

INFLUENCIA DE LA POBREZA EN LAS REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS CULTURALES DEL PACIENTE DIABÉTICO EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO-2016

INFLUENCE OF POVERTY IN THE REPRESENTATIONS AND CULTURAL PRACTICES OF THE DIABETIC PATIENT IN THE HERMILIO VALDIZAN MEDRANO HOSPITAL. HUÁNUCO-2016

MARIA CECÍLIA GALIMBERTI OLIVEIRA, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Hermilio Valdizán, **E-mail:** cantuta1972@gmail.com

LUZVELIA GUADALUPE ALVAREZ ORTEGA, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional Hermilio Valdizán, **E-mail:** luzveliaalvarez@gmail.com

JORGE ERNESTO GONZALES SANCHEZ, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Hermilio Valdizán, **E-mail:** ernestogunhevalhco@hotmail.com

Recibido el 24 de marzo, 2017
Aceptado el 28 de agosto, 2017

ISSN 1994 - 1420 (Versión Impresa)
ISSN 1195 - 445X (Versión Digital)

RESUMEN

Objetivo: Determinar la influencia de la pobreza en las representaciones y prácticas culturales de los pacientes diabéticos sobre la enfermedad en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano 2016. **Metodología:** Investigación cuantitativo-cualitativa etnográfica, en pacientes con Diabetes Mellitus 2 de consultorios de Medicina; se realizó entrevista semiestructurada por saturación a nueve pacientes y observación participante. El análisis se realizó con SPSS y Atlas. Ti. **Resultados:** 77% es femenino, edad promedio 42 a 59 años; 44.5% solteros, escolaridad primaria, y 33.3% sin estudios; 56% tienen 5 a 6 miembros en familia, 55.5% su vivienda propia y 67% tienen vivienda rústica; 78% gasta 20.00 a 30.00 soles diariamente; 56% amas de casa, 33% les falta ingresos, 56% no tienen agua, desagüe y luz, 22% no trabaja, 67% teme inestabilidad de ingresos, 67% su ingreso familiar es > S/.500.00 a S/.750.00, duración promedio de la enfermedad 7-8 años, 44% atribuye causalidad al estrés; efecto de diabetes en 22% es enflaquecimiento, sobrepeso y obesidad. Los hallazgos sobre representaciones y prácticas culturales son: metáforas en signos, síntomas y tratamiento de la enfermedad, expectativas en recuperación de la enfermedad, temores, falta de capacidades, valores, antivalores, creencias, normas prescriptivas y proscriptivas, creencias, mitos, expectativas para recuperarse. **Conclusión:** Los resultados afirman que existe influencia de la pobreza en las representaciones y prácticas culturales de los pacientes diabéticos sobre la enfermedad.

Palabras Clave: Diabetes mellitus, pobreza, representaciones y prácticas culturales.

ABSTRACT

Objective: To determine the influence of poverty on the representations and cultural practices of diabetic patients on the disease in the Hermilio Valdizán Medrano Hospital 2016.

Methodology: Quantitative-qualitative ethnographic research; in patients with Diabetes Mellitus 2 from medical clinics, a semi-structured saturation interview was performed on nine patients and participant observation. The analysis was performed with SPSS and Atlas Ti.

Results: 77% were female, mean age 42 ± 59 years old, 44.5% were single, primary schooling and 33.3% without studies, 56% had 5 to 6 family members, 55.5% had their own home and 67% rustic, 78% spend 20.00 to 30.00 soles daily, 56% housewives, 33% lack income, 56% have no water, drain and light, 22% do not work, 67% fear income instability, 67% S / .500.00 a > S / .750.00, average duration of illness 7-8 years, 44% attribute causality to stress, diabetes effect in 22% is thinning,

overweight and obesity. The findings on cultural representations and practices are: metaphors in signs, symptoms and treatment of the disease, expectations in recovery of the disease, fears, lack of capacities, values, antivalues, beliefs, prescriptive and proscriptive norms, beliefs, myths, expectations for recuperate. Conclusion: The results affirm that there is influence of the poverty in the representations and cultural practices of the diabetic patients on the disease.

Key words: Diabetes mellitus, poverty, representations and cultural practices.

INTRODUCCIÓN

La diabetes constituye uno de las enfermedades no transmisibles (ENT) de salud más importante en el mundo, por la carga de enfermedad en términos de discapacidad y mortalidad prematura que en la evolución de la enfermedad va comprometiendo a diferentes órganos. La diabetes es un proceso crónico que afecta a un gran número de personas, siendo un problema individual y de salud pública de enormes proporciones, que se va incrementando progresivamente, incluye un grupo heterogéneo de patologías, cuya característica es la hiperglucemia (elevación de la glucosa en la sangre), resultante de defectos en la síntesis, secreción o acción de la insulina. La hiperglucemia crónica de la Diabetes Mellitus puede provocar complicaciones agudas y crónicas multiorgánicas, afectando fundamentalmente a ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos¹.

Se estima que alrededor de 171 millones de personas en el mundo viven con diabetes y que este número ascenderá a 300 millones en el 2030. En las Américas el estimado de personas con Diabetes ascendió a 13,3 millones en el 2000 y para el 2030 ha sido proyectado en 32,9 millones.¹⁻² La prevalencia de Diabetes en las Américas varía entre 10 y 15 %; en el Perú se estima en 5,5 %. La magnitud de la misma está en aumento debido al incremento de factores como la obesidad, el sobrepeso, el sedentarismo y los hábitos inadecuados de alimentación.¹⁻²

Por otro lado, el sistema biomédico se ha caracterizado fundamentalmente por un marcado biologismo centrado en el estudio del "órgano enfermo", bajo una perspectiva "disease", que recoge mayoritariamente los signos, prescindiendo de este modo de la narrativa del paciente acerca de los síntomas de la enfermedad. "Una de las características

del sistema biomédico de la salud ha sido reducirlo al propio saber, escindiéndolo de sus relaciones sociales, fundando dicha escisión en la autonomía científica, técnica de los saberes profesionales. El saber médico reduce la enfermedad a signos y a diagnósticos construidos a partir de indicadores casi exclusivamente biológicos". (Menéndez 2005:11).

MARCO TEÓRICO

SALUD Y PRÁCTICAS CULTURALES

... "La concepción de salud se entiende necesariamente dentro de una cultura particular que conforma e influye fundamentalmente en el modo en que esta se experimenta, lo mismo ocurre con la enfermedad. Las creencias sobre la enfermedad dan forma a los síntomas de quien sufre y también dan cuenta de su ubicación social. La cultura forma parte de la naturaleza misma de la enfermedad".

"Las diferencias culturales se refieren a las maneras diversas de resolver la relación de los seres humanos con su entorno natural y social. Asimismo, en todas las culturas existen diversidades según niveles socioeconómicos, sexo, edad, religión, etcétera. Estas diversidades culturales influyen en la forma de pensar y actuar de las personas, por lo que la significación de la enfermedad y las implicaciones que tenga para cada sujeto tendrán características particulares, construyéndose así formas singulares de padecimiento".

"Las definiciones que el común de las gentes tengan sobre su padecimiento condicionan los tipos de ayuda buscada y las percepciones de las ventajas del tratamiento".

"La resistencia a seguir las indicaciones terapéuticas, el consumo autónomo y por propia iniciativa de fármacos, la resistencia y/o

incapacidad de asumir comportamientos preventivos, son todos factores que no pueden ser explicados y comprendidos solo en términos de eficacia-no eficacia del sistema de salud. Todos ellos constituyen aspectos parciales de un fenómeno mucho más amplio vinculado con el hecho de que las personas tienen ideas, que a su vez se traducen en comportamientos, sobre lo que hay que hacer o evitar para mantenerse sano o para curar las enfermedades en definitivo, sobre lo que es relevante respecto de su salud”.

“Existe un complejo mundo de creencias, valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud, que interaccionan permanentemente con la medicina oficial y que informan no solo de las modalidades de gestión de la salud, sino también de la relación que el sujeto tiene con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre, con el conjunto de los servicios sanitarios, etcétera”.

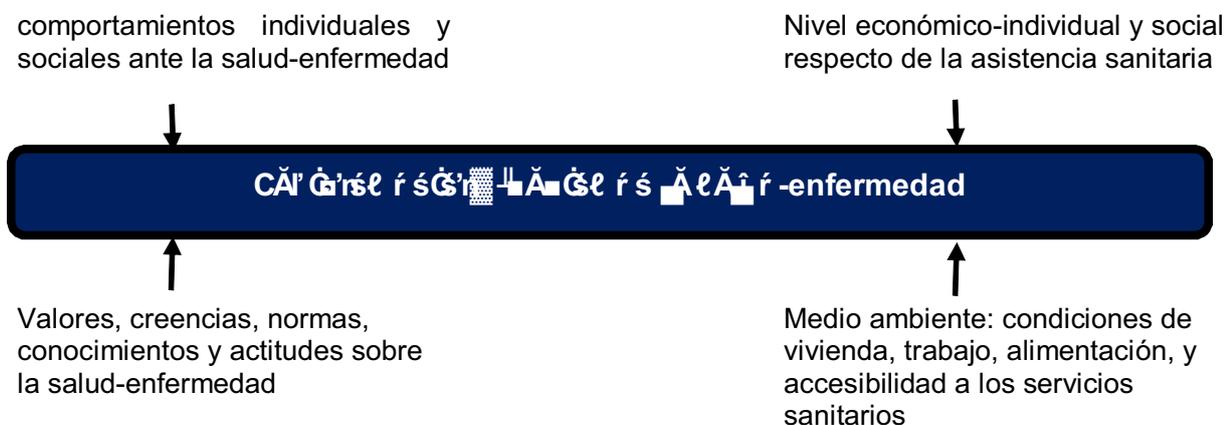
“Considerar los comportamientos ligados a la salud y la enfermedad como expresión de un sistema de creencias permite modificar algunos esquemas interpretativos y plantear la hipótesis de que los significados atribuidos a la salud y a la enfermedad dan razón y explican las acciones realizadas por una persona para afrontar una patología y para preservar su salud”.

“A partir de esta hipótesis interpretativa, los significados atribuidos a la enfermedad constituyen un filtro, a través del cual el sujeto selecciona sus estrategias de acción, que no deben necesariamente presuponer la consulta al médico, sino que podría hacerlo a un familiar, a un amigo, a un curandero, un sacerdote o permanecer sin consultar a nadie”.

“En el proceso de atribuir significado a su experiencia de enfermedad, el paciente no inventa los significados sino que usa los significados y las interpretaciones que su entorno social le proporciona y que él ha hecho suyos. Por ello, es posible predecir en buena medida la conducta de un conjunto de individuos sin tener en cuenta sus características individuales, sino refiriéndose únicamente al contexto sociocultural en el que participan”.

Lo que cualquier persona reconoce como síntoma de un mal es, en parte, una función de la desviación del estándar cultural e histórico de normalidad establecido por la experiencia diaria. Si alguien considera que está enfermo y que necesita ayuda médica, lo probable es que encuentre aceptación y apoyo dentro de su medio cultural, siempre que muestre síntomas que a juicio de otros indican un mal y si los interpreta del modo que a los demás les parezca adecuado.

FIGURA 01: EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD



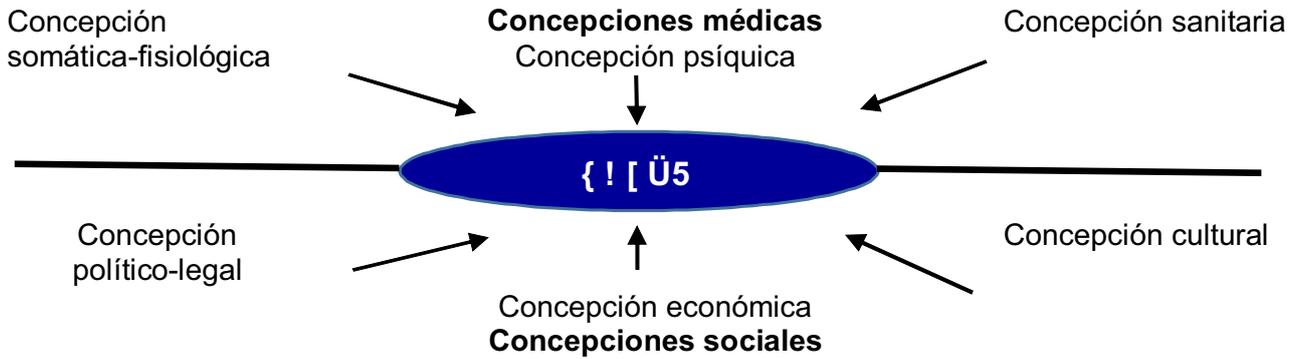
SALUD

Si en este momento hiciésemos esta pregunta a diversas personas, recibiríamos diversas respuestas.

No es lo mismo la salud para un docente, para un médico, para un abogado, para alguien que

circunstancialmente estuviera presente en el momento en que se hablara del tema. La diversidad de respuestas deriva de diferentes formaciones profesionales, contextos socioculturales específicos, etapas vitales, etcétera.

FIGURA 01: EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD



Concepción somático-fisiológica, parte de la enfermedad en el organismo físico. La salud es, en esta concepción, el bienestar del cuerpo y del organismo físico y la enfermedad es el proceso que altera este bienestar. Es evidente el peso que tiene esta concepción de la salud en la opinión colectiva y en la propia práctica médica, y no puede negarse que la mayor parte del desarrollo de la medicina proviene de los adelantos en esta dimensión. Esquemáticamente puede enunciarse diciendo que si el organismo físico no posee alteraciones visibles, existe salud y solo cuando haya una alteración del organismo existirá enfermedad.

Aún hoy la enseñanza de la medicina, la exploración y el examen del enfermo y la terapéutica habitual se basan principalmente en la identificación y alteraciones en el organismo en el nivel fisiológico. No en vano se conocía antiguamente a los médicos con el nombre de “físicos”, y aún en los países de habla inglesa (physician), y que, tanto por sus instrumentos como por sus actos, la profesión era identificada por el público con la manipulación de los aspectos físicos del cuerpo humano.

Desde la perspectiva de las ciencias sociales, la concepción de salud también se basa en diferentes enfoques disciplinares, según se la

conciba desde el derecho, la economía, la sociología, entre otras.

La concepción económica se impone en el mundo desarrollado debido a la importancia que la salud posee para la eficacia del factor humano en los procesos productivos, a los que aporta un elemento único y costoso. En otras épocas, el factor humano no era considerado un factor estratégico, lo cual llevaba a su poca estimación económica, mientras que un factor escaso como el capital atraía la atención principal y la preocupación del empresario. En la situación actual, el factor humano ha pasado a constituir un elemento estratégico de los procesos productivos; de ahí la relevancia de la “productividad humana”, para lo cual es necesario contar con una “buena salud”.

Según la concepción cultural, la salud, como estado de aptitud para el desempeño de roles sociales, se define tan variadamente como numerosos son los roles en la sociedad. Si tomamos como ejemplo el rol laboral, que puede desglosarse en multitud de puestos de trabajo, veremos que una misma situación afectará diferencialmente a dos sujetos, según el rol que desempeñen. Por ejemplo, la inmovilización de una extremidad inferior implica falta de salud para el desempeño del rol de un trabajador de construcción, mientras que

no invalida al directivo o al técnico en el desempeño de funciones que no requieren desplazamientos.

El propósito de esta investigación es analizar la influencia de la pobreza en las representaciones y prácticas culturales del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 desde una perspectiva social, en la que inciden factores de carácter cultural y económico.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

La investigación es de tipo triangular cuantitativo– cualitativo, de naturaleza etnográfica, abordado entre ambos de acuerdo a la naturaleza del fenómeno estudiado; para dar respuesta a los objetivos propuestos en esta investigación se determinó la metodología.

La etnografía es el registro del conocimiento cultural. Es la manera de desarrollar y verificar teorías. La etnografía es el registro del conocimiento de un grupo cultural o social⁷. El enfoque etnográfico se apoya en la convicción de que las tradiciones, roles, valores y normas del ambiente en que se vive se van internalizando poco a poco y generan regularidades que pueden explicar la conducta individual y grupal en forma adecuada⁸.

La población en estudio estuvo comprendida por los pacientes diabéticos que acuden al Hospital Hermilio Valdizán Medrano, en el 2016. Se seleccionaron una muestra por saturación aproximadamente de 09 pacientes que nos permitieron obtener información de diferentes individuos mayores de 24 años, varones y mujeres adscritos Hospital Hermilio Valdizán Medrano. Las técnicas que se utilizaron fue la entrevista a informantes claves y la observación participante, esta última permite al investigador participar activamente en las actividades realizadas por el informante.

En la investigación etnográfica los entrevistados son considerados informantes claves del fenómeno en estudio, debido a que son ellos quienes tienen mayor información de primera mano sobre el objeto de estudio. Estos informantes cumplen con una función activa no solo son dadores de información, Según Spradley (1979), el éxito de la etnografía

depende, en cierta forma, del poder comprender la naturaleza de la relación. Se llevó a cabo esta investigación con 09 pacientes diabéticos. Las entrevistas se grabaron con el consentimiento del informante para facilitar el análisis.

Para el desarrollo de la presente investigación fue necesario considerar los principios éticos en la interacción con los informantes como es, a lo menos, su autorización y la garantía del anonimato como parte de la protección de sus derechos. Se debe considerar que los colaboradores son seres humanos con sentimientos e intereses, que muchas veces están temerosos ante el trabajo de campo, por lo que es importante considerar siempre sus problemas e inquietudes para así proteger su bienestar físico, mental y social, en resguardo de sus derechos. Previo a la entrevista se realizaron entre uno a tres contactos personales con los sujetos del estudio con el propósito de realizar contacto social y establecer una relación de empatía, obtener su cooperación y consentimiento para el desarrollo de esta investigación.

El análisis cuantitativo-cualitativo implicó organizar los datos, recolectarlos, transcribirlos al texto, sistematizar la información, codificarla para explicar y analizar el tema objeto de estudio. El análisis cualitativo fue interactivo y recurrente con ayuda del programa Atlas.it.

Una vez analizados y sistematizados los datos se describieron y explicaron los resultados de las variables en estudio.

El ámbito de estudio de la presente investigación fue los consultorios externos de Medicina del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano–Huánuco, durante el año 2016.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

TABLA 01
ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN INFLUENCIA DE LA POBREZA EN LAS REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS CULTURALES DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 - HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO-2016

DIMENSIÓN	DISCURSO	ANÁLISIS
CARACTERÍSTICAS PERSONALES	El mayor número de pacientes según sus datos generales pertenecen al grupo adulto mayor, predominó el sexo femenino, de acuerdo al estado civil las personas están solas (soltero/a, viudo/a), con el nivel de escolaridad bajo (primaria y sin estudios), religión evangélico.	Las edades más afectadas están: los de 45 - 60 años (6%), los mayores de 65% (11%), a esto se suma que el riesgo de enfermedad cardiovascular para estas personas se incrementa con la edad. Conforme al sexo, en las mujeres ocupa el segundo lugar como causa de muerte dentro del grupo de 46 a 64 años y el tercer lugar en el grupo de 65 años o más.
CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS	La característica socioeconómica de los pacientes en estudio predomina la condición económica pobre, tienen numerosa carga familiar (5 a 6 miembros), material de vivienda rustico, sienten temor por inestabilidad de los ingresos, con bajos ingresos económico y la mayoría es ama de casa.	... centrarnos tan solo en qué grupo socioeconómico tiene más casos de diabetes oscurece el hecho de que, incluso en los países de ingresos bajos, la diabetes ya es muy frecuente en los sectores más pobres de la sociedad, especialmente en áreas urbanas, en donde uno de cada seis (o más) adultos tiene diabetes.
DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD	El promedio medio de duración de la enfermedad diabetes Mellitus tipo 2 es 7.8 años.	Un conjunto de pruebas convincente indica que muchos de los riesgos que llevan a la diabetes tipo 2 se originan en las primeras etapas de la vida, influidos por la subalimentación o la sobrealimentación materna, la diabetes de la madre y el entorno fetal y del recién nacido.

FUENTE: Guía de entrevista semi-estructurada setiembre 2016

TABLA 02
ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN INFLUENCIA DE LA POBREZA EN LAS REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS CULTURALES DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 - HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO-2016

DIMENSIÓN	DISCURSO	ANÁLISIS
CAUSAS Y EFECTOS DE LA ENFERMEDAD	<p>Las causas epidemiológicas de la diabetes: 44% (4) atribuyen al estrés. El 22% (2) refieren que la enfermedad es hereditaria. Sobre los efectos epidemiológicos que ocasiona la diabetes a los pacientes en estudio: El 22% (2) indica sobrepeso y obesidad, el 11% (1) de cada uno de los cinco pacientes restantes presentan: problemas renalces, siente mareos/nauseas, pie diabético, sufre de los riñones y presión arterial alta y enflaquecimiento.</p>	<p>Causas: Alta ingesta de grasas, particularmente saturadas (más de 30% del aporte calórico/día). Elevada ingesta alcohólica. Sedentarismo. Grupos étnicos de alto riesgo: afroamericanos, latinos y afroasiáticos. Edad mayor de 45 años o 30 años con un IMC mayor de 25 kg/m² . Antecedentes familiares de DM2 en familiares de primer grado. Obesidad visceral. Hipertensión arterial. Síndrome de ovario poli quísticos (SOP). Diabetes gestacional. Madres de hijo con peso mayor de 4 kg al nacer. Hipogonadismo masculino.</p> <p>Efectos: Niveles altos o muy bajo de azúcar. Problemas en riñones, nervios, pies y ojos. Enfermedades cardíacas y trastornos óseos y articulares, en la piel, aparato digestivo, disfunción sexual y problemas en los dientes y las encías, náuseas o se siente cansado o tembloroso.</p>
TRATAMIENTO ENFERMEDAD	<p>El mayor porcentaje informa que está recibiendo tratamiento biomédico y tradicional.</p>	<p>El mejor tratamiento es perder peso y controlar los niveles de glucosa según los estudios presentados en la 72nd Scientific Sessions de la Asociación Americana de Diabetes (ADA).</p>
NORMAS	<p>Sobre las normas sobre la salud el mayor porcentaje de los pacientes cumplen con la dieta indicada, practican hábitos de higiene y no realizan ejercicios.</p> <p>Normas prescriptiva: El 33% (3) practican hábitos de higiene, 22% consumen la dieta indicada y 4 pacientes cada uno con 11% cumplen con: Revisiones periódicas cada mes, adherencia al tratamiento, realizan ejercicios, se relajan.</p> <p>Normas proscriptiva: El 44% no hacen ejercicios, 22% no consumen alimentos dulces y 4 pacientes cada uno representa 11% no consume sal ni grasa, evita renegar, no consume alcohol.</p>	<p>Prescribir un fármaco forma parte de un proceso que incluye otros componentes como especificar el tratamiento y orientar al paciente.</p> <p>Proscriptiva, es lo contrario de la prescriptiva.</p>
PROMOCION DE LA SALUD	<p>Sobre la promoción en salud, el mayor porcentaje de los pacientes tienen acceso a la información y a los programas de promoción de la salud.</p>	<p>En la población que tiene un alto riesgo de padecer diabetes para evitar la aparición de la enfermedad. Se proponen acciones: Educación para la salud principalmente a través de folletos, revistas, boletines, etcétera. Prevención y corrección de la obesidad promoviendo el consumo de dietas con bajo contenido graso, azúcares refinados y alta proporción de fibra. Precaución en la indicación de fármacos diabeto génicos como son los corticoides Estimulación de la actividad física.</p>

FUENTE: Guía de entrevista semi-estructurada setiembre 2016

TABLA 03
ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN INFLUENCIA DE LA POBREZA EN LAS REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS CULTURALES DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 - HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO-2016

DIMENSIÓN	DISCURSO	ANÁLISIS
METÁFORAS	<p>Las metáforas del 22% (2) sienten "Hormigueos en la cara y en mi cabeza. Como si fuera mariposas en mi cara", y cinco pacientes cada uno con 11%(1) refieren: "Me pincha como aguja", "granos en la lengua por pastillas", "el estómago me quema"; "parálisis en la cara"</p> <p>De los nueve pacientes, 22% (2) expresaron las metáforas siguientes: "Las pastillas me queman el corazón" "La boca me seca".</p>	<p>Las reacciones secundarias al tratamiento farmacológico con diabetogénicos más frecuente es la diarrea (30%), El efecto secundario más grave, aunque muy poco frecuente, es la acidosis láctica con una incidencia de 0.01-0.067 casos por 1000 pacientes/año y una mortalidad del 50%. La mayoría de casos se han dado en individuos con insuficiencia renal o respiratoria, en los que la metformina estaba claramente contraindicada.</p>
EXPECTATIVAS	<p>La mayoría de los pacientes en estudio tienen la expectativa de sanarse de la diabetes.</p>	<p>Hágase cargo de la diabetes fortaleciéndose. Aprenda a partir de sus errores y tratar de aportar una nueva perspectiva a su cuidado de la diabetes. Cuando revise los resultados de la glucosa en la sangre, no piense que están "bien" o "mal". Hable de realizarse "controles", no "pruebas".</p>
TEMORES	<p>La mayoría de los pacientes manifestaron temores relacionados a las complicaciones y efectos que ocasiona la enfermedad.</p>	<p>El manejo de su diabetes puede parecer abrumador. Ahora hay muchos cambios necesarios en su vida: dieta, ejercicio físico, control de niveles de glucosa en la sangre, medicamentos, y más. La diabetes impacta en su vida; sin embargo, significa una gran oportunidad para cambiar y es un alerta. Los cambios no siempre nos agradan; no obstante, la comprensión gradual de todos los nuevos comportamientos requeridos, de a uno por vez, le ayudará a mantener la calma y la organización.</p>

FUENTE: Guía de entrevista semi-estructurada setiembre 2016

TABLA 04
ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN INFLUENCIA DE LA POBREZA EN LAS REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS CULTURALES DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 - HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO-2016

DIMENSIÓN	DISCURSO	ANÁLISIS
FALTA DE LIBERTADES	El mayor porcentaje de los pacientes tiene dependencia económica.	Las enfermedades crónicas registran prevalencias crecientes en muchos de los países en vías de desarrollo más pobres, creando una doble carga al agregarse a las enfermedades infecciosas que aún continúan afectando estos países.
VALORES	El mayor porcentaje de los pacientes tiene como valores favorable para su salud: El apoyo familiar, hacen ejercicios y tienen vida social.	La familia requiere adaptarse a la sociedad transformándose al mismo tiempo; la tarea psicosocial de la familia de apoyo a sus miembros adquiere más importancia que nunca, ya que sólo la familia puede transformar y al mismo tiempo mantener una continuidad suficiente.
ANTIVALORES	La mayoría de los pacientes manifiestan antivalores que desfavorece su salud como: "Cuando uno está enfermo los amigos desaparecen, ya no vienen, ni llaman". Sufren "abandono familiar"; "la dieta cuesta más que la comida"; "No hace vida social, no le gusta los amigos, me caen pesadas". "Yo paro sola con mis hijos y mi nuera". "Las amigas me aburren, no tengo paciencia para soportarlas" y consumen alimentos en "exceso".	El grupo social es el más importante para el hombre, y es considerado un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto. De igual manera las experiencias emocionales con los alimentos y la exposición a la educación nutricional contribuyen a formar sus hábitos dietéticos, siendo, en alguna medida un producto de su cultura y de su grupo social
CREENCIAS	La mayoría de los pacientes creen en la herbolaria.	En caso de una enfermedad grave, generalmente es mejor usar la medicina moderna—con la ayuda de un personal de la salud, cuando sea posible.
EMOCIONES	La mayoría de los pacientes en estudio presentan depresión, tristeza y estrés.	La mayoría de las personas, cuando se enteran de que sufren diabetes, atraviesan una gama de emociones que comienza con negación y también incluye temor, culpa, enojo, confusión y depresión.

FUENTE: Guía de entrevista semi-estructurada setiembre 2016

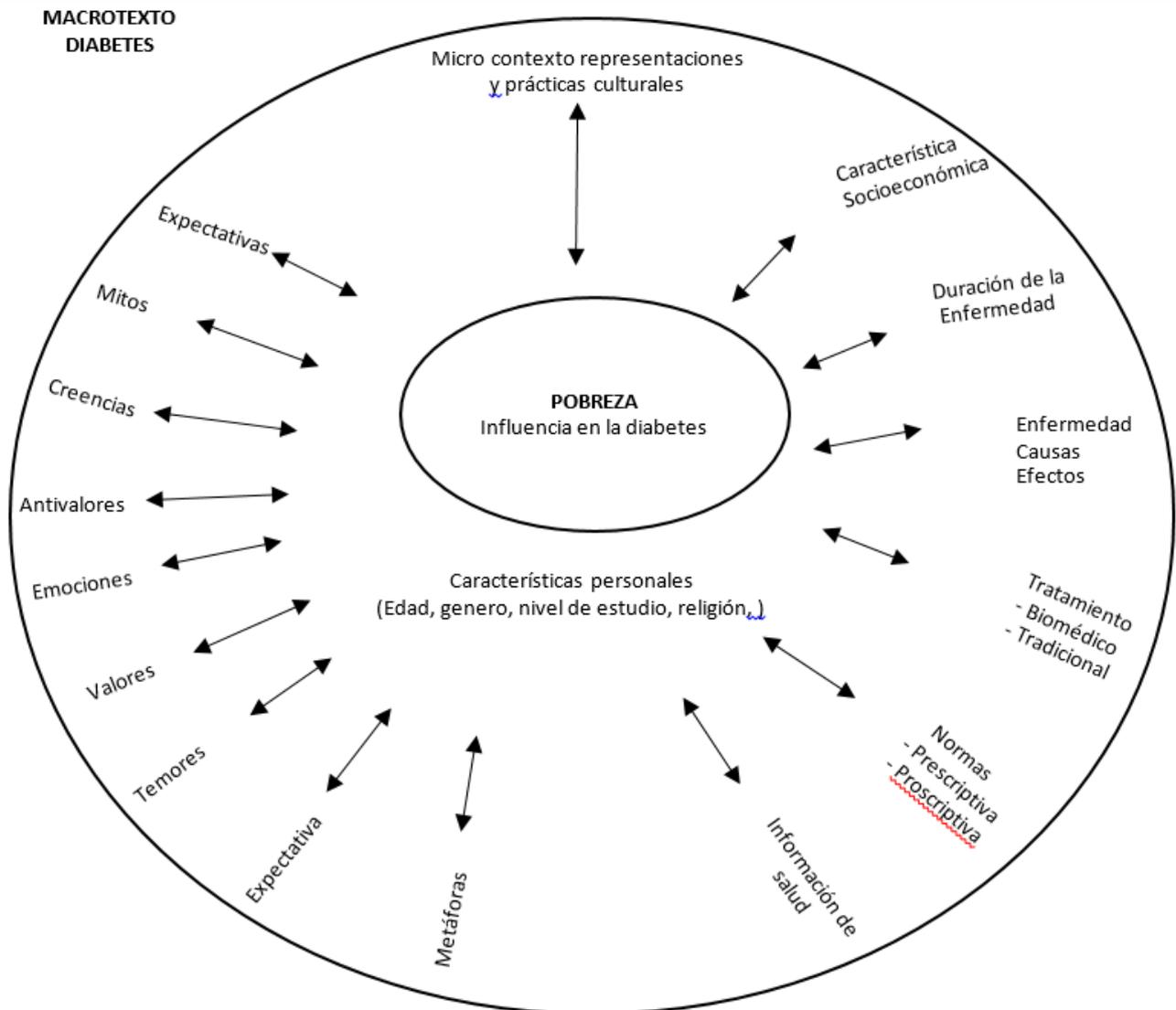
TABLA 05
ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN INFLUENCIA DE LA POBREZA EN LAS REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS CULTURALES DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 - HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO-2016

DIMENSIÓN	DISCURSO	ANÁLISIS
MITOS	El mayor porcentaje de los pacientes en estudio manifestaron mitos relacionados al tratamiento de la enfermedad: "Las pastillas me vuelven renegona"; "Comiendo tocosh me cuido del estómago"; "Las pastillas me dañan el hígado"; "Estar sin un pie es estar inutilizado"; "Las pastillas me estriñen y me dañan el estómago"; "La pastilla me afloja el estómago".	Los remedios caseros ayudan a aliviar algunas enfermedades, pero otras deben curarse con la medicina moderna, como por ejemplo, la diabetes.
EXPECTATIVAS	La mayoría de los pacientes exteriorizaron sus expectativas: quieren estar sanos y controlar su enfermedad.	Expectativas, esperanza de realizar o hacer algo o posibilidad razonable de que algo sucede. Nítidas esperanzas de recibir todo aquello que resuelva su problema.
METÁFORAS	De los nueve pacientes, 22% (2) expresaron las metáforas siguientes: "Las pastillas me queman el corazón" "La boca me seca".	Las teorías psicológicas más aceptadas atribuyen al pobre enfermo la doble responsabilidad de haber caído enfermo y de curarse. Hacen de el una enfermedad vergonzosa.
EXPECTATIVAS	La mayoría de los pacientes en estudio tienen la expectativa de sanarse de la diabetes.	La medicina y los servicios de salud deben cumplir las funciones <i>curar, aliviar a menudo, y confortar siempre</i> . La función de curar corresponde a lo científico y aliviar y confortar corresponde a lo artístico, tales como el confort, rapidez y la amabilidad.
TEMORES	La mayoría de los pacientes manifestaron temores relacionados a las complicaciones y efectos que ocasiona la enfermedad.	Las restricciones y privaciones exigidas para controlar la enfermedad acaban generando reacciones emocionales intensas: sufrimiento, ansiedad, temor, preocupación permanente, vigilancia eterna para contener los propios impulsos y el deseo de traspasar los límites.

FUENTE: Guía de entrevista semi-estructurada setiembre 2016

CONCLUSIÓN

FIGURA 3: INFLUENCIA DE LA POBREZA EN LAS REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS CULTURALES DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 - HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO, HUÁNUCO-2016



FUENTE: Creación propia de los investigadores.

Los resultados confirman la hipótesis de investigación: Existe influencia de la pobreza en las representaciones y prácticas culturales de los pacientes diabéticos sobre la enfermedad.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. García-Reza Clotilde, Cruz Campuzano Eden, Gómez Torres Danelia, Toxqui Tlachino María Juana Gloria y Sosa García Betsy Corina. (2014). *La percepción de un grupo de hombres sobre Diabetes*.

Contribuciones a la enfermería. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.

2. Aguilera Fuentes, Pedro Luis. (2011). Tesis para optar el grado de doctor en Ciencias Pedagógicas. *Modelo pedagógico para favorecer cambios en el estilo de vida del adulto de la tercera edad dirigidos a prevenir la diabetes mellitus*. Universidad de Ciencias Pedagógicas "JOSÉ DE LA LUZ Y CABALLERO". Holgín, Cuba.

3. KORNBLIT, Ana Lía y MENDES DIZ, Ana María. (2007). *La salud y la enfermedad:*

- aspectos biológicos y sociales*. Contenidos curriculares. Ed. Aique. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.
4. Ledón Llanes, Lorraine (2011), *Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad*, Instituto Nacional de Endocrinología. La Habana, Cuba. En: Rev. Cubana Endocrinol vol.23 No.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2012.
 5. Hammersley M. Atikson *Etnografía: Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós; 1994.p.15
 6. Goetz JP. Le Compte M.D. *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.1988.
 7. Martínez M. *La investigación Cualitativa etnográfica en educación: Manual teórico práctico*. Bogotá. Circulo de cultura alternativa: 1999. P.28.
 8. Campos-Navarro Roberto Torrez Diana y Arganis-Juárez Elia Nora.(2002) *Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas*. En: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(5):1271-1279, Setout, 2002
 9. Hammerley, M.1994. *Etnografía: Métodos de investigación*. Ediciones Piados.297p.
 10. J.1979. *The Etnographic*. Interview. Holt. Rinehart and Wilson. New York. U.S.A.427p.
 11. Taylor, S, J. 1986. *Introducción a los métodos cualitativos de Investigación: Búsqueda de significados*. Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona.
 12. La Oficina Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Educación sobre diabéticos. Disminuyamos el costo de la ignorancia. 525 Ttoenty-third, NW. Washington, D.C. 20037, E.U.A. 1996.
 13. Resik P. *Niveles de acción en la lucha por la salud y contra las enfermedades*. La Habana: Facultad de Salud Pública; 1993.
 14. Federación Internacional de Diabetes. Atlas de Diabetes, 5ta. ed. Arabic; 2012 [citado 4 Mar 2012].
 15. Paschal Awah. *Diabetes y medicina tradicional en África*. Escuela de población y ciencias de la salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Newcastle upon Tyne (RU).
 16. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS*. Centro de Publicaciones. Madrid.2013.
 17. Testa Marcia A. *Mejorar la terapia de diabetes: aumentar la satisfacción*. En: Diabetes Voice. Diciembre.2013.Vol.48.No 4.
 18. Palomares Estrada, Lita. Tesis: *Pacientes diabéticos: barreras para mantener una alimentación saludable y actividad física diaria*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú.2014.
 19. Jiménez Becerra, Claudia Juliana. *Exploración cualitativa de las percepciones de las familias de estrato 5 de la localidad de Chapinero – Bogotá frente a los hábitos alimentarios y atributos de la alimentación saludable*, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias, carrera de Nutrición y Dietética. Bogotá, D.C. 2008.
 20. Nicolás Hernández, María. *Comportamientos de salud relacionados con la obesidad infantil desde una perspectiva multicultural*. Universidad de Murcia. Facultad de Medicina.2015.
 21. Velásquez G. Vilma *Tejido de significados en la adversidad: Discapacidad, pobreza y vejez*. En: Hacia la promoción de la salud, Volumen 16, No.2, julio – diciembre 2011, págs. 121 – 131.
 22. Anales del Seminario de Metafísica. Actas del XI Congrés Valencia de Filosofía, Societat de Filosofia del País Valencia, Valencia, 1996, págs.: 61-75
 23. Benvenuto, Analía. *Las creencias y actitudes de pacientes diabéticos*. Instituto de investigaciones, II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2010.
 24. Federación Internacional de la Diabetes. Plan Mundial Contra la Diabetes 2011-2021. B-1170 Bruselas Bélgica.
 25. Sacco, W. y Yanover, T. (2006). *Diabetes and depression: the role of social support and medical symptoms*. Journal of Behavioral Medicine, 29(6), 523-531.
 26. Organización Panamericana de la Salud (2010) *Proyecto de Prevención y Control de la Diabetes en la Frontera México- Estados Unidos Fase I Series de Salud de la frontera entre México y Estados Unidos Estudio de*

- prevalencia de la Diabetes tipo 2 y sus factores de riesgo Reporte Técnico.* El Paso, Texas 79912.
27. Cifuentes R. Jeannette. *La Familia ¿Apoyo o desaliento? Modulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción.* Osorno abril del 2005.
28. López Ortega, Jesús. *Gestión de las necesidades, preferencias, opiniones y expectativas de los pacientes diabéticos, para la toma de decisiones clínicas compartidas, en consultas de enfermería de centros de Salud de Jaén.* Universidad de Alucante.2009.
29. Siqueira Péres, Denise y Colaboradores. *Dificultades de los pacientes diabéticos para el control de la enfermedad: sentimientos y comportamientos.* Rev. Latino-am Enfermagem 2007. Novembro-dezembro;15(6).
30. Calvo, María Julia, 2003. *Apuntes Consentimiento Informado, clase deontología,* Instituto de en Enfermería, Universidad Austral de Chile.
31. Fontaines Ruiz, Tomás.2012. *Metodología de la Investigación.* Ed. Jupiter. Caracas. Venezuela.
32. Day; Roberto (1996). *Como escribir y publicar trabajos científicos O. P .S..* México. Ed. Organización Panamericana.
33. De Souza.(2000). *El desafío del conocimiento. Investigación Cualitativa en salud.* Buenos Aires. Ed. Mc. Graw. Hill Interamericana.
34. Hernández; R Y Otros(2003). *Metodología de la investigación.* ed. 2da. México. Ed. Mc Graw Hill Interamericana.
35. Kerlinger, F.(2000). *Investigación científica.* ed.4ta. México Ed Mc Graw Hill Interamericana.
36. Sánchez, H.(2002) *Metodología de la investigación científica.* Perú Universidad Mayor de San Marcos.