“Se contagian por el uso de ropa ajustada y por los hilos o tangas que en realidad no se deben usar, el agua no hervida que usamos para lavarnos”*
- 27.- *“Se dan por el mal aseo de los genitales”*
- 28.- *“Claro las relaciones sexuales son las causantes de todas estas enfermedades”*
- 29.- *“se produce siempre con el mal aseo de nuestras partes, siempre que no hervimos el agua es más común y lo bueno es que se curan rápido así que es pasajero”*

30.- *“Es por el mal aseo pero más cuando usamos esos jabones líquidos que no son adecuados para los genitales; y si usamos ropa ajustada”*

Pregunta 3

¿Cómo cree usted que son las molestias de una enfermedad del útero y los ovarios?

1.- *“Me sabe picar, a veces me sabe arder cuando orino, molestias también al tener relaciones sexuales”*

2.- *“Son secreciones de mal olor, picazón, dolor de vientre, molestias al tener relaciones sexuales”*

3.- *“Ganas de orinar, quemazón, dolor”*

4.- *“Mucha secreción, ardor al orinar, dolor en la parte baja del vientre”*

5.- *“Picazón, secreción, molestias al orinar, dolor de vientre”*

6.- *“Dolor de caderas, del vientre, más secreción”*

7.- *“Secreción de mal olor, mal de orina, dolor de vientre”*

8.- *“Secreción, comezón, dolor de vientre”*

9.- *“Dolor, picazón, secreción con mal olor”*

10.- *“Ardor, picazón, cosa blanca y cremosa”*

11.- *“Son de seguro con secreciones abundantes y de mal olor”*

12.- *“Pues con picazón, molestias al orinar, la orina es de muy mal olor muy concentrada y fuerte, con secreción que mancha el interior pero la secreción es de mal olor con colores amarillos como verdes a veces”*

13.- *“Con dolor muy fuerte en las caderas y con secreción vaginal que a veces esta y otras veces no pero siempre con el dolor”*

14.- *“Hay ardor para orinar, con picazón y molestias urinarias”*

15.- *“Los genitales huelen muy mal y se acompaña siempre con secreción como la del fin de las menstruación o amarillenta”*

- 16.- *“Secreción vaginal de mal olor con dolor al momento de tener relaciones sexuales y además con picazón de las partes genitales”*
- 17.- *“Se inflama el vientre y uno pasa todo el día con mucho dolor de barriga es casi insoportable”*
- 18.- *“Dan secreciones vaginales feas y abundantes”*
- 19.- *“Dolor en el vientre muy fuerte que no deja ni pararse ni sentarse bien con secreciones amarillas espesas”*
- 20.- *“Las veces que me dio fueron secreciones de mal olor como color chocolate con mucho mal olor, con dolor al tener relaciones y picazón genital pero por dentro que no se puede hacer nada”*
- 21.- *“Picazón, ardor, secreción con dolor en las partes bajas del estómago”*
- 22.- *“Con molestias urinarias y dolor de barriga”*
- 23.- *“Son dolor en el vientre con mucha secreción”*
- 24.- *“Produce muchas secreción de mal olor”*
- 25.- *“Hay picazón con ardor al orinar y algunas veces molestias urinarias”*
- 26.- *“Ardor en el orinar con dolor en la barriga pero en la parte baja”*
- 27.- *“molestias al orinar”*
- 28.- *“Secreciones verdosas con mal olor, y con dolor al tener relaciones”*
- 29.- *“Secreción vaginal de muy mal olor”*
- 30.- *“ardor con picazón y con dolor en el vientre”*

Pregunta 4

¿Qué tan grave cree que son estas molestias de la enfermedad del útero y los ovarios?

- 1.- *"Si son graves por eso acudo al médico"*
- 2.- *"Siento que me puede causar hasta cáncer no es una enfermedad grave y no poder tener hijos"*
- 3.- *"Muchas molestias"*
- 4.- *"Son graves"*
- 5.- *"Puede dar infección del útero, cáncer"*
- 6.- *"No se"*
- 7.- *"No se"*
- 8.- *"Tapan el útero"*
- 9.- *"Viene el cáncer"*
- 10.- *"El cáncer, infecciones fuertes"*
- 11.- *"Son muy graves porque dan cáncer y el problemas es que duelen muchísimo"*
- 12.- *"Pues que se pasan rápido no le pongo importancia"*
- 13.- *"Son muy intensas abundantes y difíciles de tratarlas y mejorarlas"*
- 14.- *"Pues es normal yo no veo gravedad en este asunto"*
- 15.- *"Dejan secreciones que duran por siempre porque una se cura y después de unos días por la mínima cosita de nuevo vuelven a dar"*
- 16.- *"Uhy si quedamos estériles"*
- 17.- *"No sabe"*
- 18.- *"Claro es que dan infecciones frecuentes"*
- 19.- *"Dan cáncer"*

20.- *“Muy graves por los días de dolor uno tiene que faltar al trabajo; uno siempre se siente sucia a pesar de que se haya lavado”*

21.- *“No son graves es que es normal y luego se quita”*

22.- *“Son muy dolorosas pero no graves”*

23.- *“Dejan dolor en el vientre”*

24.- *“No son graves pues siempre se me han pasado con enjuagues de agua con vinagre”*

25.- *“No se”*

26.- *“Dejan dolor genital y secreciones amarillentas pero no se pasan”*

27.- *“No se”*

28.- *“Infertilidad y cáncer”*

29.- *“No se”*

30.- *“Pueden dejar de molestar por un tiempo”*

Pregunta 5 ¿Qué utiliza usted para curar las molestias genitales?

- 1.- *“Acudo a la consulta me mandan la clotrimazol unos óvulos nada más”*
- 2.- *“Acudo al médico me envían pastillas y óvulos”*
- 3.- *“Bañarse varias veces, uso de alcohol”*
- 4.- *“Acudo al doctor”*
- 5.- *“Tabletas, óvulos, crema vaginal”*
- 6.- *“Con agua de hierbas”*
- 7.- *“Me curo con agua de vinagre”*
- 8.- *“Con un mejor aseo genital”*
- 9.- *“Con agua de limón”*
- 10.- *“Con agua de montes”*
- 11.- *“Mejorando el aseo con el agua pero bien hervidita para no tener ningún problema y las veces que sean necesarias”*
- 12.- *“Hervir el agua más usar aguas de hierva las mismas que se usaran si es para el dolor, desinflamación”*
- 13.- *“bien voy a la farmacia me compro óvulos que normalmente dentro de la misma tarde ya se me está mejorando”*
- 14.- *“Usar agua de vinagre todos los días para el aseo genital sin el uso de jabones es lo que mejor va por lo menos por tres días”*
- 15.- *“Con las aguas de hiervas”*
- 16.- *“Me pongo óvulos que me dan en la farmacia o ya me dieron antes donde el doctor”*
- 17.- *“Usar los remedios caseros es algo seguro rápido y efectivo”*
- 18.- *“Mejorando el aseo siempre y cuando sean con agua hervida”*
- 19.- *“Siempre acudo al médico”*

20.- *Acudo al médico porque la primera vez me fui a mi casa y el dolor no me dejaba dormir*

21.- *“Agua de vinagre por lo menos dos o más veces al día”*

22.- *“Yo me curo con usar agua de hiervas”*

23.- *“Con el buen aseo se mejoran muy rápido”*

24.- *“Siempre uso agua de vinagre y a veces agua de limón”*

25.- *“Agua de hiervas”*

26.- *Aguas de vinagre o de hiervas”*

27.- *“Normalmente depende de la intensidad pero son óvulos”*

28.- *“Mejor yo voy al médico”*

29.- *“Mejor aseo con aguas de hiervas”*

30.- *“Me coloco óvulos”*

Pregunta 6

¿Cómo le llamaría usted a la enfermedad para comunicarse con otras personas?

1.- *"Infección, pielonefritis"*

2.- *"Infecciones"*

3.- *"Inflamación"*

4.- *"Infección"*

5.- *"Infección"*

6.- *"Inflamación"*

7.- *"Infección"*

8.- *"Secreciones"*

9.- *"Infección"*

10.- *"Infecciones"*

11.- *"Inflamación de los órganos de la mujer"*

12.- *"Infección, de las partes bajas de la mujer, con inflamación de la barriga"*

13.- *"Inflamación del vientre con secreciones"*

14.- *"Inflamación del vientre"*

15.- *"Inflamación del vientre"*

16.- *"Infección del aparato genital de la mujer"*

17.- *"Infección de las partes bajas de la mujer"*

18.- *"Inflamación del útero y de las partes bajas"*

19.- *"Inflamación del vientre"*

20.- *"Infección genital"*

21.- *"Infección de la mujer"*

- 22.- *“Inflamación del vientre”*
- 23.- *“Infección uterina y genital”*
- 24.- *“Inflamación de las partes bajas”*
- 25.- *“Infección del vientre bajo”*
- 26.- *“infección del útero y sus alrededores”*
- 27.- *“infección de las vías urinarias con secreción”*
- 28.- *“Inflamación del vientre y de las partes genitales”*
- 29.- *“Inflamación de los órganos internos”*
- 30.- *“Inflamación del vientre bajo”*

ANEXO 5. TABLA. Idea núcleo

PREGUNTA 1	¿Qué conoce usted de las enfermedades vaginales?	RESPUESTAS		
		Molestosas	Pasajeras	Tratamiento
Informantes		Secreciones, mal olor, picazón, dolor	Pasan y se curan rápido.	Se deben curar, los remedios caseros mejoran
1		X		
2		X		
3				
4		X	X	X
5				
6				
7			X	
8				
9		X		
10				
11		X		
12				
13		X		
14				
15			X	
16				
17				X
18				X
19				X
20		X		
21				
22		X		
23		X		
24				
25		X		
26			x	X
27				X
28		X		
29				X
30		x		
TOTAL		12	4	7

TABLA. Idea núcleo

PREGUNTA 2	¿Qué cree usted que provoca una infección a nivel genital en la mujer?		RESPUESTAS		
			Agentes externos	Relaciones sexuales	Falta de higiene
Informantes			Suelos calientes, baños públicos, piscinas	La pareja esta contagiada, infidelidad, promiscuidad	Mal aseo de los genitales, ropa interior apretada, agua sucia
1				x	X
2					x
3				X	
4			X	x	
5				x	X
6				X	
7					X
8				x	x
9			X	x	
10			x	x	X
11				X	x
12				x	X
13				X	x
14			x		X
15			X		x
16				X	
17			x		X
18			X		x
19				x	X
20				X	x
21			X		x
22			x	X	
23			x		X
24				X	
25			x		X
26					X
27					X
28				X	
29					X
30					x
TOTAL			11	17	22

TABLA. Idea núcleo

PREGUNTA 3	¿Cómo cree usted que son las molestias de una enfermedad del útero y los ovarios?		RESPUESTAS	
			Molestias del aparato reproductor	Molestias urinarias
informantes			Secreción, mal olor, dolor, picazón	Ardor al orinar
1			X	X
2			X	
3			X	X
4			X	X
5			X	X
6			X	
7			X	X
8			X	
9			X	
10			X	
11			X	
12			X	X
13			X	
14				X
15			X	
16			X	
17			X	
18			X	
19			X	
20			X	
21			X	
22				X
23			X	
24			X	
25				X
26				X
27				X
28			X	
29			X	
30			X	
TOTAL			25	11

TABLA. Idea núcleo

PREGUNTA 4	¿Qué tan grave cree que son estas molestias de la enfermedad del útero y los ovarios?	RESPUESTAS				
		Graves			No graves	
Informantes				Cáncer	Infertilidad	Molestosas, dolor, infecciones.
1			X			
2				x	X	
3						X
4			X			
5				x		X
6						
7						
8					X	
9				X		
10				x		X
11			x	X		
12						X
13			X			
14						X
15			X			
16				X		
17						
18						X
19				X		
20			X			
21						X
22						X
23						X
24						X
25						
26						X
27						
28				x	X	
29						
30						x
TOTAL			6	8	3	12

TABLA. Idea núcleo

PREGUNTA 5	¿Qué utiliza usted para curar las molestias genitales?		RESPUESTAS	
			Medicina occidental	Medicina ancestral
Informantes			Médico, óvulos, cremas, pastillas	Agua de hierbas, vinagre, caña agria
1			X	
2			X	
3				X
4			X	
5			X	
6				X
7				X
8				X
9				X
10				X
11				X
12				X
13			X	
14				X
15				X
16			x	
17				X
18				x
19			X	
20			X	
21				X
22				X
23				X
24				X
25				X
26				X
27			X	
28			X	
29				X
30			X	
TOTAL			11	19

TABLA. Idea núcleo

PREGUNTA 6	¿Cómo le llamaría usted a la enfermedad para comunicarse con otras personas?	RESPUESTAS			
		Informantes	Infección	Inflamación	IVU
1			X		X
2			X		
3				X	
4			X		
5			X		
6				X	
7			X		
8					
9			X		
10			X		
11				X	
12			X	X	
13				X	
14				X	
15				X	
16			X		
17			X		
18				X	
19				X	
20			X		
21			X		
22				X	
23			X		
24				X	
25			X		
26			X		
27					X
28				X	
29				X	
30				X	
TOTAL			15	14	2