

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO



**“EL SIGNIFICADO SOCIAL DE LA ENFERMEDAD EN
PERSONAS DE BAJOS RECURSOS ECONÓMICOS
CHICLAYO-2012”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTORA: Bach. Milagros Estefania Guerrero Ramírez

Chiclayo, 16 de Julio del 2014

**EL SIGNIFICADO SOCIAL DE LA ENFERMEDAD EN
PERSONAS DE BAJOS RECURSOS ECONÓMICOS.
CHICLAYO-2012**

POR:

Bach. Milagros Estefania Guerrero Ramírez.

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el título de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Dra. Rosa Jeuna Díaz Manchay
Presidente de Jurado

Mgtr. Patricia Piscoya Ángeles
Secretaria de Jurado

Dra. Elaine Lázaro Alcántara
Vocal/Asesor de Jurado

CHICLAYO, Julio de 2014

DEDICATORIA

A mis padres por la confianza que depositaron en mí, por su apoyo incondicional, por su amor, por sus consejos, los cuales me sirvieron para no flaquear y mantener el espíritu de seguir adelante y culminar con éxito el presente trabajo.

A mis hermanas Liz y Sheyla, por apoyarme en lo que esté a su alcance, brindándome de esta manera seguridad la cual me sirvió de sostén para mantener firme en el trabajo investigado.

A mi hermano Félix porque a pesar que se encuentre lejos, siempre me ha dado su mano de soporte, preocupándose por mí y amparándome en toda actividad que realice para desenvolverme como estudiante.

AGRADECIMIENTO

A Dios, porque sé que gracias a Él me he levantado en cada dificultad, me dio fortaleza para no flagelar; y porque a pesar de mis errores no me abandona.

A mi asesora Dra. Elaine Lázaro Alcántara por su apoyo y exigencia para culminar de forma científica este trabajo.

INDICE

	Pg.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCION	8
CAPITULO I: MARCO CONTEXTUAL	13
CAPITULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL	18
2.1 Antecedentes	18
2.2 Base teórico – conceptual	19
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO	24
3.1 Tipo de investigación	24
3.2 Abordaje Metodológico	25
3.3 Sujetos de Investigación	28
3.4 Escenario	33
3.5 Instrumentos de Recolección de datos	34
3.6 Procedimiento	36
3.7 Análisis de datos	38
3.8 Criterios Éticos	42
3.9 Criterios de Rigor Científico	43
CAPITULO IV: ANÁLISIS INDIVIDUAL DEL SIGNIFICADO SOCIAL DE LA ENFERMEDAD Y SU REPRESENTACIÓN GRÁFICA	45
CAPITULO V: PROFUNDIZACIÓN EN EL CONOCIMIENTO SOBRE EL SIGNIFICADO SOCIAL DE LA ENFERMEDAD EN PERSONAS DE BAJOS RECURSOS ECONÓMICOS	92
CONSIDERACIONES FINALES	121
RECOMENDACIONES	123
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124
ANEXOS	129

RESUMEN

Investigación que profundiza en el significado social de la enfermedad en personas de bajos recursos económicos. Los objetivos fueron: caracterizar el significado social de la enfermedad en personas de bajos recursos económicos y analizar y discutir el significado social de la enfermedad en personas con bajos recursos económicos. El marco teórico-metodológico fue abordado con Serge Moscovici (1961) y Denisse Jodelet (1989), aliándolo al concepto de Enfermedad bajo un enfoque social. Como técnica de recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada a profundidad. Los sujetos de investigación fueron personas con bajos recursos económicos de los servicios de medicina interna del HRDLM. El análisis de la asociación de contenido de Isaura Porto et al (2003), fue el método de análisis de contenido, obteniéndose las siguientes categorías: “Enfermedad y Pobreza”, “Estigmas de la Enfermedad: Frustración, Sacrificio y Cambio”, “Hospital y Enfermedad: Discriminación, Necesidad y Atención”. A través de las expresiones de las personas de bajos recursos económicos, se puede entender la enfermedad como un problema sociocultural, pues está influenciada por la relación de las personas con su entorno grupal y cultural, que permite construir y reconstruir diversas imágenes, ideas, conceptos que elaboran a partir de las relaciones que establecen con la sociedad y que parten de la experiencia previa.

PALABRAS CLAVES: Significado Social, Enfermedad, Recursos Económicos Insuficientes.

ABSTRACT

This research explores the social meaning of illness for people with low income. The objectives were to characterize the social meaning of illness in people with low income and analyze and discuss the social significance of the disease in people with low income. The theoretical and methodological framework was addressed Social Representation, argued by Serge Moscovici (1961) and Denisse Jodelet (1989), the concept of disease aliándolo under a social approach. How data collection technique was used in-depth semi-structured interviews Research subjects were people with low economic resources of the internal medicine services HRDLM. The association analysis Isaura content Porto et al (2003) was the content analysis method, obtaining the following categories: "Discovering the RS of Disease and its anchorage in the lives of people with low income", "The disease stigmatized as undesirable event of frustration, sacrifice and alter the family dynamic," "Human Care Nursing as a" key "to tackle the disease." Through the expressions of people with low income, is a cultural problem, it is influenced by the relationship of people with their environment and cultural group, which allows you to build and reconstruct various images, ideas, concepts developed from establishing relations with society and that are based on previous experience.

KEY WORDS: social representation and illness, Low-Income

INTRODUCCIÓN

“La pobreza es la peor forma de contaminación”, proclamó Indira Gandhi ante la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Humano en Estocolmo en 1972. ⁽¹⁾ El ciclo enfermedad-pobreza se produce cuando la pérdida de la salud puede llevar a un sujeto y su familia a condiciones de pobreza extrema ⁽²⁾. Ésta definición conlleva a cuestionar esta relación que muchas veces es investigada pero que un país emergente como el nuestro aún es relevante.

La salud de la población peruana es un reflejo de su realidad social: se ha alcanzado una importante mejora en algunos indicadores de salud del país, sin embargo, las grandes diferencias que enmascaran los promedios nacionales ocultan las inequidades existentes en la salud. La mayor o menor probabilidad de muerte y enfermedad está en función de factores como el estrato socioeconómico. ^(3,4)

La situación se exagera cuando el jefe de familia es el que enferma y deja generar ingresos debido al problema de salud. Las familias pobres que tienen que afrontar tratamientos costosos, les cuesta mucho sacrificio realizar excesivos gastos para reparar la salud, lo que genera incumplimiento en el tratamiento prolongado como los de rehabilitación y otros, lo que se puede considerar “gastos catastróficos” de salud. ⁽⁵⁾

El término enfermedad está profundamente enraizado en los estratos sociales, culturas y forma parte de la transmisión cultural, oral y escrita, y hasta la actualidad continúa generando controversia; puesto que su concepto es cambiante, varía con los autores, las sociedades, las condiciones socioeconómicas y las épocas, generando definiciones de diversa índole, ninguna satisfactoria o clara para la enfermedad, esta palabra también es utilizada diariamente en el cotidiano de las conversaciones, que de alguna manera estimula, facilita y prolonga el diálogo académico como social.

La reacción de las familias ante la enfermedad no es igual en todos los casos. En las familias con una economía deficiente o las familias pobres, es mínimo el número que se adaptan adecuadamente a la nueva situación y, a pesar de las tensiones y reestructuraciones que exige ⁽⁶⁾.

La presencia de la enfermedad trae consigo necesidades y problemas que van más allá de lo estrictamente médico y del cuidado de enfermería. En la mayoría de las enfermedades, son situaciones nuevas no predecibles, que llegan en el momento menos esperado y en las circunstancias menos favorables ⁽⁷⁾.

Para el común de las personas de bajos recursos económicos, la enfermedad se relaciona con las siguientes expresiones: “ansiedad”, “mucho preocupación por falta de recursos económicos”, “miedo a lo que pueda pasar”, “sacrificio”, “buscar formas de recuperación”, “luchar contra la enfermedad”, “alejamiento de la familia”, “un gasto económico”, “discriminación por ser pobres”, estos comprenden un conjunto integrado de ideas, conceptos, saberes, creencias, que nacen de las distintas formas de ver o percibir la enfermedad.

Lamentablemente la pobreza juega un papel importante en la recuperación de las personas que no cuentan con recursos económicos; la necesidad de hospitalización frente a una enfermedad crónica o aguda puede resultar catastrófica para las familias, pues sus recursos no les permite mantener una estancia prolongada o necesaria para su recuperación ocasionando en ellas un conjunto de sentimientos y acciones que resultan ser desfavorables para ellos mismos, incluso para el familiar enfermo.

La investigadora a través de sus prácticas hospitalarias pre profesionales, ha podido experimentar de cerca esta realidad en más de un caso, apreciando las distintas imágenes, significados, estereotipos, saberes, sobre la enfermedad, los mismos que muchas veces han pasado desapercibidos en los cuidados que brindados por los profesionales de salud y sobre todo del equipo de enfermería, el cual tiene mayor contacto con las personas.

Al respecto, es desafiante para el personal de la salud ver que cada día estos casos se incrementan, sin embargo cabe preguntarse ¿cuán conscientes son los profesionales de la salud, entre ellos la enfermera respecto al rol que deben cumplir frente a esta realidad cotidiana? ¿Será que para ellos estas decisiones asumidas son de responsabilidad propia? ¿Qué significa para la familia la enfermedad en condiciones de pobreza? ¿Qué significa la hospitalización para las familias pobres? ¿Qué representa para ellos llevar a un familiar al hogar para morir? ¿Es posible que esta realidad pueda ser mejorada desde la perspectiva de enfermería?

Estos planteamientos dan cuenta de una realidad imperceptible para los profesionales de salud y específicamente de enfermería, quienes por el contrario muchas veces consideran un alivio (en sentido figurado) el tener un paciente menos en la nómina.

Definitivamente la temática muestra una realidad que replantea la participación activa de las enfermeras, ya que son los profesionales que más cerca están con las personas hospitalizadas.

Es a través de esta situación observada en la cual nace la interrogante ¿Cuál es el significado social de la enfermedad en personas de bajos recursos económicos?, los objetivos que fueron planteados en la investigación son: caracterizar el significado social de la enfermedad en personas de bajos recursos económicos, y analizar y discutir el significado social de la enfermedad en personas de bajos recursos económicos del servicio de medicina del Hospital Regional Las Mercedes.

Con el presente trabajo se busca reflejar el significado social de la enfermedad en un grupo de personas de bajos recursos económicos, esto permitirá que se genere una visión social de la misma, visión que requiere ser compartida por los profesionales de salud, específicamente por enfermería cuestionándose sobre su hacer al respecto.

Los resultados del trabajo apuntan a reflejar la crudeza de esta realidad, que permitirá que las instituciones responsables asuman algunas acciones encaminadas a mejorarla en el mejor tiempo posible.

Así mismo, los significados emergentes serán punto de análisis en el ámbito de la formación, pues tal vez es la enfermera quien debiera asociar el marco teórico de la representación social a las propuestas de acción que lidera en los diferentes espacios laborales donde ella se desarrolla.

La investigación constituye tal vez uno de los primeros trabajos que en el medio se abordan a la enfermedad desde una perspectiva social, permitiendo que a futuro se genere una línea de investigación que favorezca nuevas de políticas de salud que realmente apunten a minimizar la exclusión social.

Estructuralmente el trabajo de investigación está compuesto de 5 capítulos:

Primero: Marco Contextual, contiene información de la enfermedad basada en la pobreza desde épocas antiguas, desde lo histórico y social. teórico conceptual, contiene los antecedentes de investigación afines al objeto de estudio y el análisis de los conceptos claves.

Segundo: Marco teórico conceptual, contiene los antecedentes de investigación afines al objeto de estudio y el análisis de los conceptos claves.

Tercero: Marco metodológico, donde se describe la trayectoria seguida en la investigación, enfocando el método del estudio y destacándose los componentes del proceso investigativo, escenario, sujetos de estudio, análisis de los datos haciendo énfasis en el procesamiento de la información con asociación de contenidos.

Cuarto: Análisis y representación gráfica individual, aquí se presenta la objetivación de la representación social de la enfermedad en las personas de bajos recursos económicos, partiendo del análisis individual y representación gráfica de los

discursos de 25 personas entrevistadas en el escenario de estudio, cada entrevista fue analizada con el método de asociación de contenido, elaborándose la representación esquemática y la interpretación de los significados que emergen.

Quinto: Profundización en el Conocimiento sobre la representación social de la Enfermedad en personas de bajos recursos económicos, registra el análisis y discusión de las categorías, construida a partir del pase de las bases textuales individuales hacia un enfoque colectivo. Las categorías que emergieron fueron las siguientes: “Enfermedad y Pobreza”, “Estigmas de la enfermedad: frustración, sacrificio y cambio”, “Hospital y Enfermedad: Discriminación, necesidad y atención”.

Se concluye el trabajo de investigación con la presentación de las consideraciones finales, producto de los resultados del estudio y del análisis de las características que configuran la imagen que sobre la enfermedad tienen las personas con bajos recursos económicos.

CAPÍTULO I

MARCO CONTEXTUAL

Para objetivar el significado social de la enfermedad basado en la propuesta de Moscovici⁽⁸⁾, es necesario comprender los aspectos sociales y culturales, así como las interrelaciones, valores, creencias, mitos, estereotipos, además la configuración de la identidad grupal y social que propician muchas de las actuaciones y comportamientos de las personas, que la investigadora propone mostrar, teniendo en cuenta las modificaciones sufridas y la carencia de evolución en el concepto de este término a lo largo de la historia de la humanidad en un grupo de personas con bajos recursos económicos.

Al comenzar la revisión histórica que ha enfrentado el problema de conceptualización sobre enfermedad en personas con pobreza, se advierte que no hay exactitud ni precisión cronológica sobre las diferentes etapas por las que ha atravesado este concepto.

Según Vergara⁽⁹⁾ conviene hacer algunas reflexiones sobre lo que pudo ocurrir en tiempos pretéritos alrededor de la forma como el ser humano pudo ir construyendo las abstracciones necesarias para entender o explicar la enfermedad. Partamos de una época indefinida con un ser homínido pedestre, lo bastante evolucionado como para poder elaborar pensamientos explicativos de la realidad que enfrenta.

Desde los albores mismos de los tiempos, el hombre, en su relación dinámica con el medio natural, se vio envuelto en situaciones difíciles y peligrosas que ponían en riesgo su integridad física y hasta su vida misma, ya fuera por los riesgos inherentes a la naturaleza salvaje y a los accidentes geográficos propios del territorio que habitaba, o por la presencia de otros animales que competían con él en ese espacio⁽¹⁰⁾.

El ser humano enfrentó desde los tiempos primitivos situaciones de peligro para mantener y lograr sobrevivir. Para alcanzar ese objetivo hizo uso de acciones directas de lucha con sus enemigos de otras especies, e incluso con su propia especie, y/o enfrentar los riesgos que el mundo exterior le ofrecía.

Como consecuencia de su empeño instintivo por resolver las situaciones críticas a su favor, de seguro en las peleas o a su paso por lugares inhóspitos y peligrosos, muchas veces se provocó o le ocasionaron heridas y lesiones físicas, transitorias o permanentes. De igual modo, cuando enfrentó problemas, luchas y peligros, también debió experimentar temor, angustia y hasta situaciones de zozobra grupal que debieron afectar su ánimo y su mente. Pero en ambos casos, de inmediato le fue posible reconocer las causas de las lesiones o del miedo, mediante la asociación simple de eventos, de tipo instintivo, o por una percepción primaria algo más compleja que ya debería empezar a diferenciarlo de las otras especies de vertebrados ⁽¹⁰⁾.

Al hacer frente a estas situaciones de riesgo, dañinas o peligrosas, paulatinamente fue tomando conciencia de su vulnerabilidad ante el medio natural en que se movía; la experiencia vivencial acumulada le permitía evitar conscientemente los riesgos conocidos, cada vez con resultados más adecuados al estímulo, es decir, con mejores resultados ante riesgos cada vez más complejos. Tal es el caso de la actitud que debió asumir antes las posibles heridas provocadas en combate, las lesiones óseas por caídas de altura, las mordeduras de animales, los fenómenos telúricos, las aguas tormentosas, el rayo, el fuego, el ahogamiento, etc ⁽¹⁰⁾.

Nizama⁽¹¹⁾, afirma que en dichas circunstancias de permanente relación objetiva y dinámica con el entorno, el hombre primitivo tuvo que ir elaborando un concepto claro de su relativa fragilidad ante la naturaleza, admitió su vulnerabilidad, podía ser muerto o herido por causas reconocibles y debió asumir actitudes conscientes para evitar riesgos o para buscar la mejor manera de controlar sus consecuencias.

Para el hombre primitivo fue difícil entender de forma consciente su fragilidad, sin embargo al reconocer los riesgos que enfrenta y el daño que ocasiona en su salud física, empezó a evitar los peligros que les ofrecen estos riesgos.

Sin embargo con el evolucionar del tiempo, para el hombre los peligros ya conocidos no eran los únicos que afectaban su estado de salud; fueron apareciendo ciertas situaciones de peligro indeseables que los colocaban en alarma la situación en la que se encontraban.

Cada día hay más pruebas de que la situación socioeconómica está íntimamente relacionada con la enfermedad, ya que la pobreza implica la falta de recursos necesarios para la supervivencia. Si bien los gobiernos han hecho avances por mejorar la salud pública en las últimas décadas, muchas de las iniciativas para mejorar la salud de los más pobres no han dado resultado, debido a que las enfermedades que afectan a esta población reciben relativamente poco presupuesto de investigación y desarrollo en todo el mundo⁽¹²⁾.

En todo el mundo, 1,200 millones de personas viven en extrema pobreza. Esto significa que pueden tener poco o ningún acceso a vivienda segura, agua limpia, instalaciones sanitarias básicas o cualquier tipo de atención médica. Las personas pobres tienen una expectativa de vida más corta que las personas más adineradas, y más madres y niños mueren en las áreas pobres que en las áreas más ricas ⁽⁵⁾.

Este panorama enrudece más cuando lo aliamos a las condiciones de salud que las personas que viven en zonas pobres suelen tener. Partiendo del acceso a la atención de salud, medios para controlar enfermedades agudas o crónicas, incluso en países desarrollados ⁽²⁾. El ciclo enfermedad-pobreza continua cuando la pérdida de la salud puede llevar a un sujeto y su familia pobres a condiciones de pobreza extrema.

La situación económica deficiente en el ser humano es una dura realidad que viven las personas pobres, pues, sin contar con la solvencia económica afrontan la enfermedad con las pocas herramientas que tengan, llevándolos a un estado de pobreza mayor e incluso a eliminar toda posibilidad de recuperación de la salud.

En general los pobres están en situación de desventaja en todos los factores que determinan la salud, las personas que viven en áreas rurales y remotas poco atendidas tienen menor acceso al agua potable, desagüe y vivienda saludable; siendo más propensos a adquirir enfermedades, debido a la falta de recursos financieros, limitado conocimiento y su uso restringido de los servicios de sanidad ⁽¹³⁾.

En el Perú, la realidad de la pobreza ha disminuido del 54% al 35%, sin embargo, la realidad sentida por los pobladores no ha cambiado mucho. El gasto, que el gobierno asigna al sector salud, no es equitativo; así, mientras que a EsSalud se le asigna US \$ 200, en MINSA el gasto por persona en el Sistema Integral de Salud asciende US \$ 89 per cápita ⁽¹⁴⁾.

Actualmente el sistema de salud peruano es fragmentado, desorganizado e injusto, organizado en función de la condición de los grupos sociales, existiendo atención y gastos marcadamente asimétricos y una gran inequidad en la distribución del subsidio público, que margina a los grupos más desposeídos; lo que obedece a un estado excluyente que establece categorías de ciudadanos con derechos diferenciados, aspecto que el gobierno actual pretende mejorar, sin embargo las políticas asumidas no son claras.

Si bien se conoce que un porcentaje importante de la población no accede a los servicios de salud y que existe una demanda reprimida por parte de los que tienen menores ingresos, se debe entender por qué ciertos grupos acceden a ciertos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan su salud, mientras que otros no⁽¹⁵⁾.

La evidencia de desigualdad en el acceso de los pobres a la salud es abundante y variada. El acceso a la atención de salud es proporcional al nivel de ingreso: un pobre tiene 4,8 veces más probabilidades de no ser atendido que un rico. Más aún, la población sin protección de un seguro de salud alcanza el 48,4 por ciento, y el ciudadano financia con su bolsillo el 32,9 por ciento del sistema; de este monto, la mayor parte va a medicamentos ⁽¹⁶⁾.

Las políticas en el sector público de salud en el Perú para los pobres, revela procesos débiles, y en algunos casos inexistentes. Esto se debe a la falta de responsabilidad, injusticia e incluso despreocupación por este grupo social, que es el que más necesita apoyo para el acceso a la atención de salud.

Así mismo el deterioro de atención médica, en la mayoría de los casos se debe por la falta de tiempo y recursos para atender las necesidades de las personas, la carencia de insumos y equipos adecuados para el tratamiento de las enfermedades agravan notablemente la situación. Por lo tanto como parte de un plan nacional para reducir la pobreza, muchos gobiernos han apoyado la provisión de los servicios de salud gratuita para mejorar el estado de salud de los pobres y las poblaciones vulnerables ⁽¹⁷⁾; pero se descubrió que los pobres no se benefician tanto de estos servicios, debido a la corrupción y la estafa que ciertas instituciones cometen contra sus afiliados y público en general, originando así la existencia de la pobreza; y siendo muchas veces los más favorecidos las poblaciones de mejores condiciones económicas.

Es por ello que los médicos y los profesionales de la salud deben comprender la pobreza y sus efectos en la salud de las poblaciones, tratar de ejercer influencia en los encargados de las decisiones políticas a nivel nacional e internacional para disminuir la carga de enfermedad que resulta de la pobreza. Los médicos y el personal de salud tienen la responsabilidad profesional y moral de cuidar a los enfermos y evitar el sufrimiento, puesto que se trata de una amenaza para la salud, tienen también la responsabilidad social de tomar acción contra la pobreza y sus consecuencias para la salud.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

1.1 Antecedentes

La presente investigación realizada por Comes Yamila, Stolkiner Alicia ⁽¹⁸⁾; fue realizada en Buenos Aires-Argentina, teniendo como título: Representaciones Sociales del Derecho de la Atención de la Salud de un grupo de mujeres pobres. Dichas autoras se formularon el objetivo de rastrear las representaciones del derecho a la atención de la salud en un grupo de mujeres pobres, utilizaron una estrategia metodológica cualitativa, se realizaron 25 entrevistas semiestructuradas y la técnica de mapa asociativo para el rastreo de representaciones. La construcción de categorías se realizó conforme a la Teoría Fundamentada. La conclusión obtenida fue que el núcleo central de la mayoría de los discursos pareciera abonar al concepto de igualdad sin embargo la definición de igualdad que sostienen denota correspondencia con posiciones teóricas del liberalismo que plantean “a cada quien según sus necesidades esenciales” y que se incluye en las formas actuales de la beneficencia. La construcción de ciudadanía plena basada en la garantía de los derechos sociales y humanos con carácter de igualdad y cobertura universal implicaría una transformación de estas representaciones.

Por otro lado la investigación de las autoras: Sarmiento Mejía Martha, Castro Torres Ana, Gómez Neira Ángela, Cifuentes Cabrera Alba, Fierro Beltrán María, Vigoya Sepúlveda Tulia ⁽¹⁹⁾, fue realizada en Colombia, y titulada: Condiciones Socio- Demográfico (as) y Calidad de Vida en Pacientes Mayores Hospital Departamental de Villavicencio período Octubre-Diciembre del 2005; cuyo objetivo fue determinar la condición social, demográfica y de calidad de vida de 208 pacientes mayores de 60 años hospitalizados en sala general del Hospital Departamental de Villavicencio; la metodología realizada es de tipo descriptivo exploratorio y transversal. Se aplicó una encuesta sociodemográfica, calidad de vida (SABE) y el apgar familiar de Smilkstein. La edad promedio de los encuestados fue de 73 años; el 56.7 % fueron del género masculino; residentes del área urbana el 83.2

% y del Meta 97 %. Con relación al lugar de domicilio el 92.3 % residían en el hogar; El 93.3 % carecen de capacidad de pago; activos laboralmente el 16.3 %; el nivel educativo fue menor a 3 años en el 80.8 %; el 32.7 % tuvo acceso a agua, luz, alcantarillado y recolección de basuras, con teléfono el 31.3 %, ningún servicio el 8.7 %; En cuanto a disfuncionalidad familiar el 12.2 %, disfuncional el 65.8 % y muy desestructurada en el 21.4 %. Condiciones de salud: el 4.3 % se declaró satisfecho con su vida, nutrición e ingresos, insatisfechos el 34.1 %.

Teniendo como conclusión que la pobreza, ausencia de apoyo familiar, presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, escasa adherencia al tratamiento, auto-percepción de salud como mala, unida al deterioro funcional físico y mental previo y/o consecuencia de la hospitalización, colocan a estos usuarios en el grupo de mayor perfil de riesgo de re-admisión hospitalaria, por lo que se hace indispensable realizar valoración geriátrica integral para lograr el objetivo de “envejecimiento activo”.

2.2 Base Teórico- Conceptual

El fundamento teórico en el cual se basa el presente trabajo de Investigación es la Teoría de las Representaciones Sociales propuesto por Serge Moscovici ⁽²⁰⁾ y su seguidora Denise Jodelet ⁽²¹⁾.

Una representación no es, una simple imagen de la realidad, una sombra inerte proyectada en nosotros por las cosas: es una fuerza que suscita en su alrededor (dentro del organismo) un torbellino de fenómenos orgánicos y físicos. ⁽²²⁾

Las representaciones sociales son una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Constituyen un conocimiento práctico socialmente elaborado que se adquiere a través de experiencias comunes, la educación y la comunicación social. Este conocimiento da sentido y contribuye a interpretar hechos y actos que son compartidos.

La representación social es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hace inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. Así mismo refiere que la representación social es representación de una cosa y que toda representación es la representación de alguien. Al tener representación dos caras: una figurativa y otra simbólica, es así que es posible atribuir a todo sentido una figura y a toda figura un sentido. ⁽²⁰⁾

Entonces la representación social es aquel o aquellos conocimientos adquiridos a través de costumbres y/o hábitos desarrollados con aquellas individuos y cosas que involucren esos hechos, y lograr así sean perceptible y encontrar sentido al el contexto o realidad en que se desenvuelve.

Las representaciones sociales constituyen sistemas de referencia que vuelven lógico y coherente el mundo para los sujetos organizando las explicaciones sobre los hechos u las relaciones que existen entre ellos. No son un mero reflejo del exterior sino que, más bien, una constitución que da sentido y significado al objeto o referente que es representado. ⁽²³⁾

La representación social de la enfermedad en personas de bajos recursos económicos, objeto de la presente investigación, podría ser considerada la construcción de conocimientos que no solo parten de la observación de la realidad, sino que además se formarán a través de su imaginación desde su propia percepción.

En una sociedad diferenciada existirán sistemas de ideas y principios organizadores y compartidos por toda la sociedad, como también ideas y principios propios de cada grupo social y que dan cuenta de sus particulares modalidades de ser y de integrarse en la vida social. Estos sistemas se basan, entre otros en las experiencias de generaciones; en las creencias y saberes prácticos de campos y de acción específicos y en la influencia que tienen las teorías científicas sobre el pensamiento de sentido común. Muchas de las representaciones que existen en nuestra sociedad sobre la enfermedad, los problemas de aprendizaje de los niños o

sobre la personalidad, entre otros, están influenciados por teorías formales científicas que han sido reinterpretadas de un particular modo por los grupos y las comunidades de pertenencia.

La teoría de las representaciones sociales es una valiosa contribución dentro y fuera del ámbito de la psicología social porque ofrece un marco explicativo acerca de los comportamientos de las personas estudiadas que no se circunscribe a las circunstancias particulares de la interacción, sino que trasciende al marco cultural y a las estructuras sociales más amplias como por ejemplo las estructuras de poder y subordinación. ⁽²⁴⁾

La enfermedad es un estado en el que el funcionamiento físico, emocional, intelectual, social, de desarrollo o espiritual de una persona está disminuido o alterado en comparación con la experiencia previa.

La enfermedad, por tanto, no es sinónimo de trastorno; aunque las enfermeras deben estar familiarizadas con diferentes tipos de trastornos y sus tratamientos, están más interesadas por la enfermedad, que puede incluir trastornos, pero que también incluye los efectos sobre el funcionamiento y el bienestar en todas sus dimensiones. ⁽²⁵⁾

Por tanto se puede decir que la enfermedad es aquello que afecta a la persona en su totalidad: cuerpo y mente, incluidos el estilo y/o ritmo de vida.

Según Belinguer ⁽²⁶⁾ más que tratar de armar una definición satisfactoria de lo que se entiende por enfermedad, se prefiere hablar de lo que significa enfermedad para diferentes personas y culturas, lo que podemos hacer frente a la enfermedad. Cinco interpretaciones y componentes contemporáneamente presente de la enfermedad.

La enfermedad como sufrimiento: la enfermedad es un problema individual. Me parece que la gente tiene un sentido personal de la salud. Lo que en Brasil llaman salud colectiva, que me parece una expresión muy feliz (afortunado), es la suma de progresos individuales, que son posibles prevalentemente, a través de un esfuerzo

colectivo. Sufrimiento significa que la enfermedad no es castigo por una culpa, como era mostrado en el Antiguo Testamento, asociada a la presencia de un Dios castigador; asociada al pecado, a veces derivada del accionar del ángel exterminador.

Se entiende por enfermedad un castigo enviado por Dios, por el avance de la enfermedad, los tratamientos, diagnósticos y todo lo que implique recuperación o curación de esta, pues la mayoría causan daños tal vez irreparables ⁽²⁶⁾.

Enfermedad como diversidad: tal vez muchas veces se interpreta como patología lo que es simplemente diversidad, transgresión, desviación de una norma social. Lo que sucede con frecuencia cuando se quiere “psiquiatrizar” la actitud de un subversivo!, y por qué no decirlo de un fumador o de un bebedor, o de una persona VIH positiva.

En consecuencia la enfermedad como diversidad es aquella que cambió los límites y se desvía de leyes o normas sociales, para evitar así la separación de cada grupo social y el nivel de solidaridad se encuentre en forma descendente.

La enfermedad como peligro: tal vez hay necesidad de aislar enfermos infecciosos para impedir el contagio, pero tal vez se segregan enfermos o personas que podrían ser atendidos o ayudados en su propio medio: enfermos mentales, con lepra, con tuberculosis, con sida.

El concepto erróneo de observar alguien enfermo y el temor de ser contagiado, logra confusión en las personas, pues según la lectura se debe evitar considerar al enfermo como un peligro, porque deshumaniza el cuidado a la persona.

La enfermedad como estímulo: yo creo que la salud es parte de la vida, dice Berlinguer ⁽²⁶⁾ y no siempre parte negativa. La salud deber ser estímulo en diferentes sentidos: primero en el plano evolutivo, viviendo el fenómeno de la vida, los avances de macromoléculas a protozoarios y, finalmente, a los hombres y mujeres que hoy somos. Segundo, un estímulo al conocimiento porque la ciencia siempre, o casi

siempre, ha extraído del análisis de los fenómenos patológicos informaciones preciosas para el estudio del funcionamiento normal de los organismos vivientes. Estímulo a la solidaridad, porque la enfermedad puede llevar al aislamiento, pero también hace emerger afectos, sentimientos, vínculos de solidaridad, de personas próximas o desconocidas, y también grandes colectividades pueden encontrar enfermedades, estímulos de asistencia recíproca ⁽²⁶⁾.

Porque luchar por la salud, significa tal vez, casi siempre, transformar las condiciones de vida, la sociedad, la política, el poder. Luchar por la salud, significa además luchar contra la pobreza, la cual podría ser definida, desde dos perspectivas: objetiva y subjetiva.

En primer lugar, se define la pobreza objetiva, entendemos por la misma aquella situación medida a través de circunstancias objetivas hechos de los hogares o de las personas, esto es, las mediciones se basan en un nivel de vida mínimo que responde a criterios prefijados a priori por el investigador. Se utilizan indicadores como el nivel de ingresos, el nivel de gastos y el equipamiento de la vivienda. ⁽²⁷⁾

Por otro lado, se define la pobreza subjetiva; también denominada pobreza como insatisfacción, la cual define como a pobre a quien no está satisfecho con su situación, al considerarse excluido de lo que él considera el modo normal de vida, con independencia de sus posibilidades económicas. Es decir, es una propia percepción subjetiva del individuo o del hogar según quién sea la unidad de análisis), donde se ven a sí mismos como pobres.

En este caso, son los sentimientos y las sensaciones de las propias personas los aspectos que determinan si son pobres o no; al contrario de lo que ocurría en la pobreza objetiva, donde era el propio investigador quien fijaba ese nivel mínimo de vida. ^(27,28)

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación empleada en el presente estudio fue cualitativa, la que permitió extraer descripciones a partir de observaciones que adoptan la forma de entrevistas, narraciones, grabaciones, transcripciones de audio sobre la temática del significado social de la enfermedad en personas de bajos recursos económicos.

El estudio cualitativo tiene la característica de permitir la reflexión de las acciones desarrolladas por el ser humano, en situaciones que pueden ser expresadas y detectadas por lo subjetivo, buscando en su interior ideas y sentimientos que muchas veces el lado objetivo no permite percibir ⁽²⁹⁾.

Es así que a través de lo expresado por las personas, se logró descubrir conceptos, creencias, mitos, estereotipos socialmente elaborados sobre la enfermedad y cuál es su accionar en relación a la misma.

La elección de la investigación cualitativa busca una realidad totalmente natural sin cambios ni alteraciones por la misma investigadora; permitiéndole lograr interpretar en forma profunda y pandimensional aquella información brindada⁽²³⁾.

La investigación cualitativa tiene significados diferentes en cada momento. Una primera definición destaca que “es multimetódica en el enfoque, implica un enfoque interpretativo, naturalista hacia su objetivo de estudio”. Esto significa que los investigadores cualitativos estudian la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar, los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. ⁽³⁰⁾

Para la autora, este estudio cualitativo se centró en analizar el contexto de las personas investigadas y su entorno que implique la enfermedad, sus significados, saberes, creencias, imágenes respecto a este concepto, que permite a los profesionales de salud y esencialmente a las enfermeras, entender los comportamientos y reacciones que tienen ante la enfermedad; teniendo en cuenta que es un término con ingrediente subjetivo.

3.2 Abordaje metodológico

El abordaje metodológico fue la Representación Social, respaldada en Moscovici ⁽³¹⁾ quien refiere que: “las representaciones sociales son un conjunto de conceptos, proposiciones y explicaciones originado en la vida cotidiana, en el curso de comunicaciones interpersonales”: aquí los sujetos van construyendo significados, estereotipos, mitos en relación a la enfermedad a través de situaciones experimentadas en la vida cotidiana.

La representación social, pone énfasis en lo colectivo señalando que, entre la relación sujeto-objeto, no existe un solo sujeto, sino que intervienen otros sujetos, al que llama “Alter”, que además de relacionarse estrechamente entre ellos, mantienen estrecha relación con el objeto social, pasando de un esquema diádico a un triádico, donde los otros sujetos interactúan e influyen en la relación sujeto-objeto. A partir de estos elementos y la mediación del lenguaje, se configura el enfoque psicosocial cultural para analizar la relación del hombre, con la realidad social y la explicación que éste elabora ⁽²⁴⁾.

La construcción social de la enfermedad, involucra no sólo la relación sujeto-objeto, sino también otros sujetos con quienes interactúan y que pertenecen al entorno próximo o lejano donde destaca la comunidad, familia, personal de salud, personas con la misma condición económica de diferentes lugares que experimentan la misma situación y la sociedad.

El significado social de la enfermedad en los sujetos de estudio se encuentra en constante cambio por la diversidad de sus contextos, la dinámica de sus interrelaciones, dónde las personas influenciadas por otras personas construyen, edifican, forman diversas imágenes, estereotipos, figuras sobre la enfermedad que los guía a adoptar distintas actitudes y comportamientos, en los cuales la cultura, creencias, valores, mitos, la sociedad también influyen.

Moscovici⁽⁸⁾, describió dos procesos principales que explican cómo lo social transforma un conocimiento en representación, y como esta representación transforma lo social. Ambos procesos se denominan, respectivamente en “objetivación” y “anclaje”.

La objetivación puede definirse como una operación formadora de imagen y estructurante de la realidad en relación de lo observado y el intercambio con otros sujetos. Por medio de el lo invisible se convierte en perceptible. Es decir, lo abstracto como suma de elementos descontextualizados debe tomarse una imagen y se constituye así un edificio teórico esquematizado ⁽⁸⁾.

Por lo tanto la objetivación es un proceso en el cual las personas de bajos recursos económicos toman la enfermedad (objeto) y forman una imagen a la cual le asignan un atributo después de lo intercambiado con otras personas.

De tal forma el proceso de objetivación implica a su vez 3 fases: la retención selectiva de elementos, en el presente estudio se trabajó con 23 elementos organizados y construidos selectivamente y separados del contexto donde estaban (descontextualización). La segunda fase donde la imagen se torna real y se forma una estructura conceptual, y finalmente se forma una construcción esquematizada dónde se puede hacer lectura de las imágenes de las personas de bajos recursos económicos respecto de la enfermedad.

Aquí, se hace la descontextualización, lo concreto, lo real, lo imaginario o la imagen toma forma en la realidad y se puede hacer una lectura de las imágenes de las personas respecto a la enfermedad, quizás la enfermedad se objetivice con la carencia económica, los sentimientos de frustración, sacrificios por la condición económica o el cambio de vida en la familia.

El anclaje, con la representación social se liga con el marco de referencia de la colectividad y es un instrumento útil para interpretar la realidad y actuar en ella. La sociedad cambia el objeto social por un instrumento del cual puede disponer, y este objeto se coloca en una escala de preferencia en las relaciones sociales existentes. Este implica la integración cognitiva del objeto de representación dentro del sistema preexistente del pensamiento y sus respectivas transformaciones. Se trata, en suma de su inserción orgánica dentro de un pensamiento constituido ⁽⁸⁾.

El proceso de anclaje permite una red de categorías y significaciones por medio de dos modalidades: Inserción del objeto de representación en un marco de referencia conocido y preexistente. Es decir, el objeto de representación que se formó acerca de “enfermedad” es insertado en la realidad de la persona con bajos recursos económicos en un marco de referencia o contexto conocido que fue un hospital. Después de la introducción de la representación social insertado en la dinámica social, es este caso, la construcción acerca de la “enfermedad” que ha realizado cada persona al interactuar con otros sujetos sociales, actuará como instrumentalización social haciéndolos herramientas útiles de comunicación y comprensión, es decir referirán experiencias similares, experiencias del cotidiano que se vive con la enfermedad que se compartirán a través de la comunicación, construyendo así un significado social del objeto. ⁽³²⁾.

La sociedad ha ido anclando diversas concepciones sobre la enfermedad como “pérdida de la salud”, “disminución del funcionamiento biológico”, estas concepciones basadas solo en lo biológico, físico y psicológico dejando de lado las consideraciones a través de lo estrictamente social. Para la personas de bajos recursos económicos estigmatizan la enfermedad como “frustración”, “sacrificio”, “gasto”,

entre otras concepciones que se encuentran enraizadas socialmente por propia interpretación de su realidad.

La teoría de las representaciones sociales hace uso de dos enfoques: el procesual y el estructural. El primero sustentado en postulados cualitativos y privilegia el análisis de lo social, de la cultura y de las interacciones sociales, en general; el segundo privilegia el funcionamiento cognitivo y el del aparato psíquico recurriendo a postulados que se derivan del método experimental-cuantitativo así como a sofisticados análisis multivariados ⁽³³⁾.

Esta investigación fue abordada desde una perspectiva procesual, por lo que los discursos permitieron profundizar en la génesis de la Representación Social a partir de lo histórico y social. Estos discursos fueron sometidos a tratamiento mediante la técnica de asociación de contenido, brindando una serie de indicadores, que se identificarán y entenderán los significados, estereotipos, símbolos que atribuyen las personas de bajos recursos económicos a la enfermedad.

3.3 Sujetos de investigación

En el acto de la representación siempre se relaciona un sujeto (grupale e individual) con un objeto determinado. Representar es, en el sentido estricto de la palabra, volver a presentar, o sea, re-reproducir, que no reproducir, un objeto cualquiera mediante un mecanismo alegórico. La representación siempre es portadora de un significado asociado que le es inherente. Al ser formulada por sujetos sociales, no se trata de una simple reproducción sino de una complicada construcción en la cual tiene un peso importante, además del propio objeto, el carácter activo y creador de cada individuo, el grupo al que pertenece y las constricciones y habilitaciones que lo rodean. ⁽³³⁾

La representación social se construye desde lo que rodea al sujeto-objeto, que permite caracterizar el contexto de los sujetos en estudio pues conocer sus particularidades forman parte de cualquier constitución para la representación social de cualquier objeto de estudio, para lo cual se realizó un cuestionario sociodemográfico (Anexo 02), junto con la entrevista a profundidad.

Los sujetos de investigación fueron las personas de bajos recursos económicos. Quienes tuvieron los siguientes criterios de inclusión:

- ✓ Tener familiares hospitalizados en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes”.
- ✓ Alcanzar la mayoría de edad.
- ✓ Ser sustento económico de la familia.
- ✓ Tener un ingreso económico menor o igual de s/. 270.00 soles mensual por persona, ingreso con el que es considerado una persona pobre.

La muestra total fue 75 personas entre los servicios de medicina mujeres y medicina varones, el tamaño de la muestra a elegir el tercio de la población que fue un total de 25 personas. Se utilizó una determinación de la Muestra No Probabilística.

El muestreo fue por conveniencia, se eligió casos disponibles a los cuales se pudo tener acceso, y aquellos que brindaron información destacada, abundante, rica, profunda e importante en cada caso seleccionado.

Para caracterizar a cada participante se tuvo que realizar un cuestionario sociodemográfico determinando sus edades, sexo, grado de instrucción, ingresos económicos, gasto promedio diario por hospitalización, grado de familiaridad, entre otros datos más.

Los datos proporcionados a través del cuestionario por las personas de bajos recursos económicos, fueron procesados mediante un análisis de frecuencias simples organizados en cuadros y/o tablas para mayor entendimiento:

Tabla 01: Distribución por edades y sexo.

SEXO EDAD	NUMERO		TOTAL	%
	M	F		
18-40	2	4	6	24%
40-60	10	5	15	60%
60 a más	3	1	4	16%
TOTAL	15	10	25	100%
%	60%	40%	100%	

Las edades de los sujetos de estudio se distribuyeron en un 24% en adultos jóvenes, un 60% en adultos maduros y un 16% en adultos mayores. Siendo la mayor población de sexo masculino con un 60% y el femenino con un 40%.

Los adultos maduros y adultos jóvenes conforman el grupo de personas con bajos recursos económicos con mayor preocupación por la enfermedad, respondiendo con énfasis su lucha por buscar la recuperación esperada de la enfermedad a pesar de las dificultades que se presentan por sus condiciones económicas. Y es el sexo masculino el mayor sustento económico de estas familias.

Tabla 02: Distribución por grado de instrucción.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	NUMERO	%
ILETRADO	2	8%
INICIAL	0	0%
PRIMARIA INCOMPLETA	10	40%
PRIMARIA COMPLETA	3	12%
SECUNDARIA INCOMPLETA	5	20%
SECUNDARIA COMPLETA	5	20%
TOTAL	25	100%

En esta tabla al respecto del grado de instrucción el 8% son iletrados, el 40% tiene primaria incompleta, el 12% primaria completa, un 20% secundaria incompleta y otro 20% secundaria completa.

El mayor porcentaje de las personas de bajos recursos económicos presentaron un 40% de grado de instrucción de nivel primaria incompleta. Cabe resaltar que ningún sujeto entrevistado indicó grado superior de ninguna índole, siendo un gran indicador para comprender sus conocimientos, cultura, creencias e incluso ingresos económicos.

Tabla 03: Distribución por Ingreso Económico Familiar.

INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR	NUMERO	%
150-190	8	32%
190-230	10	40%
230-270	7	28%
TOTAL	25	100%

En la característica para determinar el ingreso económico familiar, se observó con un 32% de las personas tienen entre 150-190 (nuevos soles) de ingreso económico mensual por persona, 40% tiene un ingreso económico entre 190-230 (nuevos soles) por persona siendo el mayor porcentaje dentro de los entrevistados y un 28% entre 230 a 270 (nuevos soles) de ingreso económico mensual por persona.

Tabla 04: Tiempo de Hospitalización

TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN	NUMERO	%
<1 semana	6	24%
1 semana	10	40%
>1 semana	9	36%
TOTAL	25	100%

Con relación al tiempo de hospitalización del familiar el mayor porcentaje lo obtuvo una semana con un 40%, más de una semana con 36% y menos de una semana con 24%.

Es por esto que uno de los motivos de seleccionar el servicio de medicina es por el mayor tiempo de hospitalización de las personas y las consecuencias a un mayor gasto económico.

Tabla 05: Gasto Promedio Diario de Hospitalización.

GASTO PROMEDIO DIARIO	NUMERO	%
50-100	6	24%
100-150	4	16%
150-200	5	20%
200 a más	10	40%
TOTAL	25	100%

Respecto al gasto promedio diario por hospitalización el porcentaje más alto con 40% para 200 a más (nuevos soles), siguiendo el 24% en 50-100 (nuevos soles) por gasto promedio diario, luego el 20% entre 150-200 (nuevos soles), finalizando con el 16% para 100-150 (nuevos soles) de gasto promedio diario en hospitalización.

Éstas últimas características nos dan una visión de la experiencia dura que tienen las personas con bajos recursos económicos, pues sus ingresos mensuales, no logran cubrir todas sus necesidades y requerimientos en el hospital para la recuperación de la enfermedad. Son numerosas las necesidades y los requerimientos en un hospital, no solo para la persona enferma sino también para el familiar cuidador.

Tomando como referencia los datos del Instituto Nacional de Estadística (INEI) al año 2013 en la cual las personas que no alcanzan a cubrir el gasto mensual de S/. 292 nuevos soles en promedio de la canasta básica familiar son considerados pobres.

Analizando la tabla 03 y 05 se tiene que el gasto promedio diario de hospitalización, supera el gasto de canasta básica familiar mensual por persona, y a la vez no se encuentran de acorde con sus ingresos económicos detallados anteriormente, por lo cual las personas de bajos recursos se ven obligados a realizar sacrificios como: hacer préstamos llegando a endeudarse, vender sus propiedades e incluso sus casas, dejar de comer y dormir en las calles para así poder minimizar los gastos que a pesar de esos sacrificios, siguen afectando su condición económica de pobres a pobres extremos. Teniendo en cuenta que el gasto mínimo mensual para no ser considerado pobre extremo es de s/. 155.00 nuevos soles.

Todas estas características sociodemográficas de las personas entrevistadas, permite comprender el contexto de la Representación Social de la enfermedad en personas de bajos recursos económicos.

3.4 Escenario

Un escenario es un retrato significativo y detallado de un plausible mundo futuro, suficientemente gráfico, en el que los planificadores pueden claramente ver y aprehender los problemas, desafíos y oportunidades que tales cosas y sus circunstancias pueden presentar. ⁽³⁴⁾

El Ministerio de Salud (MINSA) es la institución con la mayor y más extendida participación en la prestación de servicios de salud de primer nivel. Un dato relevante es que la población pobre, en particular aquella de las zonas rurales, depende del MINSA para tener acceso a atenciones de salud. En los dos quintiles más pobres, la población que accede a los servicios de salud obtiene cerca del 70% de sus atenciones en el MINSA, y el patrón se repite en las tres regiones naturales ⁽¹⁵⁾.

El escenario que se tomó en cuenta fue el Hospital Regional Las Mercedes-Chiclayo por ser un hospital que pertenece al MINSA, tomando específicamente los servicios de medicina varones y mujeres por ser un servicio que presenta mucha afluencia de personas de zonas rurales y de condiciones económicas mínimas, y a la vez porque es uno de los servicios con mayor permanencia de hospitalización, lo cual genera mayor gasto económico.

La creación de este hospital fue considerando de absoluta necesidad de atención en aquellos seres en quienes la fortuna fue siempre esquiva ⁽³⁵⁾.

El Hospital Regional Docente “Las Mercedes” fue seleccionado por ser un Hospital que alberga en su mayoría a personas que no cuentan con recursos económicos suficientes para cubrir una hospitalización y todo lo que demande en ella: medicamentos, exámenes de diagnóstico, entre otros.

Cabe resaltar que existen otros escenarios que si bien no forman parte directa del estudio, pueden servir para futuras investigaciones y que indirectamente se encuentran relacionados con las personas de bajos recursos económicos tal y como manifiestan en sus discursos; por ejemplo el lugar de procedencia de estas personas, que en su mayoría provienen de lugares rurales, del campo, dónde sólo conocen el trabajar duro en sus tierras para sustentar la sobrevivencia de sus familias, teniendo un hogar humilde al cual acudir y albergarse; sin embargo por causas de la enfermedad se traslada a un sitio poco o nada conocido para ellos, que por su condición los obliga a adaptarse y dormir en las calles, parques e incluso en las afueras de los servicios y/o hospital, en la mayoría de veces se despojan de sus tierras, sus propiedades para cubrir los gastos que superan su capacidad económica.

3.5 Instrumentos de Recolección de datos

Los instrumentos para la recolección de datos siguieron la línea de pensamiento de la teoría de las representaciones sociales, esto permitió conseguir los objetivos trazados para este estudio. Por tanto se adoptaron como técnicas de recolección de

datos el cuestionario sociodemográfico (Anexo 02) que permitió caracterizar al sujeto de investigación de acuerdo a su sexo, grado de instrucción, ingreso económico, entre otros, que servirán para identificar el perfil de las personas encuestadas.

El análisis de la representación social privilegia el análisis de los discursos y, por tanto, la entrevista se convierte en un instrumento que mayormente se utiliza.

Es por ello que la entrevista semiestructurada (Anexo 01) a profundidad fue el principal instrumento de recolección de datos, lo que permitió profundizar lo social de la enfermedad, extrayendo ideas, creencias, mitos, estereotipos, estigmas contruidos por las personas de bajos recursos económicos a partir de lo cotidiano y su interacción con otros sujetos.

La entrevista cualitativa es más íntima, flexible y abierta. Ésta se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados).⁽³⁶⁾

Con este instrumento la investigadora obtuvo lo necesario para su investigación pues con la entrevista se logró no solo información, sino además una conexión íntima con la persona que sirvió para construir significados en relación a la realidad.

En la entrevista semiestructurada o centrada, el entrevistador utiliza una lista de materias o preguntas que deberá abordar con cada uno de los sujetos⁽³⁷⁾.

Este instrumento de recolección de datos estuvo conformado de seis preguntas abiertas con contenidos respecto a la enfermedad, éstas fueron realizadas con el propósito de obtener respuestas que permitieron descubrir las construcciones sociales que las personas de bajos recursos económicos asignaron al objeto de estudio. En la entrevista semiestructura la investigadora tiene al mismo tiempo una puerta abierta para repreguntar o introducir preguntas adicionales o enfatizar algunas respuestas con el objetivo de obtener mayor información y así precisar conceptos.

Al tener ya elaborados los instrumentos de recolección de datos, se aplicaron a cinco sujetos con las mismas características y que constituyeron la muestra piloto para validarlos, lo que ayudó a identificar si la entrevista es entendible o no, disminuyendo una pregunta, pues no era de relevancia para el estudio, dos de los sujetos entrevistados en la prueba piloto fueron seleccionados para participar del estudio de investigación.

Los instrumentos de recolección de datos fueron presentados al jurado de tesis para su aprobación, después de aprobado se comunicó el escenario para la ejecución del estudio.

Las entrevistas se llevaron a cabo de manera individual y anónima, el tiempo mínimo utilizado para cada entrevista fue de 25 minutos y llegando a un máximo de 50 minutos, en algunos casos se requirió volver al escenario para repreguntar a algunos entrevistados, dado que la información para la investigadora era muy escueta.

Todas las manifestaciones brindadas por los sujetos de investigación fueron grabadas, con el consentimiento de los entrevistado, posteriormente se transcribieron tal cual, sin alteraciones con la finalidad de mantener las ideas o preconceptos lo más fidedigno posibles.

3.6 Procedimiento

La presente investigación se inició cuando fue aprobada por el jurado y el comité de bioética, una vez aprobada, se procedió a enviar la solicitud a la institución donde se realizó en este caso el Hospital Regional Las Mercedes, posteriormente se solicitó a los sujetos de investigación su participación presentando un consentimiento informado a aquellas personas de bajos recursos económicos presentes en el Hospital Regional Las Mercedes en los servicios de Medicina.

Luego se aplicó los instrumentos de recolección de datos, tanto el cuestionario sociodemográfico como la entrevista semiestructurada, la cual ha sido elaborada en bases a preguntas dirigidas a las personas con bajos recursos económicos con el fin de caracterizar y analizar la representación social de la enfermedad.

Sin embargo para ejecutar las entrevistas se presentaron ciertas dificultades, como por ejemplo, algunos sujetos se oponían a ser entrevistados por falta de tiempo, o por miedo a represalias a ellos y sus familiares hospitalizados, también en algunos las respuestas a las preguntas eran cortas, cerradas y no deseaban responder más.

La investigadora a pesar de estas dificultades logró satisfactoriamente las 25 entrevistas a los sujetos de investigación.

Para la elaboración de la entrevista se validó formulando las preguntas elaboradas a 3 personas presentes en el Hospital Regional Las Mercedes, lo que ayudó a identificar si la entrevista es entendible o saca del contexto a los participantes y/o a la investigadora, se modificó una pregunta de las entrevistas realizadas, pues los participantes no comprendían la pregunta. El formato de la entrevista fue presentado al jurado de tesis para su respectiva aprobación, una vez aprobado; se comunicó al escenario involucrado para la ejecución del estudio.

Los datos obtenidos a través de la entrevista semiestructurada se llevaron a cabo de manera individual y anónima, porque la investigadora cree que es conveniente proteger a los sujetos de investigación.

Todas las narraciones que hicieron los sujetos de investigación fueron grabadas, previo consentimiento de los entrevistados; luego se transcribieron tal cual la narración oral, con la finalidad de mantener las ideas en su máxima fidelidad.

3.7 Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el Método de Asociación de Contenidos de Porto et al ⁽³⁸⁾. Este método fue creado para el tratamiento y análisis de los datos textuales de investigaciones de enfermería, es un abordaje alternativo, en el se considera los resultados configurados en forma cualitativa, lo que contribuye a un aumento de confianza del análisis cualitativo.

El desarrollo de este método consta de cinco etapas diferentes, los mismos que serán presentados a continuación y para mayor comprensión ejemplificados con la entrevista de las personas entrevistadas.

En primer lugar la investigadora realizó Lectura y Recorte del Texto, que permitió identificar los fragmentos, por lo cual se efectuó una lectura cuidadosa de la base textual para posteriormente hacer los recortes de dicha base textual. En el desarrollo de la lectura se identificó el inicio y el final de cada recorte o fragmento. El tamaño de los fragmentos de esta investigación fue determinado por el sentido completo del mensaje y pensamiento que le presentaba. Se encontró un mínimo de 7 fragmentos hasta 10 fragmentos por cada entrevista asignándole números romanos crecientes. (Anexo 04)

Terminado este paso se siguió con la Identificación de los elementos presentes en la base textual y su codificación de temas: para proceder a la búsqueda de los elementos que existen en cada texto sus fragmentos fueron leídos atentamente para identificar los temas en ellos expresados a través de expresiones significativas, encontrándose veintitrés elementos significativos. Estos fueron identificados durante la lectura de los fragmentos y registrados en un orden numérico abárico creciente, para su codificación y composición de una lista de temas. (Anexo 05)

En un tercer paso se desarrolló el montaje del mapa de las asociaciones de contenidos: esta tercera etapa se constituye por el montaje del mapa, que es esencial para la identificación de asociación de contenidos entre los fragmentos de la entrevista. Su característica principal es ser un cuadro de doble entrada compuesto

por una columna ubicada a la izquierda y enumerada por algoritmos romanos crecientes relativos a los fragmentos y una lista horizontal superior numerada por algoritmos arábigos crecientes, que se refieren a los elementos encontrados en los fragmentos de las entrevistas. Cada vez que un elemento fue encontrado en los fragmentos, fue señalado en el mapa con una cruz (+). Además se determinaron las frecuencias simples de cada uno de los elementos lo que permitió destacar asociaciones de contenido entre dos a más elementos presentes en los fragmentos de la entrevista. (Anexo 06)

Como cuarta etapa se realizó la identificación del elemento polo es decir aquel elemento cuya frecuencia sea mayor en las asociaciones encontradas. Así para encontrar el elemento polo de cada entrevista, las frecuencias de los elementos encontrados en las asociaciones fueron calculadas resultando en la elaboración de otro cuadro. Se encontró en la mayoría de la entrevistas como elemento polo de mayor frecuencia y principal en las entrevistas al elemento denominado “carencia económica”.

En el quinto y último paso se procedió a la elaboración del esquema de asociaciones. Este esquema favoreció la expresión matemática de los contenidos del texto, a través de la creación de una representación gráfica espacial bidimensional expresiva de la esencia del texto considerado. ⁽³⁹⁾Con esta representación gráfica, fue posible destacar las relaciones entre los elementos presentes en el texto y la intensidad de sus ligaciones, configurando así, lo fundamental de un texto a partir de técnicas cuantitativas empleadas en el paso anterior.

Para la elaboración de este esquema, fue necesario disponer de los elementos de acuerdo con su posición en relación con los elementos polo encontrado, a través de diferentes niveles jerárquicos. Para los otros elementos presentes en el esquema se asignaron las siguientes denominaciones: “elementos esenciales” para aquellos que se vinculan directamente al elemento polo; “elementos agregados” para aquellos elementos ligados indirectamente al elemento polo a través de los elementos esenciales y “elementos complementarios”, para los vinculados indirectamente al elemento polo a través de los elementos esenciales y agregados.

La intensidad de las ligaciones entre los elementos fue encontrada considerando la frecuencia de vinculaciones entre ellos en el esquema. Los tipos de intensidad fueron establecidos con líneas cuyo grosor se determinó por el número de asociaciones, tal es así que para las ligaciones que se expresan de una a dos asociaciones entre sus elementos, su intensidad fue llamada débil y fue representada así (—); (—) para las ligaciones que expresen tres a cuatro asociaciones entre sus elementos, su intensidad fue considerada como fuerte; (⇒) para las ligaciones que expresen más de cuatro asociaciones entre sus elementos, su intensidad fue llamada muy fuerte. (Anexo 07)

Después del análisis de los datos, se procedió a determinar las categorías empíricas, las que fueron determinadas considerando los siguientes criterios aplicados a la lista temática: a) frecuencia de los elementos en las asociaciones (Criterio eliminatorio): observamos el cuadro N^o.01, donde la frecuencia simple (menor) es 21 y la frecuencia mayor (máxima) es 183.

Luego establecemos el rango promedio que se obtiene de suma la frecuencia mayor y la menor entre 3 (este número, representa la tercera parte del rango que nos asegura una discriminación menor de elementos).

Cuadro N^o. 01I. Clasificación de los elementos, fragmentos y asociaciones de acuerdo a las 25 entrevistas analizadas en las personas con bajos recursos económicos con respecto a la enfermedad.

ELEMENTOS	FRECUENCIA SIMPLE DE ELEMENTOS	FREC. DE ELEMENTOS EN ASOCIACIONES	ENTRADA EN LAS CATEGORÍAS EMPÍRICAS
1	36	47	
2	41	42	
3	25	16	
4	38	45	
5	21	15	
6	183	577	X
7	49	63	
8	115	203	X
9	151	371	X
10	131	240	X
11	80	86	
12	110	183	A
13	54	42	
14	36	39	
15	85	123	A
16	49	29	
17	62	52	
18	33	42	
19	107	149	A
20	55	49	
21	76	116	A
22	86	117	
23	115	217	X

Rango 1: $21 + 183/3 = 68$: 68-183

Rango 2: $16 + 577/3 = 197$: 197-577

En la suma de las frecuencias simples $21 + 183/3 = 68$, el rango quedó definido entre 68-183. La suma de las frecuencias asociadas de los elementos encontrados en todos los mapas identificadores de asociaciones de contenido fueron $16 + 577/3 = 197$, quedando el rango definido entre 197-577.

Las categorías empíricas fueron obtenidas considerando lo siguiente: primero que los elementos en asociaciones como los elementos en frecuencia simple

contenidos en los mapas de identificación estuvieran incluidos dentro de los rangos establecidos, de esta manera, ingresaron directamente 5 elementos, considerados categorías empíricas, a los que se les otorgó la letra “X”.

Segundo en caso de que alguno de los elementos no estuvieran dentro de los rangos, a criterio de la investigadora se seleccionaron los elementos considerados de relevancia, en razón a su cercanía numérica con los rangos en ambas frecuencias, y la significancia de su contenido para la comprensión del fenómeno, siendo consideradas como categorías empíricas, asignándoles la letra “a” de este modo se obtuvieron 4 categorías más.

2.8 Criterios Éticos

Toda investigación científica merece el respaldo de principios de la bioética personalista de Sgreccia⁽⁴⁰⁾. Respetando siempre la dignidad de la persona en su totalidad. Esta investigación se enfocó en principios de la bioética personalista.

Con el Principio de Libertad- Responsabilidad, se respetó la autonomía y libertad de los sujetos investigados, se explicó los objetivos de investigación y luego de conocerlos obtuvieron la facultad de elegir, sin tratar de imponer, y si aceptaron en forma parte o no de la investigación, firmando el consentimiento informado.

A través del principio de Sociabilidad-Subsidiariedad, se pretendió la búsqueda de soluciones a la realidad observada, haciendo uso del bien común, es decir, buscando el beneficio tanto para la investigadora en el desarrollo del trabajo, como para las personas participantes; pues a través de esta investigación se logró ver la crudeza de su realidad y así asumir soluciones encaminadas a mejorar esta realidad.

Finalmente con el principio de la Privacidad y Confidencialidad⁹, toda la información brindada por las personas de bajos recursos económicos fue respetada, sin haber sido alterada y siendo respetada bajo los objetivos buscados en la investigación, también se colocó seudónimos para cada sujeto entrevistado para mantener su privacidad y anonimidad.

Al efectuar estos principios la investigadora, mantuvo una postura correcta al momento de realizar los pasos para la recolección de datos y obteniendo así la información pertinente y necesaria para la investigación.

3.8 Criterios de Rigor Científico

El rigor científico del estudio siguió los siguientes criterios de científicidad propuestos por Morse ⁽⁴²⁾ y Tello ⁽⁴²⁾:

La Credibilidad, que se refiere a si el investigador ha captado el significado completo y profundo de las experiencias de los participantes, particularmente de aquellas vinculadas con el planteamiento del problema. A través de los instrumentos de recolección de datos, procuró captar todos los significados atribuidos a la enfermedad por las personas de bajos recursos económicos. Este criterio guió en el trabajo de investigación para mantener toda información obtenida sin alteración ninguna, analizando las respuestas de las personas sin intervención del propio punto de vista de la investigadora.

La Auditanilidad o Confirmabilidad: este criterio se refiere a la neutralidad de la interpretación minimizando los sesgos y tendencias del investigado, lográndose que cuando otro (s) investigador (es) pueden seguir una pista o ruta al investigador original y puede llegar a hallazgos similares. Para ello fue necesario un registro y documentación completa de las decisiones o ideas que la investigadora haya tenido en relación con el estudio. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador y

cuando tengan perspectivas similares. Esta investigación se convierte en una fuente de información para futuros investigadores con propósitos similares al estudio.

Se hizo uso una grabadora de voz profesional para la grabación de las 25 entrevistas, las cuales han sido eliminadas; además se ha descrito las características de los informantes y su proceso de selección, se analizó la transcripción fiel de las entrevistas de los informantes, los contextos físicos y sociales fueron discutidos en la presentación del informe de investigación.

La transferibilidad o aplicabilidad, consiste en la posibilidad de transferir o extender los resultados a otros contextos o grupos. Se trata de examinar que tanto se ajustan los resultados con otro contexto. En la investigación cualitativa la audiencia o el lector del informe son los que determinan si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Para ello se necesitó describir densamente el lugar o escenario y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado. Por tanto, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS INDIVIDUAL DEL SIGNIFICADO SOCIAL DE LA ENFERMEDAD Y SU REPRESENTACIÓN GRÁFICA.

En el presente capítulo se pone en evidencia los elementos significativos involucrados en los discursos de cada una de las personas con bajos recursos económicos en relación a la enfermedad y la forman como ellos lo representan; asumiendo el hecho de que las representaciones sociales como tal, surgen del senso común, es decir de la vida cotidiana, sus creencias, estereotipos e imagen, entrelazadas por el lenguaje y la comunicación, como mecanismos que crean una realidad inmersa en un escenario social. La base de estas representaciones se encuentra en las asociaciones entre elementos identificados en las entrevistas realizadas. Para cada una de las entrevistas se construyó un mapa de asociaciones que muestra los elementos y fragmentos relacionados al objeto de estudio. A través de los mapas identificadores de asociaciones fue posible identificar las asociaciones entre elementos. Existen elementos que aparecieron una sola vez en los fragmentos del texto, por tanto no fueron importantes, pues ellos no participaron de ninguna asociación.

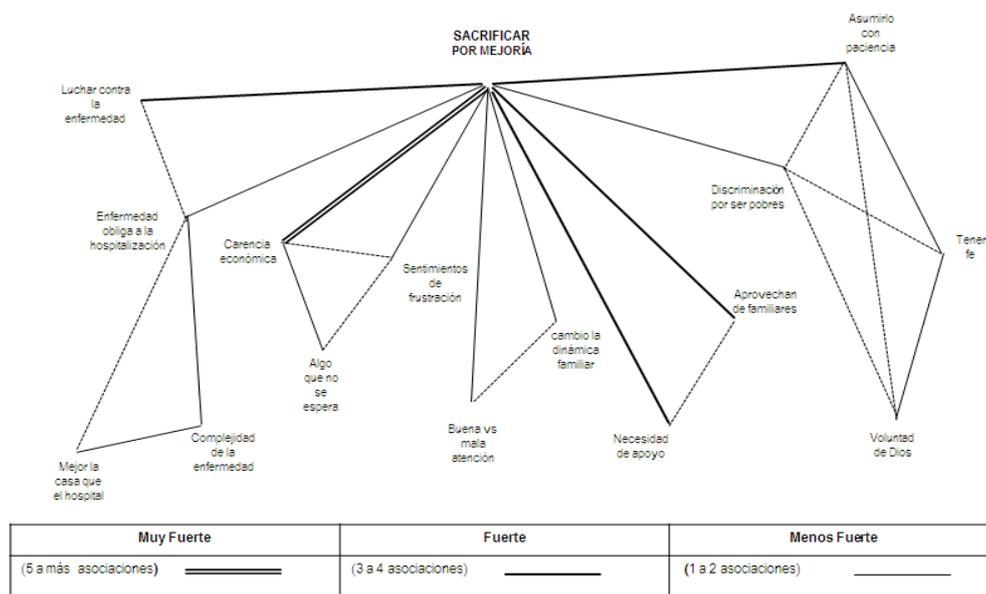
Los elementos que se presentaron a partir de dos asociaciones fueron considerados importantes. Dichas asociaciones se formaron cuando se encontró en el mapa identificador de asociaciones, un par de elementos en dos fragmentos del texto, formando así diferentes asociaciones clasificadas en: muy fuerte, fuerte y débil. Los elementos polos surgieron de su frecuencia más alta en todas las asociaciones. Luego se procedió a la construcción del esquema de asociaciones para cada entrevista, con la finalidad de graficar los aspectos característicos evidenciados en los discursos, la relación entre elementos y su distribución espacial, procediendo luego al análisis e interpretación de cada uno de estos esquemas.

A continuación se muestra los esquemas, uno por cada entrevista realizada a las 25 personas. También se realizó un análisis de las entrevistas, generando la construcción de un diagrama espacial bidimensional, en el cual se estructura de una manera gráfica la articulación de elementos significativos, poniendo en evidencia el elemento polo o elemento principal, considerado por cada uno de los participantes.

Entrevista N° 01

- ✓ Algo que no se espera (1) – carencia económica (6): 1 asociación.
- ✓ Voluntad de Dios (2)- tener fe (5)- carencia económica: 1 asociación.
- ✓ Asumirlo con paciencia (4)- tener fe (5): 1 asociación.
- ✓ Asumirlo con paciencia (4) – carencia económica (6): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- luchar contra la enfermedad (8)- sacrificarse por mejoría (10): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- sacrificarse por mejoría (10): 4 asociaciones.
- ✓ Luchar contra la enfermedad (8)- sacrificarse por mejoría (10): 3 asociaciones
- ✓ sacrificarse por mejoría (10)- la enfermedad obliga a la hospitalización (11)- Complejidad de la enfermedad (13)- mejor la casa que el hospital (14): 1 asociación.
- ✓ Asumirlo con paciencia (4)- sacrificarse por mejoría (10): 3 asociaciones
- ✓ Asumirlo con paciencia (4)- sacrificarse por mejoría (10)- cambio en la dinámica familiar (15): 1 asociación.
- ✓ Asumirlo con paciencia (4)- carencia económica (6)- sacrificarse por mejoría (10)- necesidad de apoyo (19): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- sacrificarse por mejoría (10)- necesidad de apoyo (19): 2 asociaciones.
- ✓ Luchar contra la enfermedad (8)- sentimientos de frustración (9)- sacrificarse por mejoría (10)- discriminación por ser pobres (21): 1 asociación.
- ✓ sacrificarse por mejoría (10)- aprovechan de familiares (17): 2 asociaciones.
- ✓ sacrificarse por mejoría (10)- buena atención vs mala atención (12): 2 asociaciones.
- ✓ sacrificarse por mejoría (10)- discriminación por ser pobres (21): 2 asociaciones.

Figura 01: Esquema de asociaciones de entrevista 01.



El presente esquema es el resultado de 17 asociaciones, organizadas en cuatro niveles jerárquicos, teniendo como elemento polo sacrificarse por mejoría que se une mediante relaciones de diversas intensidades a 10 elementos esenciales: el primero luchar contra la enfermedad así como también los elementos necesidad de apoyo y aprovechan de familiares se unen al elemento polo formando una relación fuerte; del elemento enfermedad obliga a la hospitalización emerge un elemento agregado Complejidad de la enfermedad y de este surge Mejor la casa que el Hospital, estos

unidos mediante enlaces débiles, el tercer elemento carencia económica está unido al elemento polo con un enlace muy fuerte y del cual emerge el elemento agregado Algo que no se espera a través de una relación débil: complejidad de la enfermedad y de este surge Mejor la casa que el Hospital, estos unidos mediante enlaces débiles.

Por lo tanto ella afirma que su condición la obliga a sacrificarse por mejoría de su familiar, afirmando así que debido a los recursos económicos insuficientes, se ve obligada a privarse de ciertas actividades diarias, para enfocarse en actividades relacionadas a las formas de búsqueda en relación a la ayuda que necesita.

La persona asocia con fuerza los elementos: afrontar la enfermedad, asumirlo con paciencia, necesidad de apoyo y discriminación por ser pobre y el elemento polo, queriendo decir, que para ella, la enfermedad debe ser afrontada en búsqueda de la recuperación de su familiar, el cual debe asumirse con paciencia y solo será alcanzado cuando la necesidad de apoyo sea concluida no solo por el personal de salud sino por el hospital, sin distinción alguna de su aspecto o condición económica, es decir sin ser discriminados por ser pobres.

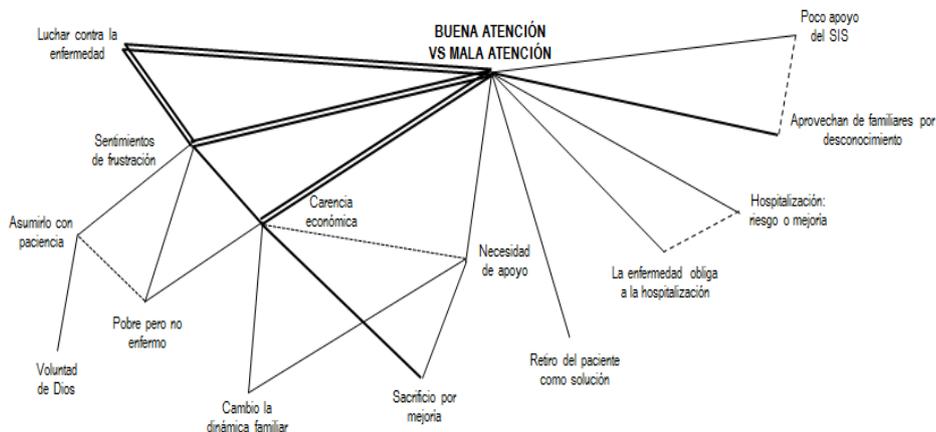
Los elementos asociados con enlaces débiles al elemento polo fueron sentimientos de frustración que son producto de la situación de enfermedad del familiar en relación con su condición económica, a la vez ella ve que la enfermedad obliga a la hospitalización afectando de esta manera la dinámica familiar, pues los familiares y el familiar cuidador tendrían que realizar un reajuste de hábitos, ya que no están acostumbrados al ritmo de vida dentro de un hospital soportando como consecuencia se aprovechen de ellos por desconocimiento y soportando una mala atención por parte del personal que labora dentro del hospital.

En conclusión, el significado sobre la enfermedad, para la entrevistada, refleja una construcción de enfermedad con elementos que ponen en evidencia la realidad sentida por parte de este grupo de personas que ante la falta de recursos económicos se ven obligados al sacrificio de sus propias necesidades para contribuir en la recuperación de su familiar.

Entrevista Nª 02

- ✓ Luchar contra la enfermedad (8)- buena atención vs mala atención (12): 4 asociaciones
- ✓ Luchar contra la enfermedad (8)- sentimientos de frustración (9)- buena atención vs mala atención (12): 2 asociaciones
- ✓ sentimientos de frustración (9)- buena atención vs mala atención (12): 6 asociaciones
- ✓ carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- buena atención vs mala atención (12): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- luchar contra la enfermedad (8)- buena atención vs mala atención (12): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- luchar contra la enfermedad (8): 3 asociaciones
- ✓ Carencia económica (6)- buena atención vs mala atención (12): 5 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- buena atención vs mala atención (12)- retiro del paciente como solución (18): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- cambio la dinámica familiar (15)- necesidad de apoyo (19): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- buena atención vs mala atención (12)- necesidad de apoyo (19): 1 asociación
- ✓ Carencia económica (6)- necesidad de apoyo (19): 3 asociaciones.
- ✓ Luchar contra la enfermedad (8)- sentimientos de frustración (9)- la enfermedad obliga a la hospitalización (11)- buena atención vs mala atención (12): 1 asociación.
- ✓ Voluntad de Dios (2)- Asumirlo con paciencia (4)- sentimientos de frustración (9)- buena atención vs mala atención (12): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Pobre pero no enfermo (7)- sentimientos de frustración (9)- buena atención vs mala atención (12): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- sacrificarse por mejoría (10): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sacrificarse por mejoría (10)- necesidad de apoyo (19): 1 asociación.
- ✓ buena atención vs mala atención (12)- Hospitalización: riesgo o mejoría (20): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- buena atención vs mala atención (12)- aprovechan de familiares por desconocimiento (17): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Afrontar la enfermedad (8)- buena atención vs mala atención (12)- aprovechan de familiares por desconocimiento (17): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- buena atención vs mala atención (12)- poco apoyo del SIS (16)-aprovechan de familiares por desconocimiento (17): 1 asociación.

Figura Nª02: esquema de asociaciones de entrevista 02.



Muy Fuerte	Fuerte	Menos Fuerte
(5 a más asociaciones) =====	(3 a 4 asociaciones) —————	(1 a 2 asociaciones) —————

Este esquema es el resultado de 20 asociaciones, organizadas en cuatro niveles jerárquicos, teniendo como elemento polo Buena Atención vs Mala Atención que se une mediante relaciones de diversas intensidades a 9 elementos esenciales: el primero luchar contra la enfermedad formando una relación muy fuerte; el segundo Sentimientos de Frustración unido con un enlace muy fuerte y del cual emerge los elementos agregados pobre pero no enfermo y asumirlo con paciente de cual surge voluntad de Dios, todos unidos a través de enlaces débiles, el tercer elemento Carencia Económica unido al elemento polo con un enlace muy fuerte y del cual emerge el elemento agregado cambio en la dinámica familiar mediante enlace débil y sacrificarse por mejoría con un enlace fuerte; los elementos cuarto, quinto, sexto, séptimo y noveno unidos con enlaces débiles y el elemento esencial octavo unido al elemento polo con un enlace fuerte.

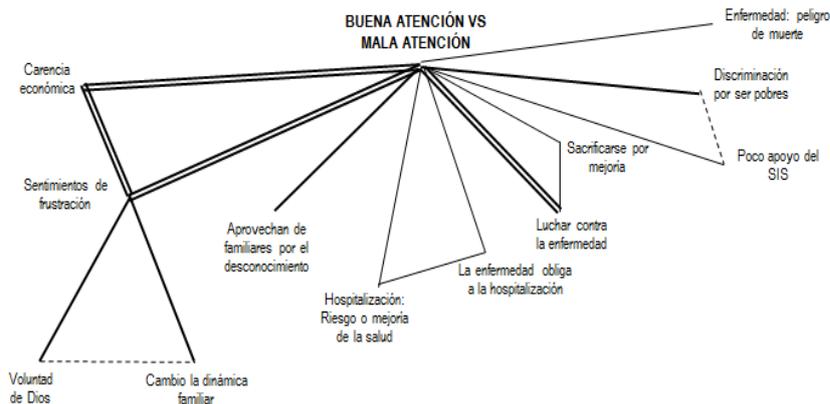
En conclusión los aspectos objetivados por el entrevistado en la enfermedad reflejan la necesidad de una buena atención por parte del personal de salud como lo expresa dentro de sus discursos la calidad humanitaria de cuidado a los enfermos como una necesidad de luchar contra la enfermedad para la recuperación del familiar que en caso contrario si fuera una mala atención como en el esquema aparece muy fuerte, surgirán sentimientos de frustración en relación a la carencia económica los cuales no son suficientes cubrir las necesidades propias del familiar enfermo para alcanzar su mejoría, y de los familiares que en el esquema se observa un enlace débil pero no menos significativo viéndose obligados a sacrificar sus propias necesidades por las necesidades de su familiar.

Los elementos asociados con enlaces débiles muestran elementos propios de las personas de bajos recursos económicos, pues el entrevistado estigma a la enfermedad como un riesgo de morir, ya sea por una mala atención, unido al ínfimo apoyo de los sistemas de salud, la falta de recursos económicos.

Entrevista N° 03

- ✓ Carencia económica (6) - Sentimientos de frustración (9) - Buena atención vs mala atención (12): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6) - Sentimientos de frustración (9) - La enfermedad obliga a la hospitalización (11)- Buena atención vs mala atención (12): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6) - Buena atención vs mala atención (12): 4 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6) - Buena atención vs mala atención (12)- Aprovechan de familiares por el desconocimiento (17): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6) - Sentimientos de frustración (9) - Buena atención vs mala atención (12) - Aprovechan de familiares por el desconocimiento (17): 1 asociación.
- ✓ Sentimientos de frustración (9) - La enfermedad obliga a la hospitalización (11)- Hospitalización: Riesgo o mejoría de la salud (20): 1 asociación.
- ✓ Sentimientos de frustración (9) - La enfermedad obliga a la hospitalización (11): 2 asociaciones.
- ✓ Sentimientos de frustración (9) - Buena atención vs mala atención (12): 4 asociaciones.
- ✓ La enfermedad obliga a la hospitalización (11)- Buena atención vs mala atención (12)- Hospitalización: Riesgo o mejoría de la salud (20): 1 asociación.
- ✓ La enfermedad obliga a la hospitalización (11)- Hospitalización: Riesgo o mejoría de la salud (20): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6) - Afrontar la enfermedad (8)- Buena atención vs mala atención (12):2 asociaciones.
- ✓ Luchar contra la enfermedad (8)- Sacrificarse por mejoría (10)- Buena atención vs mala atención (12): 1 asociación.
- ✓ Luchar contra la enfermedad (8)- Buena atención vs mala atención (12): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6) - Buena atención vs mala atención (12)- Poco apoyo del SIS (16)- Aprovechan de familiares por el desconocimiento (17) - Discriminación por ser pobres (21): 1 asociación.
- ✓ Sentimientos de frustración (9) - Afecta la dinámica familiar (15): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6) luchar contra la enfermedad (8)- Buena atención vs mala atención (12)- Discriminación por ser pobres (21):1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6) - Buena atención vs mala atención (12)- Discriminación por ser pobres (21):2 asociaciones.
- ✓ Voluntad de Dios (2)- Sentimientos de frustración (9)- Buena atención vs mala atención (12)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación.
- ✓ Voluntad de Dios (2)- Sentimientos de frustración (9)- Buena atención vs mala atención (12): 2 asociaciones.
- ✓ Voluntad de Dios (2)- Sentimientos de frustración (9)- Buena atención vs mala atención (12)- Discriminación por ser pobres (21):1 asociación.

Figura 03: esquema de asociaciones de entrevista 03.



Muy Fuerte	Fuerte	Menos Fuerte
(5 a más asociaciones) <u>=====</u>	(3 a 4 asociaciones) <u>=====</u>	(1 a 2 asociaciones) <u>=====</u>

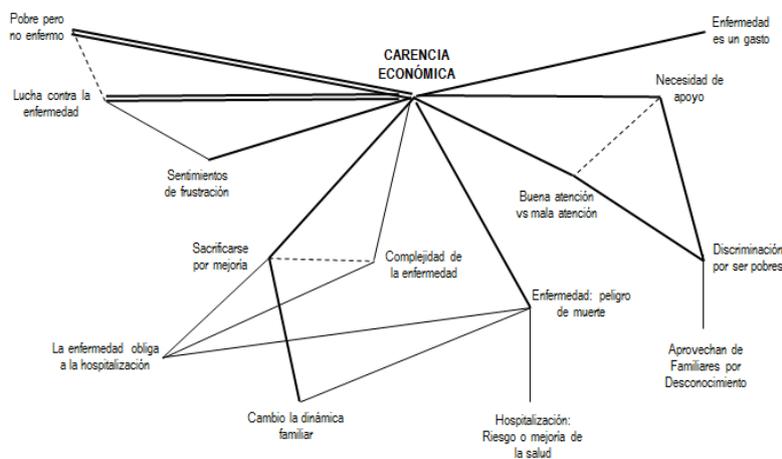
El presente esquema muestra elementos distribuidos en 3 niveles jerárquicos, resultado de 20 asociaciones, teniendo como elemento polo Buena Atención vs Mala Atención que se une mediante relaciones de diversas intensidades a 10 elementos esenciales: el primero carencia económica formando una relación muy fuerte; el segundo Sentimientos de Frustración unido con un enlace muy fuerte y del cual emerge los elementos agregados Voluntad de Dios y Cambio en la Dinámica familiar estos unidos a través de enlaces fuertes, Aprovechan de familiares y Discriminación por ser pobres unidos mediante un enlace fuerte, el cuarto elemento y quinto elementos unido con enlace débil formando con el elemento polo una triada, el séptimo, octavo y décimo elementos unidos a través de enlace débil, Luchar contra la enfermedad unido al elemento polo con un enlace muy fuerte.

En conclusión se puede decir que las personas de bajos recursos económicos encuentran al proceso de enfermedad como resultado de una buena o mala atención, pues con la carencia económica y tener que luchar contra la enfermedad en búsqueda de recuperación, ocasionará sentimientos de frustración en relación a la convivencia dentro del hospital, pues la enfermedad es vista como una obligación para hospitalizar y sin embargo a pesar que se identifique como un peligro de muerte, dentro de sus discursos, no es vista el hospital como una solución a mejorar sino como un riesgo vs mejoría, manifestando a la vez una mala atención no solo para el paciente sino con los familiares, aprovechándose según el entrevistado de la falta de conocimiento que tienen, y la vez vivir falta de respeto, poca atención a sus pedidos, sintiéndose discriminado por su condición de pobreza, por lo tanto necesitan apoyo de personas, entidades y sobretodo un apoyo más consistente del seguro social.

Entrevista N° 04

- ✓ Carencia económica (6) – enfermedad: peligro de muerte (22): 4 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6) – sentimientos de frustración (9): 3 asociaciones.
- ✓ recursos económicos insuficientes (6) – luchar contra la enfermedad (8)- sentimientos de frustración (9)- enfermedad: peligro de muerte (22):2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sacrificarse por mejoría (10): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- luchar contra la enfermedad (8)- sacrificarse por mejoría (10)- Afecta la dinámica familiar (15) – Enfermedad: peligro de muerte (22): 2 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- luchar contra la enfermedad (8) – Enfermedad: peligro de muerte (22): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6) - sacrificarse por mejoría (10)- la enfermedad obliga a la hospitalización (11) Complejidad de la enfermedad (13): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6) -Complejidad de la enfermedad (13): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6) – necesidad de apoyo (19): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)-enfermedad es un gasto (23): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6) –pobre pero no enfermo (7): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6) –pobre pero no enfermo (7)- enfermedad: peligro de muerte (22): 2 asociaciones.
- ✓ Luchar contra la enfermedad (8)- Complejidad de la enfermedad (13)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación
- ✓ la enfermedad obliga a la hospitalización (11)- enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación.
- ✓ Hospitalización: Riesgo o mejoría de la salud (20)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación
- ✓ Carencia económica (6)- Buena atención vs mala atención (12)- Discriminación por ser pobres (21): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6) – sentimientos de frustración (9)- Buena atención vs mala atención (12): 1 asociación.
- ✓ Buena atención vs mala atención (12)- Discriminación por ser pobres (21): 2 asociaciones
- ✓ Aprovechan de Familiares por Desconocimiento (17)- Discriminación por ser pobres (21): 1 asociación
- ✓ Luchar contra la enfermedad (8)- Buena atención vs mala atención (12): 1 asociación
- ✓ Luchar contra la enfermedad (8)- necesidad de apoyo (19)- Discriminación por ser pobres (21): 1 asociación

Figura 04: esquema de asociaciones de entrevista 04.



Muy Fuerte	Fuerte	Menos Fuerte
(5 a más asociaciones)	(3 a 4 asociaciones)	(1 a 2 asociaciones)

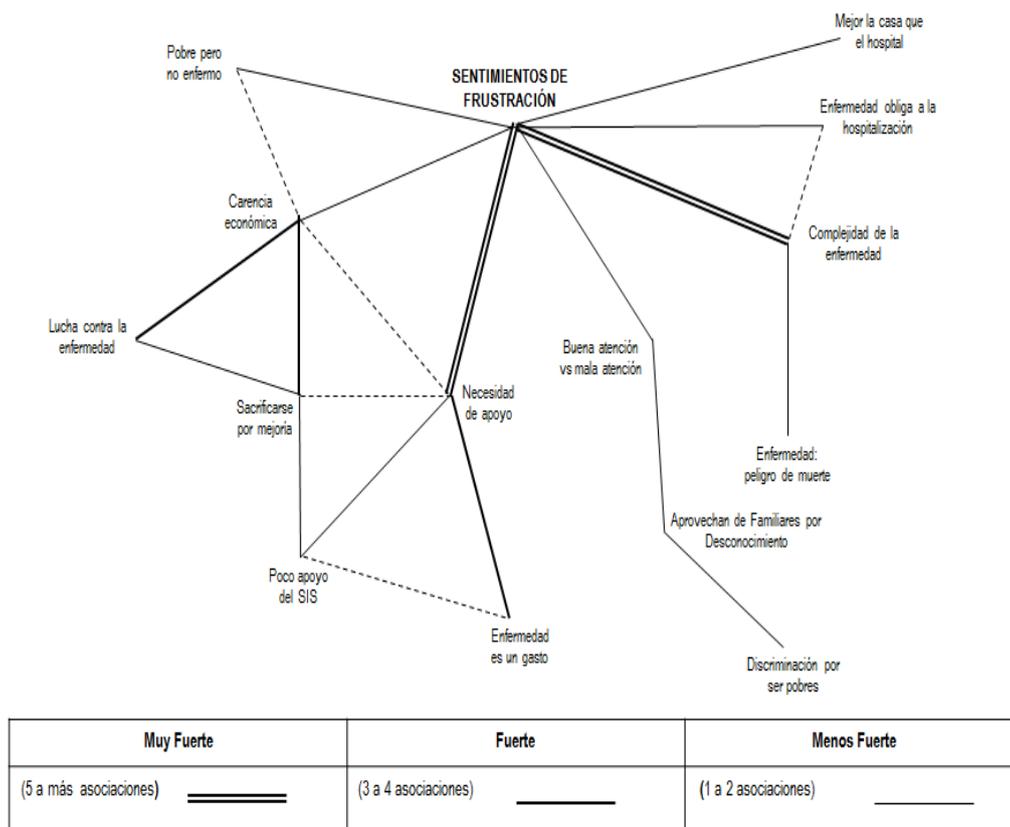
El esquema muestra elementos distribuidos en 4 niveles jerárquicos, resultado de 21 asociaciones, teniendo como elemento polo Carencia económica que se une mediante relaciones de diversas intensidades a 9 elementos esenciales: el primero Pobre pero no enfermo y segundo Luchar contra la enfermedad están unidos al elemento polo mediante un enlace muy fuerte; el tercer elemento Sentimientos de Frustración unido con un enlace fuerte, el cuarto Sacrificarse por mejoría unido mediante un enlace fuerte y del cual emerge los elementos agregados la enfermedad obliga a la hospitalización unido con un enlace débil y Cambio en la Dinámica familiar unido a través de enlace fuerte, el quinto elemento esencial complejidad de la enfermedad se encuentra unido con un enlace débil, el elemento Enfermedad: peligro de muerte se une fuertemente al elemento polo, el elemento Buena atención vs mala atención relacionado con un enlace débil y del cual emerge a través de un enlace fuerte el elemento agregado Discriminación por ser pobres y de este surge el elemento Aprovechan de familiares por el desconocimiento, el séptimo necesidad de apoyo y el noveno Enfermedad es un gasto unidos mediante un enlace fuerte.

En conclusión la persona entrevistada logra objetivar la enfermedad como un problema de carencia económica, mencionando como elemento propio ser pobre pero no enfermo esto puede relacionar al ciclo enfermedad-pobreza donde luchar contra la enfermedad en las personas de bajos recursos económicos resulta ser muy perjudicial para el ingreso económico familiar, y por las condiciones de vida que estos tengan, guiándolos a concebir sentimientos negativos para la recuperación de la salud dentro de un hospital en relación con los gastos que se deben realizar.

Entrevista N° 05

- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- necesidad de apoyo (19): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6) –pobre pero no enfermo (7)- sentimientos de frustración (9)- Complejidad de la enfermedad (13): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- luchar contra la enfermedad (8) - necesidad de apoyo (19): 2 asociaciones.
- ✓ sentimientos de frustración (9)- necesidad de apoyo (19): 3 asociaciones.
- ✓ sentimientos de frustración (9)- Buena atención vs mala atención (12): 2 asociaciones.
- ✓ sentimientos de frustración (9)- Complejidad de la enfermedad (13)- necesidad de apoyo (19): 3 asociaciones.
- ✓ sentimientos de frustración (9)- Complejidad de la enfermedad (13)- necesidad de apoyo (19): 1 asociación.
- ✓ sentimientos de frustración (9)- Complejidad de la enfermedad (13)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación.
- ✓ sentimientos de frustración (9)- la enfermedad obliga a la hospitalización (11)- Buena atención vs mala atención (12)- Aprovechan de Familiares por Desconocimiento (17)- Discriminación por ser pobres (21): 1 asociación
- ✓ Carencia económica (6)- la enfermedad obliga a la hospitalización (11)- necesidad de apoyo (19): 1 asociación
- ✓ sentimientos de frustración (9)- mejor la casa que el hospital (14): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- sacrificarse por mejoría (10)- necesidad de apoyo (19)- Hospitalización es un gasto (23): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6) – luchar contra la enfermedad (8) - sacrificarse por mejoría (10)- Poco apoyo del SIS (16)- necesidad de apoyo (19)- enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.

Figura 05: esquema de asociaciones de entrevista 05.



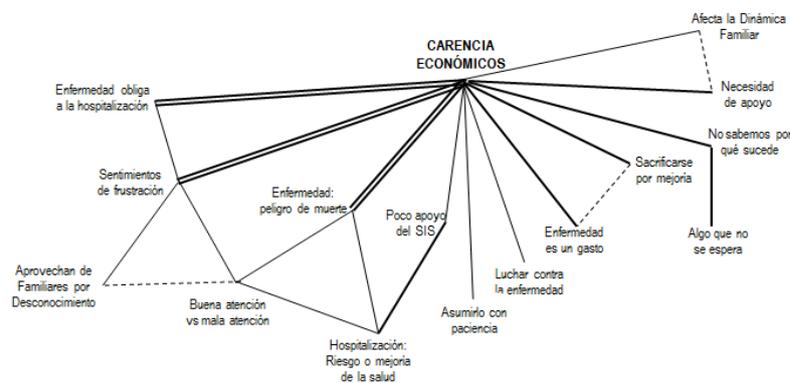
El esquema muestra elementos distribuidos en 4 niveles jerárquicos, teniendo como elemento polo Sentimientos de Frustración el cual se une mediante relaciones de diversas intensidades a 7 elementos esenciales: en los cuales el elemento Complejidad de la enfermedad de quien emerge unido mediante enlace débil el elemento agregado Enfermedad peligro de muerte y el elemento Necesidad de apoyo del cual mediante un enlace fuerte surge el elemento agregado la Hospitalización es un gasto, estos dos elementos esenciales están unidos al elemento polo con un enlace muy fuerte, lo otros elementos que pobre pero no enfermo, carencia económica del cual emergen mediante enlace fuerte los elementos agregados luchar contra la enfermedad y sacrificarse por mejoría, surgiendo de este a la vez poco apoyo del SIS a través de un enlace débil, Buena atención vs mala atención unido con enlace débil y surgiendo de este un elemento agregado Aprovechan de familiares por el desconocimiento unido también con un enlace débil y del cual a través del mismo elemento y tipo de enlace surge el elemento discriminación por ser pobres .

Se puede decir que el aspecto objetivado de la enfermedad incluyen los sentimientos de frustración que puede causar esta y la relación más fuerte para el entrevistado es la enfermedad vista desde su complejidad y requiera de tratamientos complejos este caso es ella por su condición económica puede llevar a un peligro de muerte, es allí donde se ve la necesidad de apoyo para poder realizar los gastos que demanda una hospitalización, la cual las personas de bajos recursos económicos no puede sostener.

Entrevista N° 06

- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9): 4 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- la enfermedad obliga a la hospitalización (11)-Enfermedad: peligro de muerte (22)-enfermedad es un gasto (23): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- la enfermedad obliga a la hospitalización (11): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Enfermedad: peligro de muerte (22)- enfermedad es un gasto (23): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- enfermedad es un gasto (23): 4 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- la enfermedad obliga a la hospitalización (11)-Enfermedad: peligro de muerte (22)-enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ sentimientos de frustración (9)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 3 asociaciones.
- ✓ sentimientos de frustración (9)-enfermedad es un gasto (23): 3 asociaciones.
- ✓ Algo que no se espera (1) – No sabemos por qué sucede (3) Carencia económica (6)-Enfermedad: peligro de muerte (22)- enfermedad es un gasto (23): 2 asociaciones.
- ✓ Algo que no se espera (1)- No sabemos por qué sucede (3)- Carencia económica (6)- luchar contra la enfermedad (8)- sacrificarse por mejoría (10)- enfermedad obliga a la hospitalización (11)- Enfermedad: peligro de muerte (22)-enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Algo que no se espera (1)- No sabemos por qué sucede (3)- Carencia económica (6)- Poco apoyo del SIS (16)- Hospitalización: Riesgo o mejoría de la salud (20)- Enfermedad: peligro de muerte (22)-enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- luchar contra la enfermedad (8)- sacrificarse por mejoría (10)- necesidad de apoyo (19): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)-sacrificarse por mejoría (10)- necesidad de apoyo (19): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- necesidad de apoyo (19): 3 asociaciones.
- ✓ sentimientos de frustración (9)- Buena atención vs mala atención (12)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 2 asociaciones.
- ✓ Algo que no se espera (1) – No sabemos por qué sucede (3)- Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Buena atención vs mala atención (12)- Enfermedad: peligro de muerte (22)-enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ sentimientos de frustración (9)- Buena atención vs mala atención (12)- Hospitalización: Riesgo o mejoría de la salud (20)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Afecta la Dinámica Familiar (15): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Aprovechan de Familiares por Desconocimiento (17)- necesidad de apoyo (19): 1 asociación
- ✓ Asumirlo con paciencia (4)- carencia económica (6)- sacrificarse por mejoría (10)- necesidad de apoyo (19): 1 asociación.

Figura 06: esquema de asociaciones de entrevista 06.



Muy Fuerte	Fuerte	Menos Fuerte
(5 a más asociaciones) <u>=====</u>	(3 a 4 asociaciones) <u>=====</u>	(1 a 2 asociaciones) <u>=====</u>

El siguiente esquema muestra elementos distribuidos en 3 niveles jerárquicos, teniendo como elemento polo Carencia económica quien se une mediante relaciones de diversas intensidades a 11 elementos esenciales.

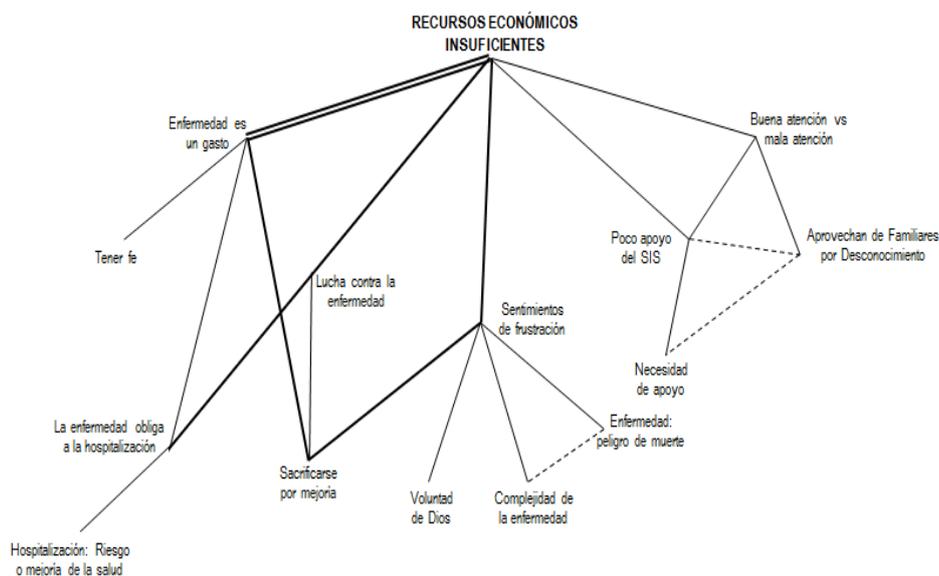
Por lo tanto ella afirma que como persona de bajo recursos económicos, logra objetivar la enfermedad con la falta de recursos económicos, afirmando así que debido a la ausencia de estos la enfermedad a pesar de ser afrontada con responsabilidad para lograr la recuperación de su familiar, crea sentimientos de frustración al no poder conseguir todo el dinero para una recuperación más, teniendo como visión a la enfermedad como peligro de muerte, según sus discursos sintiéndose impotentes de no poder hacer nada más.

La persona asocia con fuerza los elementos: enfermedad obliga a la hospitalización, sentimientos de frustración y enfermedad como peligro de muerte, en conclusión el significado de enfermedad para el entrevistado es un problema complejo por falta de recursos económicos, la necesidad de hospitalizar, lleva la idea de gastos no pensados, en consecuencia trayendo sentimientos de frustración por querer salvar al familiar y a la vez no poder hacerlo por los recursos económicos insuficientes.

Entrevista N° 07:

- ✓ Carencia económica (6)- enfermedad es un gasto (23): 5 asociaciones
- ✓ Carencia económica (6)-luchar contra la enfermedad (8)- sacrificarse por mejoría (10)- enfermedad es un gasto (23):2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- luchar contra la enfermedad (8)- sentimientos de frustración (9)- sacrificarse por mejoría (10)- enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- sacrificarse por mejoría (10)- enfermedad es un gasto (23): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- luchar contra la enfermedad (8)- sacrificarse por mejoría (10)- la enfermedad obliga a la hospitalización (11)-enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Luchar contra la enfermedad (8)- la enfermedad obliga a la hospitalización (11): 2 asociaciones.
- ✓ Sentimientos de frustración (9)- la enfermedad obliga a la hospitalización (11): 1 asociación
- ✓ Sentimientos de frustración (9)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 2 asociaciones.
- ✓ la enfermedad obliga a la hospitalización (11)- Hospitalización: Riesgo o mejoría de la salud (20): 1 asociación.
- ✓ Buena atención vs mala atención (12)- Aprovechan de Familiares por Desconocimiento (17): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Poco apoyo del SIS (16): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Buena atención vs mala atención (12)- Poco apoyo del SIS (16)- necesidad de apoyo (19): 1 asociación.
- ✓ Voluntad de Dios (2)- Sentimientos de frustración (9)- Complejidad de la enfermedad (13)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación.
- ✓ Voluntad de Dios (2)- tener fe (5)- la enfermedad obliga a la hospitalización (11): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- sacrificarse por mejoría (10)- Poco apoyo del SIS (16)-enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.

Figura 07: esquema de asociaciones de entrevista 07.



Muy Fuerte	Fuerte	Menos Fuerte
(5 a más asociaciones)	(3 a 4 asociaciones)	(1 a 2 asociaciones)

El esquema muestra elementos distribuidos en 4 niveles jerárquicos, teniendo como elemento polo Carencia Económica el cual se une mediante relaciones de diversas intensidades a 5 elementos esenciales, los cuales a la vez muestran 8 elementos agregados, producto de 14 asociaciones.

El primer elemento Enfermedades un gasto, unido mediante un enlace muy fuerte y del cual surge los elementos agregados tener fe y la enfermedad obliga a la hospitalización a través de enlaces débiles, el segundo luchar contra la enfermedad unido mediante un enlace fuerte surgiendo de este mediante un enlace fuerte el elemento sacrificarse por mejoría, el tercer elemento sentimientos de frustración unido con enlace fuerte y surgiendo de este a través de enlaces débiles los elementos, voluntad de Dios, complejidad de la enfermedad, enfermedad: peligro de muerte.

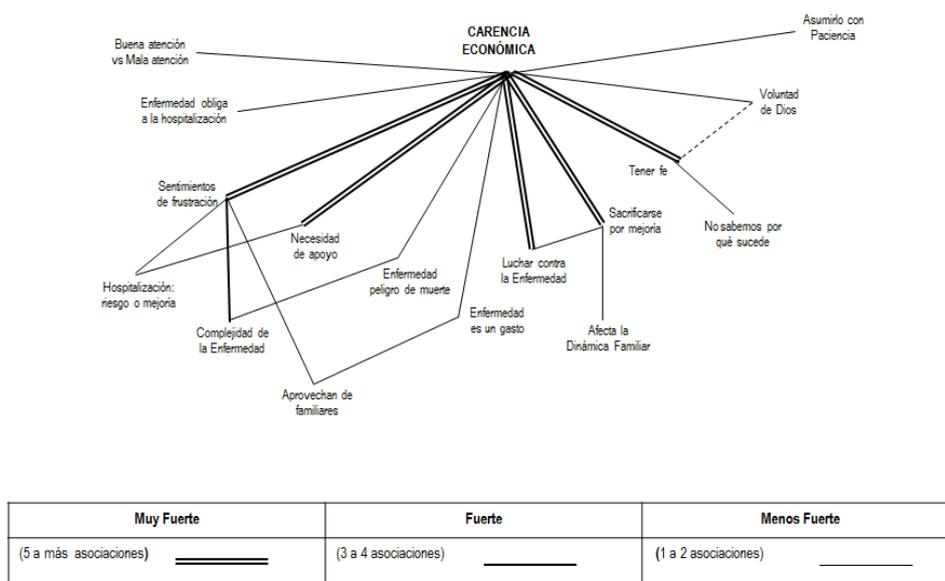
La entrevistada asocia con mucha fuerza al elemento polo el elemento esencial la enfermedad es un gasto, esto es descifrado como el no poder cubrir los requisitos para una hospitalización debido a los recursos económicos insuficientes. También asocia con fuerza los elementos luchar contra la enfermedad y sentimientos de frustración, elementos que surgen del proceso de salvaguardar la vida de un ser querido y la dificultad de ejercerlo por falta de recursos económicos.

En definitiva la persona entrevista asocia la enfermedad como el resultado de carencia económica, puesto que se necesita de un lugar para ser tratada siendo esta opción la hospitalización, sin embargo aquí tiene que afrontar gastos mayormente elevados para la restauración de la salud, y para lograr ese objetivo lucha, se sacrifica y a pesar de estos esfuerzos, no encuentra solución.

Entrevista N° 08

- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9): 5 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- luchar contra la enfermedad (8): 5 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sacrificarse por mejoría (10): 5 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 4 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Buena atención vs mala atención (12): 2 asociaciones.
- ✓ No sabemos por qué sucede (3)- tener fe (5)- carencia económica (6)- luchar contra la enfermedad (8)- sacrificarse por mejoría (10): 1 asociación.
- ✓ Tener fe (5)- carencia económica (6): 3 asociaciones.
- ✓ Tener fe (5)- carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación.
- ✓ Tener fe (5)- carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- luchar contra la enfermedad (8)- sentimientos de frustración (9)- sacrificarse por mejoría (10)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- la enfermedad obliga a la hospitalización (11): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- luchar contra la enfermedad (8)- sacrificarse por mejoría (10)- cambio la Dinámica Familiar (15): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- necesidad de apoyo (19): 4 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- enfermedad es un gasto (23): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- necesidad de apoyo (19)- enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Asumirlo con paciencia (4)- carencia económica (6): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Hospitalización: Riesgo o mejoría de la salud (20): 2 asociaciones.
- ✓ Voluntad de Dios (2)- carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Complejidad de la enfermedad (13)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Complejidad de la enfermedad (13): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Aprovechan de Familiares por Desconocimiento (17)- necesidad de apoyo (19)- Hospitalización: Riesgo o mejoría de la salud (20): 1 asociación.

Figura 08: esquema de asociaciones de entrevista 08.



El esquema muestra elementos distribuidos en 4 niveles jerárquicos, teniendo como elemento polo Carencia Económica el cual se une mediante relaciones de diversas intensidades a 11 elementos esenciales: en los cuales el tercero sentimientos de frustración, cuarto Luchar contra la enfermedad, quinto sacrificarse por mejoría, séptimo necesidad de apoyo y octavo tener fe se encuentran unidos mediante enlace muy fuerte, los demás elementos esenciales se observan unidos con enlaces débiles.

La objetivación de la enfermedad en esta entrevista se construye de una realidad cruda al presentar una carencia económica y así no poder tener los recursos que le brinden estabilidad económica, incluso psicológica en respuesta a luchar-afrentar la enfermedad dentro de sus posibilidades y/o condiciones.

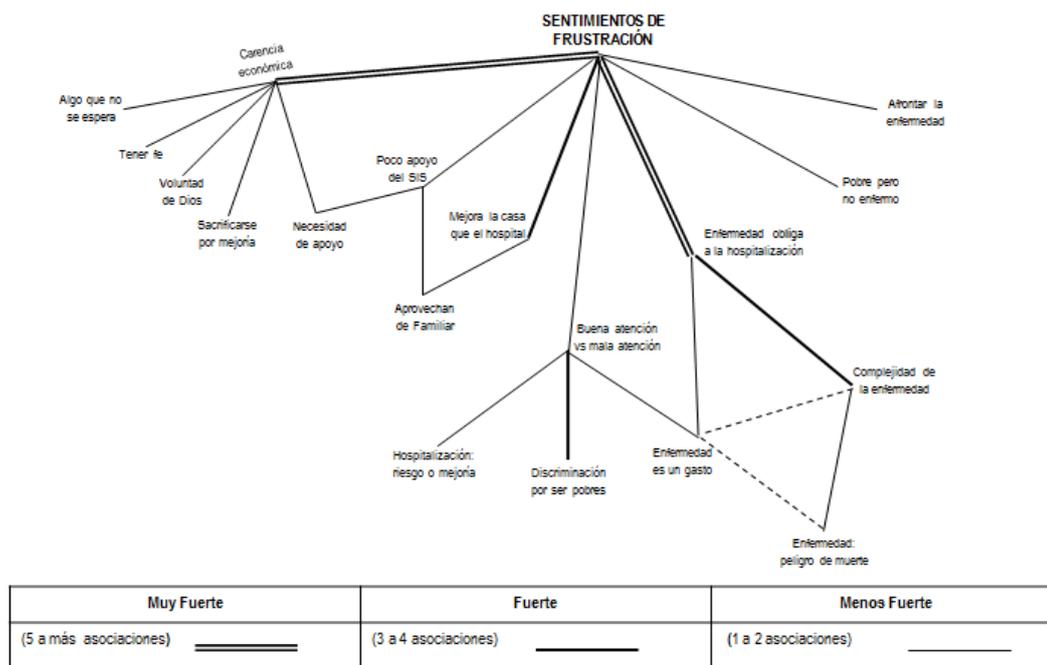
Sin embargo se muestra muy marcado la necesidad de apoyo que tienen las personas de bajos recursos económicos en relación a la recuperación de la salud de sus familiares, necesitando ayuda empezando con la institución de salud a la que han acudido, al profesional de salud y sobretodo, esperan y necesitan ayuda de las personas más cercanas en ese entorno y con las que interactúan más en este caso del profesional de enfermería.

En cuanto a su estabilidad psicológica, la presencia de la enfermedad genera sentimientos de frustración que florecen por la necesidad de recuperar la salud del ser querido pero siempre con dogma de fe, en aras de creer en la ayuda de un ser supremo.

Entrevista N° 09:

- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9): 4 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- la enfermedad obliga a la hospitalización (11): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Buena atención vs mala atención (12)- Discriminación por ser pobres (21): 2 asociaciones.
- ✓ Sentimientos de frustración (9)- la enfermedad obliga a la hospitalización (11)- Buena atención vs mala atención (12)- Discriminación por ser pobres (21): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- pobre pero no enfermo (7)- sentimientos de frustración (9)- la enfermedad obliga a la hospitalización (11): 1 asociación.
- ✓ Algo que no se espera (1)- carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- la enfermedad obliga a la hospitalización (11)- Buena atención vs mala atención (12)- Hospitalización: Riesgo o mejoría de la salud (20)- Discriminación por ser pobres (21)- enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- la enfermedad obliga a la hospitalización (11)- enfermedad es un gasto (23): 2 Asociaciones.
- ✓ Sentimientos de frustración (9)- Buena atención vs mala atención (12)- enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Tener fe (5)- carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- la enfermedad obliga a la hospitalización (11)- Complejidad de la enfermedad (13)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación.
- ✓ Sentimientos de frustración (9)- la enfermedad obliga a la hospitalización (11)- Complejidad de la enfermedad (13): 2 asociaciones.
- ✓ Sentimientos de frustración (9)- Mejor la casa que el Hospital (14)- necesidad de apoyo (19): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- necesidad de apoyo (19): 2 asociaciones.
- ✓ Luchar contra la enfermedad (8)- Sentimientos de frustración (9)- Poco apoyo del SIS (16)-necesidad de apoyo (19)- enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Voluntad de Dios (2)- carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9): 1 asociación.
- ✓ Sentimientos de frustración (9)- Mejor la casa que el Hospital (14)- Retiro del Paciente como solución (18)- necesidad de apoyo (19): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- sacrificarse por mejoría (10)- necesidad de apoyo (19): 1 asociación.

Figura 09: esquema de asociaciones de entrevista 09.



El esquema muestra elementos distribuidos en 4 niveles jerárquicos, unido a elementos con diversos enlaces. Teniendo como elemento polo Sentimientos de Frustración el cual se une mediante relaciones de diversas intensidades a 7 elementos esenciales: en los cuales el primer elemento carencia económica está unido muy fuerte al elemento polo y emerge de este mediante enlaces débiles los elementos agregados algo que no se espera, tener fe, sacrificarse por mejoría y voluntad de Dios, y el tercer elemento enfermedad obliga a la hospitalización también se encuentra unido con enlace muy fuerte y surge de él el elemento agregado complejidad de la enfermedad naciendo de este elemento enfermedad peligro de muerte unido con enlace débil.

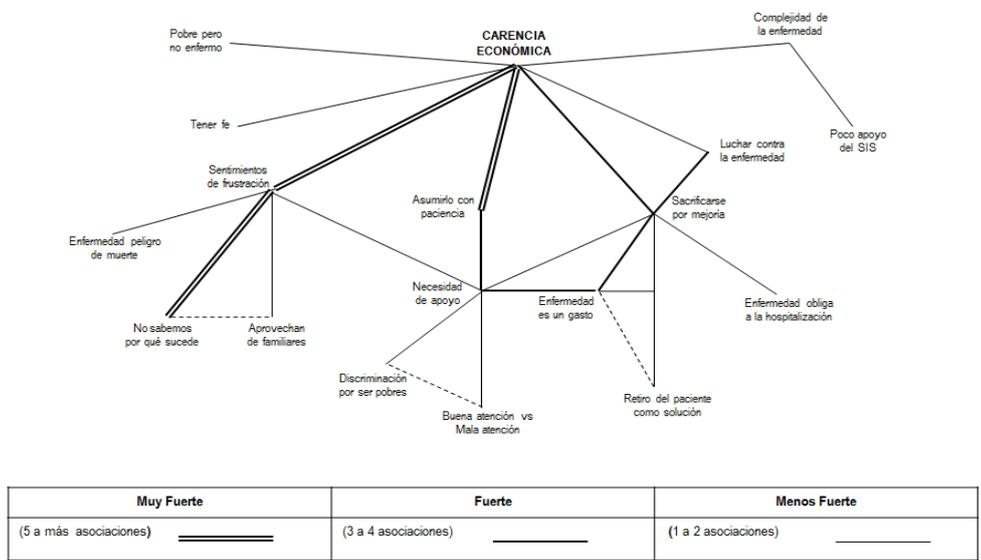
Para la persona entrevistada la enfermedad causa sentimientos de frustración, esto nace como una respuesta a un suceso indeseable y como manifestaba ocasionaba sentimientos como miedo, intranquilidad, ansiedad por no conocer, pero aceptar su realidad y a la vez rechazar toda posibilidad de perder a un ser querido por su condición económica, complicando más su situación pues, recurren a todos los medios para solventar gastos llevándolos de pobres a pobres extremos.

A pesar de su cotidiano en la enfermedad, no dejan de creer y tener fe en un ser supremo y todopoderoso, resaltando su espiritualidad y fe en un Dios que les pone pruebas y así acepte la realidad que están viviendo.

Entrevista N° 10:

- ✓ Asumirlo con paciencia (4)- Carencia económica (6)- pobre pero no enfermo (7)- sentimientos de frustración (9): 2 asociaciones.
- ✓ Asumirlo con paciencia (4)- Tener fe (5)- Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- sacrificarse por mejoría (10)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Asumirlo con paciencia (4)- Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- sacrificarse por mejoría (10): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- sacrificarse por mejoría (10): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9): 5 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sacrificarse por mejoría (10)- Enfermedad es un gasto (23): 3 asociaciones.
- ✓ sentimientos de frustración (9)- enfermedad: peligro de muerte (22): 3 asociaciones.
- ✓ sacrificarse por mejoría (10)- Enfermedad es un gasto (23): 4 asociaciones.
- ✓ Asumirlo con paciencia (4)- sentimientos de frustración (9)- enfermedad: peligro de muerte (22): 2 asociaciones.
- ✓ Asumirlo con paciencia (4)- sentimientos de frustración (9): 3 asociaciones.
- ✓ Asumirlo con paciencia (4)- Carencia económica (6): 3 asociaciones.
- ✓ No sabemos por qué sucede (3)- sentimientos de frustración (9): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- sacrificarse por mejoría (10)- Retiro del Paciente como solución (18): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- sacrificarse por mejoría (10)-la enfermedad obliga a la hospitalización (11)- Complejidad de la enfermedad (13)- poco apoyo del SIS (16)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Asumirlo con paciencia (4)- necesidad de apoyo (19): 3 asociaciones.
- ✓ Asumirlo con paciencia (4)- Carencia económica (6)- Complejidad de la enfermedad (13)- necesidad de apoyo (19): 2 asociaciones.
- ✓ sacrificarse por mejoría (10)- necesidad de apoyo (19): 3 asociaciones.
- ✓ sacrificarse por mejoría (10)- necesidad de apoyo (19)- Enfermedad es un gasto (23): 2 asociaciones.
- ✓ sacrificarse por mejoría (10)- mejor casa que hospital (14)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ sacrificarse por mejoría (10)- Buena atención vs mala atención (12)- Afecta la Dinámica Familiar (15)- necesidad de apoyo (19)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Asumirlo con paciencia (4)- sentimientos de frustración (9)- poco apoyo del SIS (16)-necesidad de apoyo (19): 1 asociación.
- ✓ sentimientos de frustración (9)- poco apoyo del SIS (16): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- necesidad de apoyo (19)- Discriminación por ser pobres (21): 1 asociación.
- ✓ sentimientos de frustración (9)- Aprovechan de Familiares por Desconocimiento (17)- necesidad de apoyo (19)- enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación.
- ✓ Buena atención vs mala atención (12)- necesidad de apoyo (19): 2 asociaciones.

Figura 10: esquema de asociaciones de entrevista 10



El esquema muestra elementos distribuidos en 4 niveles jerárquicos, teniendo como elemento polo Carencia Económica, este se une mediante relaciones de diversas intensidades a 7 elementos esenciales: en los cuales el tercer elemento sentimientos de frustración unido con enlace muy fuerte también un elemento agregado enfermedad peligro de muerte y los otros dos elementos con enlaces débiles no sabemos por qué sucede y aprovechan de familiares, el cuarto asumirlo con paciencia son los asociados con mayor fuerza al elemento polo de quien emerge unido mediante enlace fuerte el elemento agregado Necesidad de apoyo del cual mediante un enlace débil los elementos discriminación por ser pobres y buena atención vs mala atención.

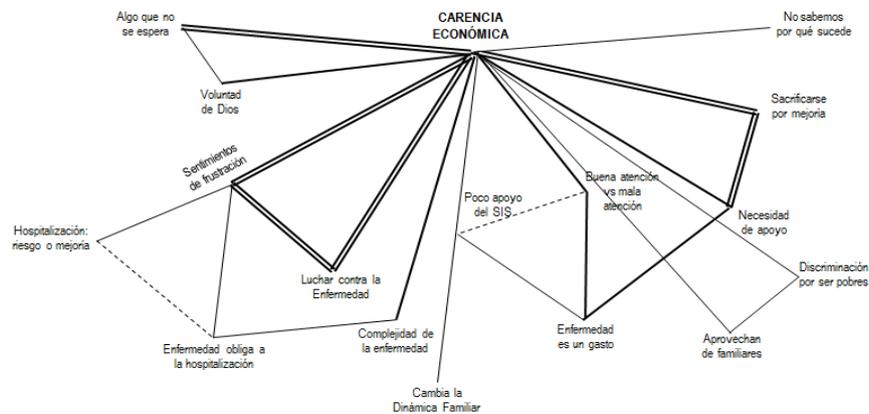
Los elementos luchar contra la enfermedad está unido al elemento polo mediante enlace débil y sacrificarse por mejoría unido con enlace fuerte, estos en conjunto con el elemento polo forma una triada, la complejidad de la enfermedad que está unido mediante un enlace débil surge de este con el mismo tipo de enlace el elemento poco apoyo del SIS.

En conclusión el significado social de la enfermedad para la persona de bajos recursos económicos se muestra a través de la carencia de los mismos y a pesar de los sentimientos de frustración que nacen de este suceso, intentan asumir con paciencia, según la persona entrevistada para que no afecte al familiar enfermo y no caer en desesperación, porque a pesar de la gran necesidad de recursos económicos para la recuperación de la salud, se mantiene la fe en Dios, para que los ayude o reconforte si no existiera reparo alguno.

Entrevista N° 11:

- ✓ Algo que no se espera (1)- Carencia económica (6): 4 asociaciones.
- ✓ Voluntad de Dios (2)- Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9): 2 asociaciones.
- ✓ Voluntad de Dios (2)- Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- sentimientos de frustración (9): 1 asociación.
- ✓ Algo que no se espera (1)- Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- sentimientos de frustración (9): 2 asociaciones.
- ✓ Algo que no se espera (1)- sentimientos de frustración (9): 3 asociaciones.
- ✓ Algo que no se espera (1)- No sabemos por qué sucede (3)- Carencia económica (6)- Complejidad de la enfermedad (13): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8): 4 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- sentimientos de frustración (9): 3 asociaciones.
- ✓ Algo que no se espera (1)- Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- sentimientos de frustración (9)- la enfermedad obliga a la hospitalización (11)- Complejidad de la enfermedad (13): 1 asociación.
- ✓ Algo que no se espera (1)- Voluntad de Dios (2)- Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Afecta la Dinámica Familiar (15): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- sacrificarse por mejoría (10): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Buena atención vs mala atención (12)- Enfermedad es un gasto (23): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sacrificarse por mejoría (10): 3 asociaciones.
- ✓ Algo que no se espera (1)- Carencia económica (6)- Complejidad de la enfermedad (13): 2 asociaciones.
- ✓ Sacrificarse por mejoría (10)- Complejidad de la enfermedad (13)- Enfermedad es un gasto (23): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- necesidad de apoyo (19): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sacrificarse por mejoría (10)- necesidad de apoyo (19): 2 asociaciones.
- ✓ Sacrificarse por mejoría (10)- necesidad de apoyo (19): 3 asociaciones.
- ✓ necesidad de apoyo (19)- Enfermedad es un gasto (23): 3 asociaciones.
- ✓ Algo que no se espera (1)- Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Buena atención vs mala atención (12)- Aprovechan de familiares por desconocimiento (17)- Discriminación por ser pobres (21)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Algo que no se espera (1)- Carencia económica (6)- Discriminación por ser pobres (21): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Poco apoyo del SIS (16): 1 asociación.
- ✓ Voluntad de Dios (2)- Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Poco apoyo del SIS (16): 1 asociación.
- ✓ Afecta la Dinámica Familiar (15)- Poco apoyo del SIS (16)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Sacrificarse por mejoría (10)- Poco apoyo del SIS (16)- necesidad de apoyo (19): 2 asociaciones.
- ✓ Sacrificarse por mejoría (10)- Complejidad de la enfermedad (13)- Poco apoyo del SIS (16)- necesidad de apoyo (19)- Hospitalización: riesgo o mejoría (20)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.

Figura 11: esquema de asociaciones de entrevista 11.



Muy Fuerte	Fuerte	Menos Fuerte
(5 a más asociaciones) _____	(3 a 4 asociaciones) _____	(1 a 2 asociaciones) _____

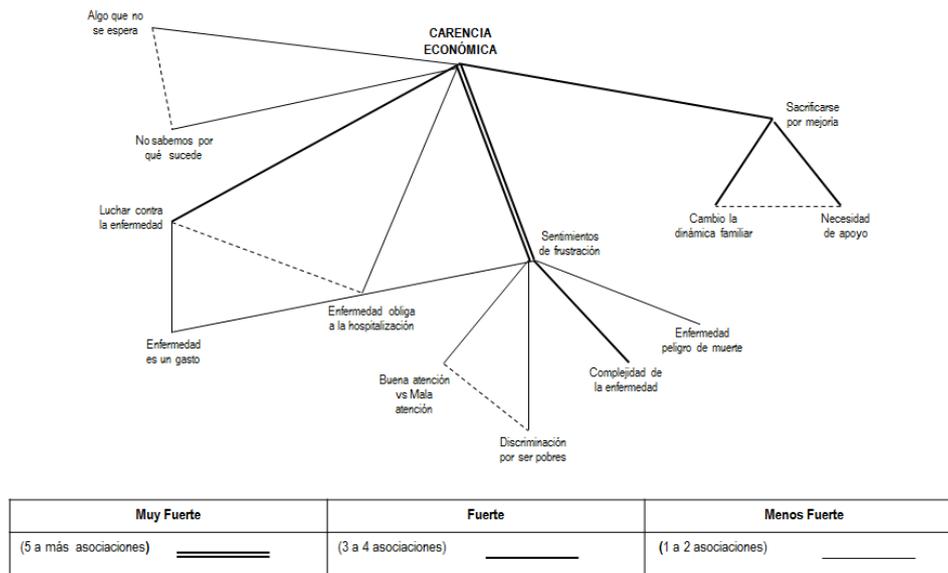
En este esquema complejo se muestra elementos distribuidos en 4 niveles jerárquicos, teniendo como elemento polo Carencia económica, quien une mediante relaciones de diversas intensidades a 11 elementos esenciales. En los cuales algo que no se espera, sentimientos de frustración, luchar contra la enfermedad y sacrificarse por mejoría son unidos a través de enlaces muy fuertes marcando a estos como la asociación más marcada por parte del entrevistado, y los elementos no menos importantes asociados con enlaces fuertes voluntad de Dios, complejidad de la enfermedad, buena atención vs mal atención, necesidad de apoyo.

Las asociaciones más fuertes para la construcción de objetividad de la enfermedad se desprende de la ausencia de los recursos económicos suficientes para afrontar la enfermedad, pues al nos esperar la enfermedad, los gastos como familia se encuentran ya destinados, sin embargo al suceder que un familiar se enferme, los gastos serán mayores y a la vez inesperados, conllevando así a sacrificarse de sus propias necesidades para tratar de cubrir las necesidades del familiar enfermo.

Entrevista N° 12:

- ✓ Algo que no se espera (1)- Carencia económica (6)- la enfermedad obliga a la hospitalización (11)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ No sabemos por qué sucede (3)- Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Complejidad de la enfermedad (13): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- Enfermedad es un gasto (23): 2 asociaciones.
- ✓ sentimientos de frustración (9)- la enfermedad obliga a la hospitalización (11)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- sentimientos de frustración (9)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Complejidad de la enfermedad (13): 3 asociaciones.
- ✓ Sacrificarse por mejoría (10)- Afecta la Dinámica Familiar (15) - Enfermedad es un gasto (23): 2 asociaciones.
- ✓ Sentimientos de frustración (9)- Sacrificarse por mejoría (10): 2 asociaciones.
- ✓ Sentimientos de frustración (9)- Sacrificarse por mejoría (10)- Afecta la Dinámica Familiar (15) - Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- enfermedad: peligro de muerte (22): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Sacrificarse por mejoría (10)- necesidad de apoyo (19): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Sacrificarse por mejoría (10)- necesidad de apoyo (19)- enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Sacrificarse por mejoría (10)- Afecta la dinámica familiar (15)- necesidad de apoyo (19)- Discriminación por ser pobres (21)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Discriminación por ser pobres (21): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Buena atención vs mala atención (12)- Complejidad de la enfermedad (13): 1 asociación.

Figura 12: esquema de asociaciones de entrevista 12.



El esquema muestra elementos distribuidos en 3 niveles jerárquicos, producto de 16 asociaciones y teniendo como elemento polo Carencia económica el cual se une mediante relaciones de diversas intensidades a 6 elementos esenciales.

Teniendo a elementos esenciales: algo que no se espera que se une al elemento polo mediante un enlace menos fuerte, el segundo elemento esencial no sabemos porque sucede unido a través de enlace menos fuerte, estos dos primeros elementos fueron unidos por criterio de la investigadora con una línea imaginaria representada por enlace pespunteado.

El tercer elemento esencial luchar contra la enfermedad está unido al elemento polo con un enlace fuerte, de este emerge con enlace menos fuerte un elemento complementario enfermedad es un gasto. Este tercer elemento fue unido imaginariamente con el cuarto elemento esencial enfermedad: obliga a la hospitalización quien se encuentra enlazado al elemento polo con enlace menos fuerte.

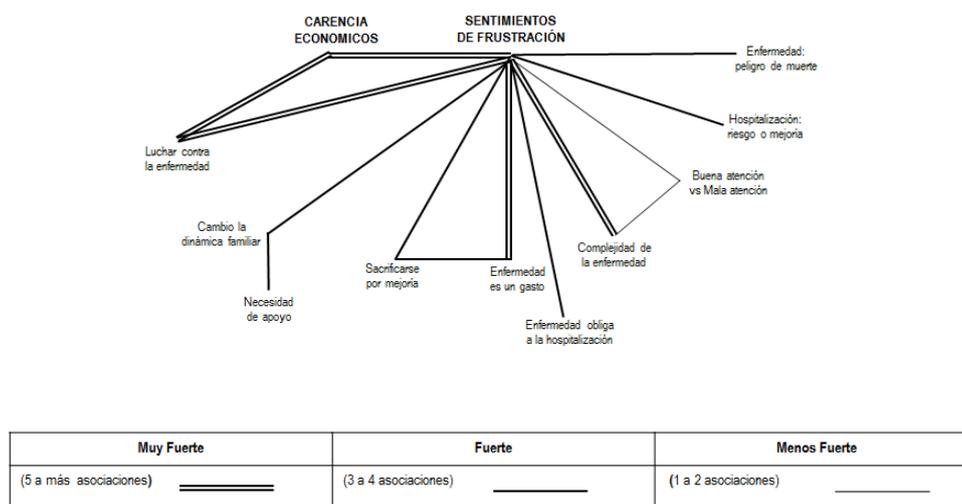
El elemento sentimientos de frustración está muy fuertemente unido al elemento polo, de este surgen cuatro elementos complementarios enlazados a este elemento de diversas intensidades, los elementos buena atención vs mala atención y discriminación por ser pobres se encuentran unidos mediante enlace menos fuerte, complejidad de la enfermedad enlazado fuertemente y enfermedad peligro de muerte unido menos fuerte.

Para finalizar el sexto y último elemento esencial sacrificarse por mejoría se une al elemento polo fuertemente y emergen de este enlace dos elementos unidos mediante enlace fuerte. Cambio en la dinámica familiar y necesidad de apoyo.

Entrevista N° 13:

- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9): 7 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- sentimientos de frustración (9): 6 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- sentimientos de frustración (9)- Enfermedad es un gasto (23): 5 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- sentimientos de frustración (9)- Sacrificarse por mejoría (10)- Enfermedad es un gasto (23): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- sentimientos de frustración (9)- la enfermedad obliga a la hospitalización (11)- Complejidad de la enfermedad (13): 4 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Complejidad de la enfermedad (13): 5 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Buena atención vs mala atención (12) - Complejidad de la enfermedad (13)- Hospitalización: riesgo o mejoría (20): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Hospitalización: riesgo o mejoría (20): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- sentimientos de frustración (9)- Afecta la Dinámica Familiar (15)-Necesidad de apoyo (19): 4 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- enfermedad: peligro de muerte (22): 3 asociaciones.

Figura 13: esquema de asociaciones de entrevista 13.



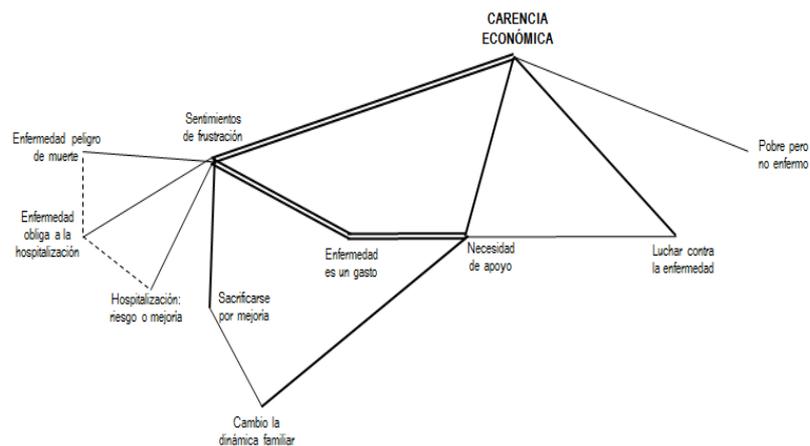
El presente esquema muestra elementos distribuidos en 3 niveles jerárquicos, teniendo dos elementos polo Carencia económica y Sentimientos de Frustración los cuales se encuentran estrechamente unidos entre sí con enlaces muy fuertes. Estos a la vez se unen también a los elementos esenciales luchar contra la enfermedad, la hospitalización es un gasto y la complejidad de la enfermedad muy fuertemente, los demás elementos: cambio en la dinámica familiar, sacrificarse por mejoría, enfermedad obliga a la hospitalización, hospitalización riesgo o mejoría y enfermedad peligro de muerte se encuentran unidos con enlaces fuertes.

En este esquema podemos evidenciar que los dos elementos son complementarios y están muy relacionados uno es consecuencia del otro y/o viceversa, pues con recursos económicos insuficientes, nacen los sentimientos de frustración para afrontar la enfermedad, por los gastos que incluyen un hospital y a la vez no contar con estos se está propenso a morir por la calidad de atención brindada en los hospitales, arrastrando así el tener que privarse de algunas actividades, cambiando el estilo y modo de vida y afectando de esta manera la dinámica familiar.

Entrevista N° 14:

- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Enfermedad es un gasto (23): 5 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- pobre pero no enfermo (7): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8) Necesidad de apoyo (19)- Enfermedad es un gasto (23): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Sacrificarse por mejoría (10)- Necesidad de apoyo (19)- Enfermedad es un gasto (23): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- la enfermedad obliga a la hospitalización (11)- Enfermedad es un gasto (23): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8) sentimientos de frustración (9)- Sacrificarse por mejoría (10)- Afecta la Dinámica Familiar (15)-Necesidad de apoyo (19)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Necesidad de apoyo (19): 4 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Hospitalización: riesgo o mejoría (20)- enfermedad: peligro de muerte (22)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- enfermedad: peligro de muerte (22)-Enfermedad es un gasto (23): 2 asociaciones.

Figura 14: esquema de asociaciones de entrevista 14.



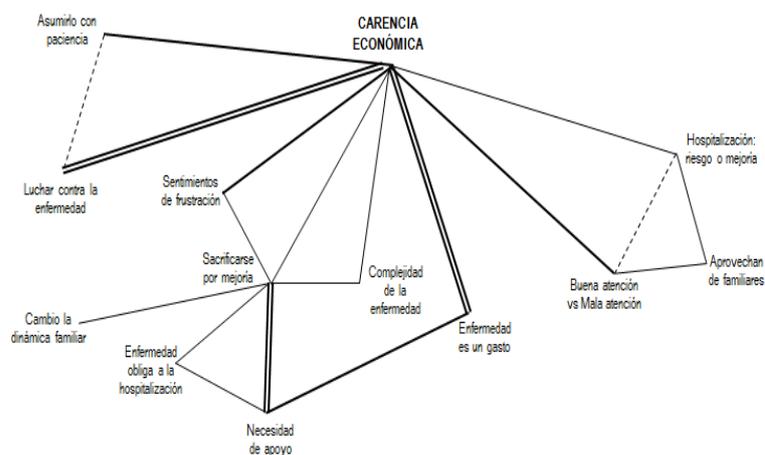
Muy Fuerte	Fuerte	Menos Fuerte
(5 a más asociaciones) =====	(3 a 4 asociaciones) _____	(1 a 2 asociaciones) _____

El presente esquema muestra elementos distribuidos en 4 niveles jerárquicos como producto de 9 asociaciones y teniendo como elemento polo Carencia Económica y se une mediante relaciones de diversas intensidades a 4 elementos esenciales: el primero sentimientos de frustración unido con enlace muy fuerte y del cual se desprenden los elementos agregados enfermedad obliga a la hospitalización unido mediante enlace débil, sacrificarse por mejoría con un enlace fuerte y del cual surge el elemento afecta la dinámica familiar a través de enlace débil, los otros elementos esenciales enfermedad peligro de muerte y hospitalización: riesgo o mejoría unidos con enlaces débiles, y el elemento hospitalización es un gasto unido con enlace muy fuerte no solo al elemento sentimientos de frustración, sino además al cuarto elemento esencial necesidad de apoyo, el segundo elemento pobre pero no enfermo unido con enlace débil y el tercer elemento luchar contra la enfermedad unido al elemento polo con enlace fuerte y formando una triada con enlace débil al elemento necesidad de apoyo, indicando así que para las personas pobres la dificultad para solucionar el problema de la enfermedad es no solo la falta de recursos económicos sino la ausencia de apoyo en su situación.

Entrevista N° 15:

- ✓ Algo que no se espera (1)- voluntad de Dios (2)- Sacrificarse por mejoría (10): 1 asociación.
- ✓ Asumirlo con paciencia (4)- Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- Enfermedad es un gasto (23): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Sacrificarse por mejoría (10)- Necesidad de apoyo (19)- Enfermedad es un gasto (23): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Sacrificarse por mejoría (10)- Necesidad de apoyo (19): 4 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Sacrificarse por mejoría (10)- Enfermedad obliga a la hospitalización (11)-Necesidad de apoyo (19)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)-Complejidad de la enfermedad (13)- Hospitalización: riesgo o mejoría (20): 1 asociación.
- ✓ Sacrificarse por mejoría (10)- Complejidad de la enfermedad (13): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Buena atención vs mala atención (12): 3 asociaciones.
- ✓ Asumirlo con paciencia (4)- Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- Sacrificarse por mejoría (10)- Afecta la Dinámica Familiar (15)- Necesidad de apoyo (19)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Buena atención vs mala atención (12)- Aprovechan de familiares por desconocimiento (17)- Hospitalización: riesgo o mejoría (20): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Hospitalización: riesgo o mejoría (20): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Enfermedad es un gasto (23): 4 asociaciones.

Figura 15: esquema de asociaciones de entrevista 15.



Muy Fuerte	Fuerte	Menos Fuerte
(5 a más asociaciones)	(3 a 4 asociaciones)	(1 a 2 asociaciones)

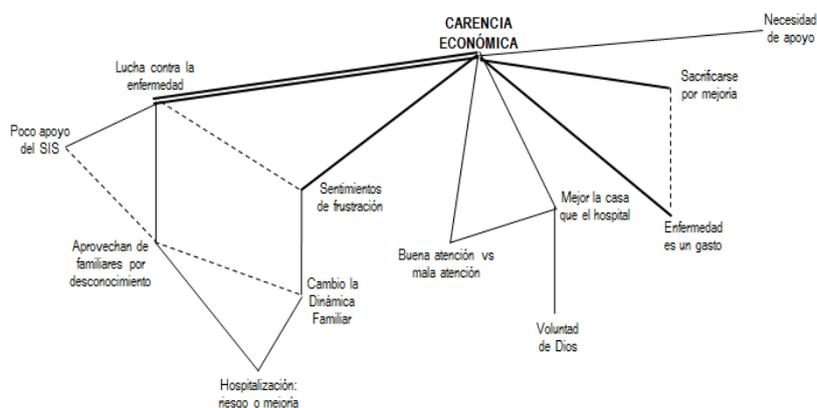
El esquema muestra elementos distribuidos en 3 niveles jerárquicos, teniendo como elemento polo Carencia Económica el cual se une mediante relaciones de diversas intensidades a 8 elementos esenciales, producto de 13 asociaciones.

La persona entrevistada asocia muy fuertemente la situación económica en este caso los bajos recursos económicos que le dificultará la hospitalización del familiar por ser de muchos gastos, y aunque se desee asumir con paciencia, se puede llegar a caer en la desvalorización de su propia persona en relación a sus necesidades para la recuperación del ser querido, así sea aceptar como manifiesta en su discurso los malos tratos y/o humillaciones, por tan solo necesitar de mejores cuidados y evitar problemas con el personal de salud, aceptando de esta manera que violen sus derechos como personas.

Entrevista N° 16:

- ✓ voluntad de Dios (2)- Mejor la casa que el hospital (14): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8): 4 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Sacrificarse por mejoría (10): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Buena atención vs mala atención (12)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Mejor la casa que el hospital (14): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Sacrificarse por mejoría (10)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- Poco apoyo del SIS (16): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Enfermedad es un gasto (23): 3 asociaciones.
- ✓ sentimientos de frustración (9)- Buena atención vs mala atención (12)- Mejor la casa que el hospital (14): 1 asociación.
- ✓ sentimientos de frustración (9)- Afecta la Dinámica Familiar (15)- Hospitalización: riesgo o mejoría (20): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)-Aprovechan de familiares por desconocimiento (17)- Hospitalización: riesgo o mejoría (20): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Sacrificarse por mejoría (10): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Necesidad de apoyo (19): 1 asociación.

Figura 16: esquema de asociaciones de entrevista 16.



Muy Fuerte	Fuerte	Menos Fuerte
(5 a más asociaciones) <u>=====</u>	(3 a 4 asociaciones) <u>=====</u>	(1 a 2 asociaciones) <u>=====</u>

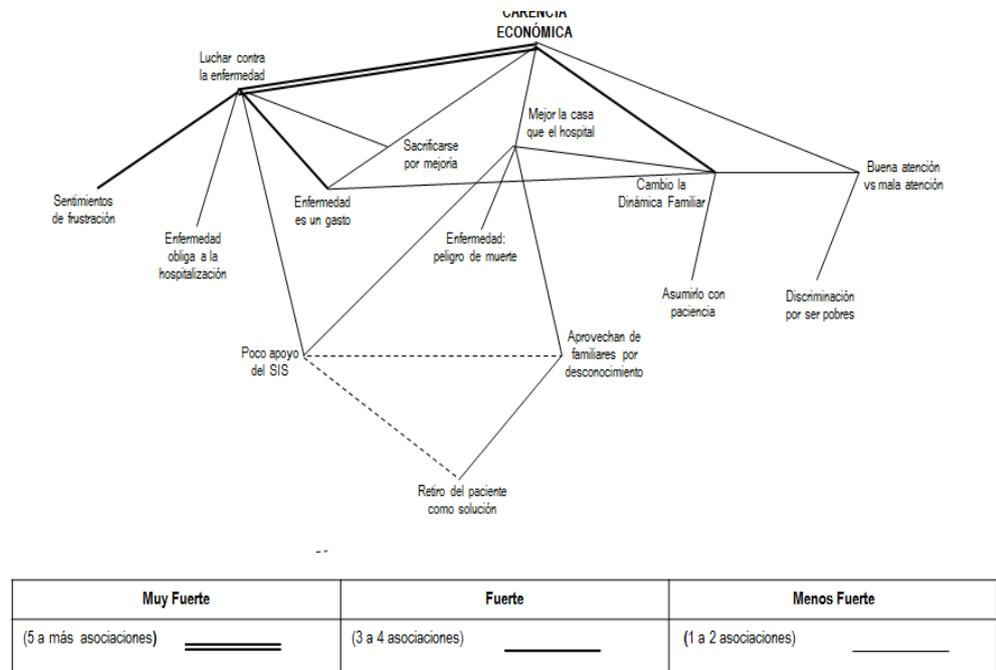
En este esquema simple se muestra elementos distribuidos en 4 niveles jerárquicos, teniendo como elemento polo Carencia Económica el cual se une mediante relaciones de diversas intensidades a 7 elementos esenciales. En los cuales el primer elemento afrontar la enfermedad es el asociado con un enlace muy fuerte, seguido del segundo elemento sentimientos de frustración, enfermedad es un gasto y sacrificarse por mejoría son unidos a través de enlaces fuertes y los elementos buena atención vs mala atención, mejor casa que el hospital, necesidad de apoyo están unidos al elemento polo con enlaces débiles.

La peculiaridad de este esquema está en objetivar la enfermedad relacionada en el cuidado del hospital el cual demanda gastos económicos y estar sufriendo no solo por la falta de dinero sino por los tratos inadecuados por parte del personal, llegando a comparar su hogar con el hospital, esperando de esta manera cualquier acontecimiento de la enfermedad no solo pudiendo ser la recuperación, sino también la muerte, porque al realizar todas las formas necesarias para sostener al familiar, se agotan y solo llegan a esperar lo que Dios decida para ellos en este caso sería la muerte.

Entrevista N° 17:

- ✓ Asumirlo con paciencia (4)- Afecta la dinámica familiar (15): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8): 4 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- sentimientos de frustración (9): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Sacrificarse por mejoría (10): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- Enfermedad obliga a la hospitalización (11): 1 asociación.
- ✓ Luchar contra la enfermedad (8)- Enfermedad obliga a la hospitalización (11): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Buena atención vs mala atención (12): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Mejor la casa que el hospital (14)- Afecta la Dinámica Familiar (15): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Afecta la Dinámica Familiar (15): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- Poco apoyo del SIS (16): 2 asociaciones.
- ✓ Buena atención vs mala atención (12)- Mejor la casa que el hospital (14)- Aprovechan de familiares por desconocimiento (17)- Retiro del paciente como solución (18): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- sentimientos de frustración (9)- Buena atención vs mala atención (12)- Discriminación por ser pobres (21): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- Enfermedad es un gasto (23): 3 asociaciones.
- ✓ sentimientos de frustración (9)- Buena atención vs mala atención (12)- Discriminación por ser pobres (21): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- Sacrificarse por mejoría (10)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Luchar contra la enfermedad (8)- Enfermedad obliga a la hospitalización (11)- Mejor la casa que el hospital (14)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- Afecta la Dinámica Familiar (15)- Enfermedad es un gasto (23): 2 asociaciones.
- ✓ Luchar contra la enfermedad (8)- Buena atención vs mala atención (12): 2 asociaciones.

Figura 17: esquema de asociaciones de entrevista 17.



El presente esquema complejo se muestra elementos distribuidos en 4 niveles jerárquicos, teniendo como elemento polo Carencia económica uniéndose mediante relaciones de diversas intensidades a 5 elementos esenciales. En los cuales el primer elemento afrontar la enfermedad es el asociado con un enlace muy fuerte y del cual surge 4 elementos agregados sentimientos de frustración y enfermedad es un gasto unidos mediante enlace fuerte y enfermedad obliga a la hospitalización, poco apoyo del SIS, unidos al elemento esencial con enlaces débiles, el segundo elemento sacrificarse por mejoría unido al elemento polo con enlace débil y emergiendo con el mismo tipo de enlace el elemento enfermedad es un gasto, el tercer elemento buena atención vs mala atención unido también con un enlace débil y del cual surge un elemento agregado discriminación por ser pobres unido con enlace débil.

El cuarto elemento mejor casa que el hospital se encuentra enlazado débilmente y surgiendo de este a través de enlaces débiles aprovechan de familiares por desconocimiento, naciendo de este a la vez retiro del paciente como solución, y el otro elemento agregado enfermedad peligro de muerte de la misma forma unido

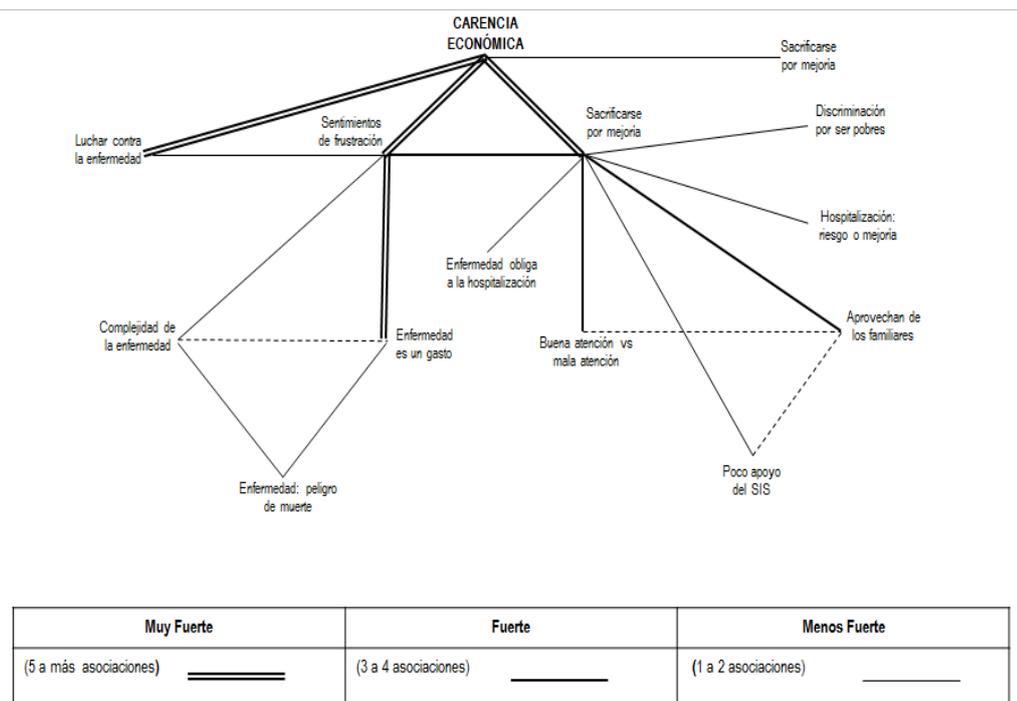
con un enlace débil, para finalizar el quinto elemento afecta la dinámica familiar unido al elemento polo mediante un enlace fuerte y del cual emerge un elemento agregado asumirlo con paciencia a través de enlace débil.

En conclusión se puede decir que a pesar de los esfuerzos por afrontar la enfermedad, el sentir de las personas de bajos recursos económicos es enfocado en las adversidades que tienen que pasar y aun así se desea solo ir a casa, y más si no pueden cubrir el tratamiento prefieren que muera en casa, que en un hospital debido al trato que pueden brindarle como familiares.

Entrevista N° 18:

- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- sentimientos de frustración (9)- Enfermedad es un gasto (23): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Enfermedad es un gasto (23): 4 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Sacrificarse por mejoría (10): 5 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Sacrificarse por mejoría (10)- Enfermedad obliga a la hospitalización (11)-Hospitalización: riesgo o mejoría (20)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Sacrificarse por mejoría (10)- Buena atención vs mala atención (12): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Complejidad de la enfermedad (13)- Enfermedad: peligro de muerte (22)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Afecta la Dinámica Familiar (15): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- Sacrificarse por mejoría (10)- Poco apoyo del SIS (16) - Aprovechan de familiares por desconocimiento (17): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Sacrificarse por mejoría (10)- Aprovechan de familiares por desconocimiento (17): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)-Sacrificarse por mejoría (10)-Hospitalización: riesgo o mejoría (20)- Enfermedad es un gasto (23): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)-Sacrificarse por mejoría (10)- Buena atención vs mala atención (12)-Hospitalización: riesgo o mejoría (20)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Sacrificarse por mejoría (10)-Discriminación por ser pobres (21): 2 asociaciones.

Figura 18: esquema de asociaciones de entrevista 18.

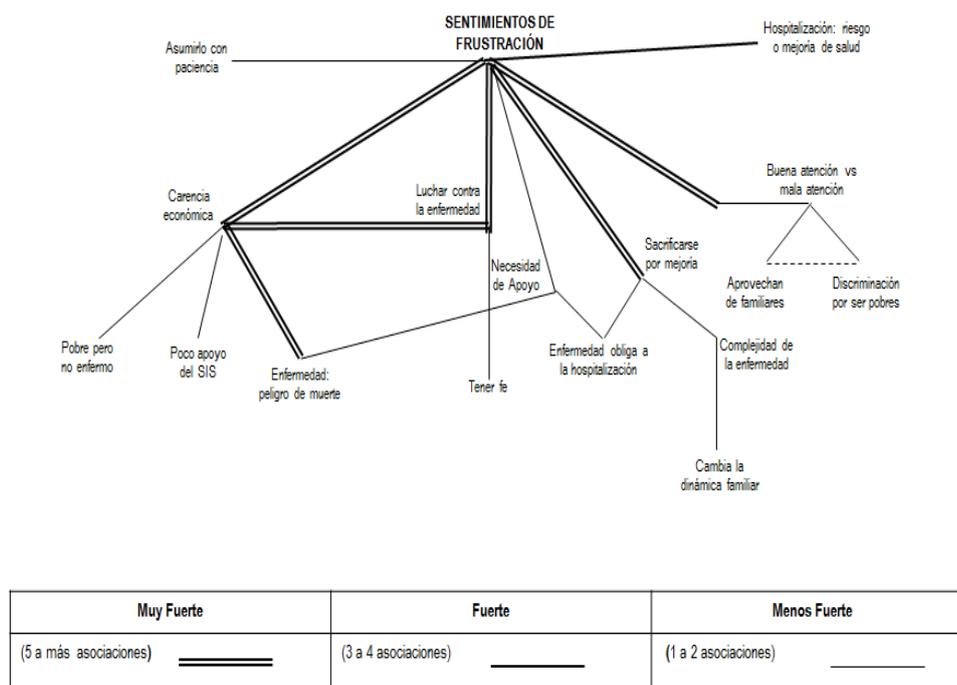


En este esquema simple se muestra elementos distribuidos en 4 niveles jerárquicos, teniendo como elemento polo Carencia Económica uniéndose mediante relaciones de diversas intensidades a 4 elementos esenciales. En los cuales el primer elemento afrontar la enfermedad está unido mediante enlace muy fuerte, el segundo sentimientos de frustración único a través de enlace muy fuerte del cual nace los elementos agregado complejidad de la enfermedad con enlace débil y hospitalización unido con enlace muy fuerte y quienes están unidos con enlace débil del elemento enfermedad peligro de muerte, el tercer elemento también unido con enlace muy fuerte y del cual surgen los 6 elementos agregados, los cuales buena atención vs mala atención y aprovechan de familiares por desconocimiento están unidos por enlace fuerte, y los elementos enfermedad obliga a la hospitalización, poco apoyo del SIS, hospitalización riesgo o mejoría y discriminación por ser pobres están unidos al elemento esencial mediante enlaces débiles.

Entrevista N° 19:

- ✓ Tener fe (5) - Luchar contra la enfermedad (8)- sentimientos de frustración (9): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Pobre pero no enfermo (7)- Luchar contra la enfermedad (8)- sentimientos de frustración (9)- Hospitalización: riesgo o mejoría (20)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- sentimientos de frustración (9): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Enfermedad es un gasto (23): 3 asociaciones.
- ✓ Luchar contra la enfermedad (8)- sentimientos de frustración (9)- Hospitalización: riesgo o mejoría (20): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Sacrificarse por mejoría (10)-La enfermedad obliga a la hospitalización (11)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- sentimientos de frustración (9)- Buena atención vs mala atención (12)- Discriminación por ser pobres (21): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Buena atención vs mala atención (12)- Aprovechan de familiares por desconocimiento (17)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Buena atención vs mala atención (12): 2 asociaciones.
- ✓ Luchar contra la enfermedad (8)- sentimientos de frustración (9)- Sacrificarse por mejoría (10)-Buena atención vs mala atención (12)- Aprovechan de familiares por desconocimiento (17): 1 asociación.
- ✓ Luchar contra la enfermedad (8)- sentimientos de frustración (9)- Sacrificarse por mejoría (10): 2 asociaciones.
- ✓ sentimientos de frustración (9)- Sacrificarse por mejoría (10): 3 asociaciones.
- ✓ sentimientos de frustración (9)- Buena atención vs mala atención (12): 2 asociaciones.
- ✓ Asumirlo con Paciencia (4)- sentimientos de frustración (9)- Necesidad de Apoyo (19): 1 asociación.
- ✓ sentimientos de frustración (9)- Sacrificarse por mejoría (10)- Complejidad de la enfermedad (13)-Afecta la Dinámica Familiar (15): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- poco apoyo del SIS (16)- Necesidad de Apoyo (19)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.

Figura 19: esquema de asociaciones de entrevista 19.



El siguiente esquema complejo es el resultado de 18 asociaciones, donde muestra elementos distribuidos en 4 niveles jerárquicos, teniendo como elemento polo Sentimientos de Frustración este se une mediante relaciones de diversas intensidades a 7 elementos esenciales.

El primer elemento asumirlo con paciencia se encuentra asociado con un enlace débil al elemento polo.

El segundo elemento esencial carencia económica está enlazado muy fuertemente al elemento polo y de este elemento nacen 3 elementos agregados: pobre pero no enfermo con el cual está unido con un enlace débil, poco apoyo del SIS que está unido también con un enlace débil y por último enfermedad peligro de muerte, con este elemento se une a través de un enlace muy fuerte.

Se puede observar que el elemento carencia económica se encuentra unido a tercer elemento luchar contra la enfermedad a través del enlace muy fuerte y que este tercer elemento se une al elemento polo con un enlace muy fuerte, formando de esta manera una triangulación. El elemento esencial luchar la enfermedad tiene un elemento complejo tener fe con cual se une por medio de un enlace débil. El cuarto elemento esencial sacrificarse por mejoría está unido al elemento polo muy fuertemente, en este elemento tiene elementos complejos enfermedad obliga a la hospitalización con quien está enlazado débilmente y complejidad de la enfermedad que se une mediante un enlace débil y que éste a su vez está unido también con un enlace débil al elemento complejo afecta la dinámica familiar.

Los elementos esenciales buena atención vs mala atención y necesidad de apoyo están relacionados al elemento polo con enlaces débiles. Del elemento esencial buena atención vs mala atención surgen los elementos agregados aprovechan de familiares por desconocimiento y discriminación por ser pobres, quienes están unidos con este elemento débilmente. De la misma manera los elementos agregados enfermedad peligro de muerte y enfermedad obliga a la hospitalización se unen a través de enlaces débiles al elemento esencial necesidad de

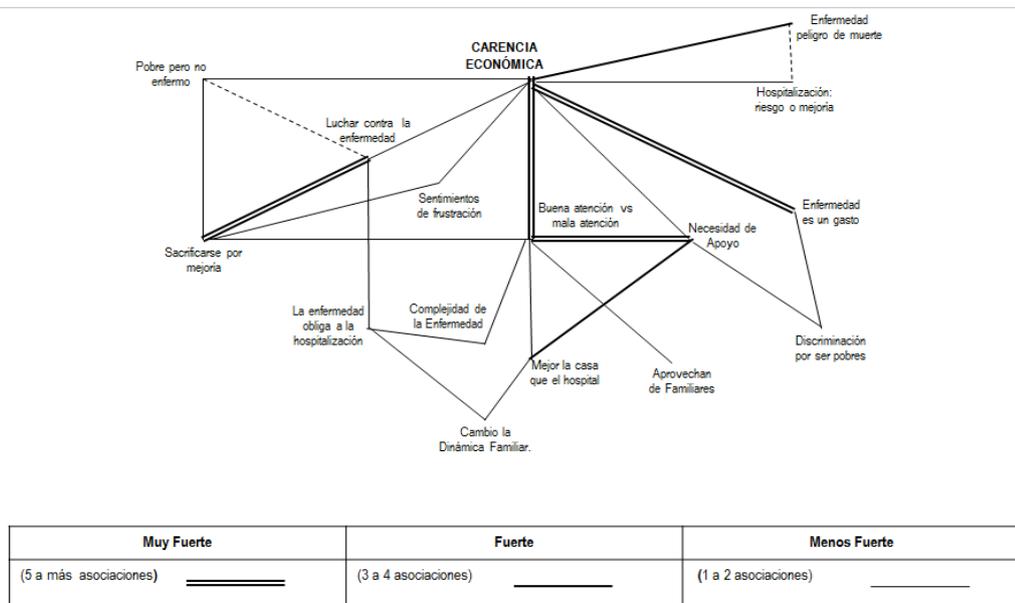
apoyo. El séptimo y último elemento esencial hospitalización: riesgo o mejoría se encuentra enlazado al elemento polo fuertemente y este elemento presenta un elemento complejo enfermedad peligro de muerte, el cual está unido a través de un enlace débil.

En conclusión la enfermedad en la persona entrevistada tiene todo un conjunto de sentimientos de frustración los cuales nacen por el conocimiento de su condición económica la cual no les favorece para poder afrontar la enfermedad, pero que sin embargo tratan de asumir la responsabilidad con paciencia y llegando a sacrificarse por la mejoría, pues lamentablemente el apoyo que necesitan no lo tienen y el sentir de las personas de bajos recursos económicos es enfocado en las adversidades que tienen que pasar pues para ellos ser pobres y al mismo tiempo estar enfermos es una situación indeseable.

Entrevista N° 20:

- ✓ Carencia económica (6)- Buena atención vs mala atención (12): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Buena atención vs mala atención (12)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Buena atención vs mala atención (12)- Complejidad de la enfermedad (13)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Necesidad de Apoyo (19)- Discriminación por ser pobres (21)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Enfermedad es un gasto (23): 3 asociaciones.
- ✓ sentimientos de frustración (9)- Enfermedad es un gasto (23): 2 asociaciones.
- ✓ Buena atención vs mala atención (12)- Necesidad de Apoyo (19): 3 asociaciones.
- ✓ Buena atención vs mala atención (12)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 2 asociaciones.
- ✓ Buena atención vs mala atención (12)- Enfermedad es un gasto (23): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Buena atención vs mala atención (12)- Aprovechan de familiares por desconocimiento (17): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Hospitalización: riesgo o mejoría (20)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- enfermedad obliga a la hospitalización (11)- Afecta la Dinámica Familiar (15)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Luchar contra la enfermedad (8)- Sacrificarse por mejoría (10)- Buena atención vs mala atención (12)- mejor la casa que el hospital (14)- Necesidad de Apoyo (19)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Sacrificarse por mejoría (10)- Enfermedad es un gasto (23): 2 asociaciones.
- ✓ Luchar contra la enfermedad (8)- Sacrificarse por mejoría (10): 4 asociaciones.
- ✓ Luchar contra la enfermedad (8)- Sacrificarse por mejoría (10)- enfermedad obliga a la hospitalización (11)- Afecta la Dinámica Familiar (15): 2 asociaciones.
- ✓ Luchar contra la enfermedad (8)- - sentimientos de frustración (9)- Sacrificarse por mejoría (10)- Buena atención vs mala atención (12)- Necesidad de Apoyo (19): 1 asociación.
- ✓ Luchar contra la enfermedad (8)- Sacrificarse por mejoría (10)- enfermedad obliga a la hospitalización (11)- mejor la casa que el hospital (14)- Afecta la Dinámica Familiar (15)- Necesidad de Apoyo (19): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Pobre pero no enfermo (7)- Sacrificarse por mejoría (10)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.

Figura 20: esquema de asociaciones de entrevista 20.



El esquema 20 es el resultado de 16 asociaciones, mostrando elementos distribuidos en 4 niveles jerárquicos unidos al elemento polo por relaciones de diversas intensidades. Tiene como elemento polo a Carencia económica, este se encuentra relacionado con 8 elementos esenciales.

Los elementos esenciales pobre pero no enfermo, luchar contra la enfermedad y sentimientos de frustración que son el primer, segundo y tercer elementos respectivamente, están unidos al elemento polo mediante enlaces débiles. De estos surge el elemento agregado sacrificarse por mejoría, el cual está unido débilmente a los elementos pobre pero no enfermo y sentimientos de frustración, a diferencia que está unido mediante un enlace muy fuerte al elemento esencial luchar contra la enfermedad. Este segundo elemento luchar contra la enfermedad, está unido débilmente otro elemento agregado que es la enfermedad obliga a la hospitalización, y de este elemento surge el elemento complejo afecta la dinámica familiar con quien está unido con un enlace débil.

El cuarto elemento esencial buena atención vs mala atención está unido al elemento polo con un enlace muy fuerte, además presenta elementos agregados complejidad de la enfermedad, mejor la casa que el hospital, aprovechan de familiares por desconocimiento y sacrificarse por mejoría, los cuales se encuentra unidos al elemento esencial mediante enlaces débiles. Además el elemento buena atención vs mala atención se halla muy fuertemente enlazado con el quinto elemento esencial necesidad de apoyo. El quinto elemento necesidad de apoyo está enlazado con el elemento polo débilmente, y presenta el elemento agregado mejor la casa que el hospital con quien está unido por enlace fuerte y el otro elemento agregado discriminación por ser pobres se encuentra unido a través de enlace débil.

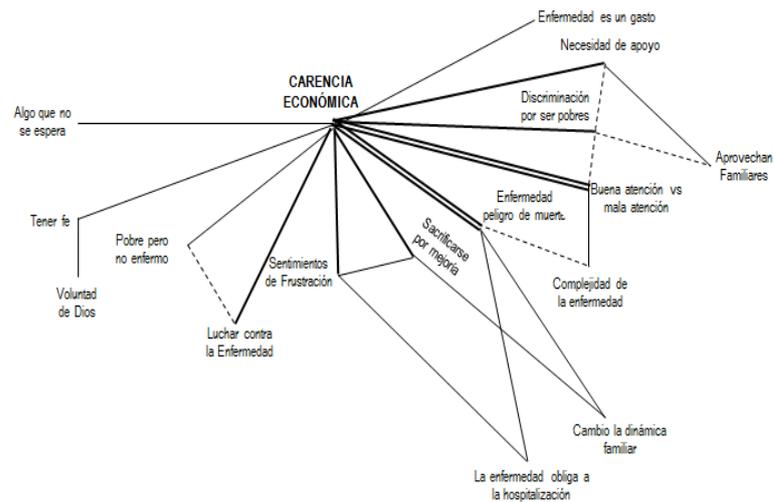
El elemento polo débilmente está enlazado con el elemento esencial hospitalización riesgo o mejoría. Está unido fuertemente con el sétimo elemento esencial enfermedad peligro de muerte.

Y para concluir el octavo elemento hospitalización es un gasto se encuentra unido al elemento polo mediante un enlace muy fuerte. De este elemento surgen el elemento agregado discriminación por ser pobres y afecta la dinámica familiar con quienes está unido por enlaces débiles.

Entrevista N° 21:

- ✓ Algo que no se espera (1)- Carencia económica (6)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Pobre pero no enfermo (7)- sentimientos de frustración (9)- Sacrificarse por mejoría (10)- Afecta la Dinámica Familiar (15)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación.
- ✓ Voluntad de Dios (2)- Tener fe (5)- Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- Buena atención vs mala atención (12): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Sacrificarse por mejoría (10)- Afecta la Dinámica Familiar (15): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- enfermedad obliga a la hospitalización (11)-Enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Buena atención vs mala atención (12): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Buena atención vs mala atención (12)- Complejidad de la enfermedad (13): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Buena atención vs mala atención (12)- Aprovechan de familiares por desconocimiento (17)- Necesidad de Apoyo (19)- Discriminación por ser pobres (21): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Necesidad de Apoyo (19): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Discriminación por ser pobres (21): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.

Figura 21: esquema de asociaciones de entrevista 21.



Muy Fuerte	Fuerte	Menos Fuerte
(5 a más asociaciones) =====	(3 a 4 asociaciones) —————	(1 a 2 asociaciones) —————

El presente esquema es el resultado de 16 asociaciones, con elementos distribuido en 3 niveles jerárquicos. El elemento polo es Carencia económica, este presenta 11 elementos esenciales, los cuales están relacionados mediante enlaces de distinta intensidad. El primero, segundo, tercer y onceavo elementos esenciales que son algo que no se espera, tener fe, pobre pero no enfermo, hospitalización es un gasto respectivamente; se encuentra enlazados débilmente al elemento polo. El elemento tener fe presenta un elemento agregado voluntad de Dios con el cual está unido a través de un enlace débil.

Los elementos luchar contra la enfermedad, sentimientos de frustración, sacrificarse por mejoría, necesidad de apoyo, discriminación por ser pobres están juntos al elemento polo mediante un enlace fuerte. El quinto elemento esencial sentimientos de frustración a su vez presenta un elemento agregado la enfermedad obliga a la hospitalización, este se une al elemento esencial con enlace débil. El sexto elemento esencial también está unido a un elemento agregado afecta la dinámica familiar a través de un enlace débil. Y el elemento necesidad de apoyo está unido al elemento agregado aprovechan de familiares por desconocimiento mediante enlace débil. El elemento buena atención vs mala atención está yuxtapuesto al elemento

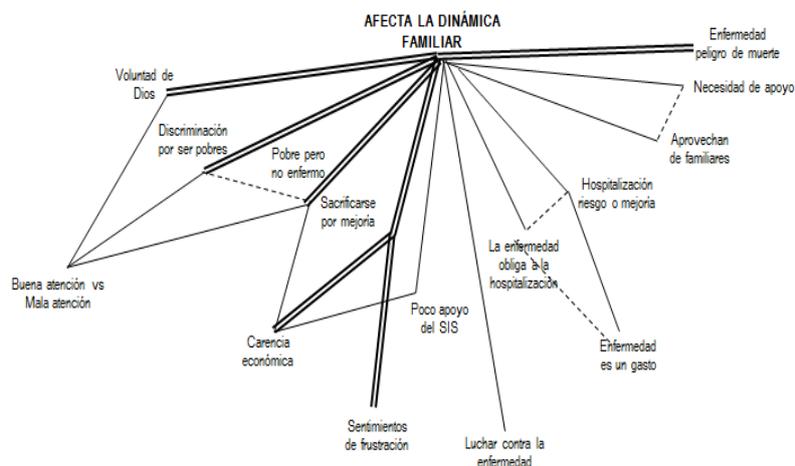
polo mediante un enlace muy fuerte, éste a su vez está unido a un elemento agregado complejidad de la enfermedad con enlace débil.

Y por último el elemento esencial enfermedad peligro de muerte se observa asociado al elemento polo mediante un enlace muy fuerte. Este elemento presenta además uniones con enlaces débiles a los elementos agregados la enfermedad obliga a la hospitalización y afecta la dinámica familiar.

Entrevista N° 22:

- ✓ Algo que no se espera (1)- No sabemos por qué sucede (3)- La enfermedad Obliga a a hospitalización (11): 1 asociación.
- ✓ Voluntad de Dios (2)- Afecta la Dinámica Familiar (15)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación.
- ✓ Voluntad de Dios (2)- Afecta la Dinámica Familiar (15): 2 asociaciones.
- ✓ Voluntad de Dios (2)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 2 asociaciones.
- ✓ Voluntad de Dios (2)- Buena atención vs mala atención (12)- Poco apoyo del SIS (16)- Necesidad de Apoyo (19)- Discriminación por ser pobres (21)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación.
- ✓ Voluntad de Dios (2)- Necesidad de Apoyo (19)- Discriminación por ser pobres (21): 2 asociaciones.
- ✓ No sabemos por qué sucede (3)- sentimientos de frustración (9)- Sacrificarse por mejoría (10)- Afecta la Dinámica Familiar (15)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Luchar contra la enfermedad (8)- Sacrificarse por mejoría (10)- Afecta la Dinámica Familiar (15): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Sacrificarse por mejoría (10)- Afecta la Dinámica Familiar (15): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Pobre pero no enfermo (7)- Sacrificarse por mejoría (10)- Afecta la Dinámica Familiar (15): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Sacrificarse por mejoría (10)- Afecta la Dinámica Familiar (15): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- La enfermedad Obliga a a hospitalización (11)- Afecta la Dinámica Familiar (15)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Buena atención vs mala atención (12)- Discriminación por ser pobres (21): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Poco apoyo del SIS (16)- Necesidad de Apoyo (19)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Poco apoyo del SIS (16)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Discriminación por ser pobres (21): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Discriminación por ser pobres (21)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación.
- ✓ Pobre pero no enfermo (7)- Luchar contra la enfermedad (8)- Enfermedad es un gasto (23): 2 asociaciones.
- ✓ Pobre pero no enfermo (7)- Buena atención vs mala atención (12): 2 asociaciones.
- ✓ Pobre pero no enfermo (7)- Afecta la Dinámica Familiar (15)- Poco apoyo del SIS (16)- Necesidad de Apoyo (19)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación.
- ✓ Pobre pero no enfermo (7)- Afecta la Dinámica Familiar (15): 3 asociaciones.
- ✓ Pobre pero no enfermo (7)- Afecta la Dinámica Familiar (15)-Aprovechan de familiares por desconocimiento (17)- Discriminación por ser pobres (21): 1 asociación.
- ✓ Pobre pero no enfermo (7)- Afecta la Dinámica Familiar (15)- Necesidad de Apoyo (19): 2 asociaciones.
- ✓ Pobre pero no enfermo (7)- Hospitalización: riesgo o mejoría (20)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Pobre pero no enfermo (7)- Afecta la Dinámica Familiar (15)- Discriminación por ser pobres (21): 2 asociaciones.
- ✓ Luchar contra la enfermedad (8)- Afecta la Dinámica Familiar (15): 2 asociaciones.
- ✓ Luchar contra la enfermedad (8)- Afecta la Dinámica Familiar (15)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación.
- ✓ sentimientos de frustración (9)- Sacrificarse por mejoría (10)- Afecta la Dinámica Familiar (15): 3 asociaciones.
- ✓ Sacrificarse por mejoría (10)- Afecta la Dinámica Familiar (15): 4 asociaciones.
- ✓ Sacrificarse por mejoría (10)- Afecta la Dinámica Familiar (15)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 2 asociaciones.
- ✓ Afecta la Dinámica Familiar (15)- Poco apoyo del SIS (16)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 2 asociaciones.
- ✓ Afecta la Dinámica Familiar (15)- Discriminación por ser pobres (21): 3 asociaciones.

Figura 22: esquema de asociaciones de entrevista 22.



Muy Fuerte	Fuerte	Menos Fuerte
(5 a más asociaciones) <u>=====</u>	(3 a 4 asociaciones) <u>—————</u>	(1 a 2 asociaciones) <u>—————</u>

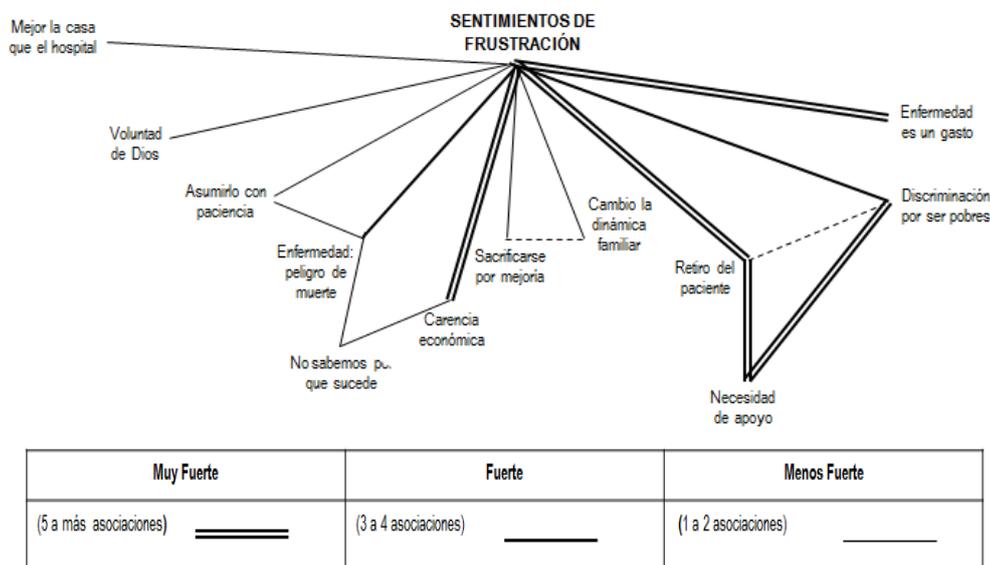
Este esquema complejo es el resultado de 16 asociaciones, con elementos distribuidos en 3 niveles jerárquicos. El elemento polo Afecta la dinámica familiar está muy fuertemente unido con los elementos esenciales del segundo nivel “voluntad de Dios”, “Pobre pero no enfermo”, “sacrificarse por mejoría”, “discriminación por ser pobres”, “enfermedad peligro de muerte”, y fuertemente unido al elemento “luchar contra la enfermedad”.

Esto significa que para la persona entrevistada la enfermedad afecta la dinámica familiar, siendo la enfermedad un peligro de muerte, lo deja en la voluntad de Dios. Sin embargo por ser pobre desea no estar enfermo pues para poder afrontar la enfermedad pasa por situaciones como sacrificarse por mejoría, discriminación por ser pobres. En el segundo nivel de igual manera el elemento “Sacrificarse por mejoría” está unido mediante enlaces muy fuertes a los elementos agregados del tercer nivel “carencia económica” y “sentimientos de frustración”. Estos elementos reflejan como a la persona con bajos recursos económicos como su condición económica le afecta a tal grado de tener sentimientos de frustración.

Entrevista N° 23:

- ✓ Algo que no se espera (1)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 2 asociaciones.
- ✓ Algo que no se espera (1)- Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación.
- ✓ Algo que no se espera (1)- No sabemos por qué sucede (3)- Asumirlo con paciencia (4)- Afecta la Dinámica Familiar (15)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación.
- ✓ Asumirlo con paciencia (4)- Carencia económica (6)- Mejor la casa que el hospital (14): 1 asociación.
- ✓ Asumirlo con paciencia (4)- Mejor la casa que el hospital (14): 2 asociaciones.
- ✓ Asumirlo con paciencia (4)- sentimientos de frustración (9)- Mejor la casa que el hospital (14)- Afecta la Dinámica Familiar (15): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Mejor la casa que el hospital (14): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Afecta la Dinámica Familiar (15): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 2 asociaciones.
- ✓ Voluntad de Dios (2)- Retiro del paciente como solución (18)- Necesidad de Apoyo (19)- Discriminación por ser pobres (21): 2 asociaciones.
- ✓ Voluntad de Dios (2)- Sacrificarse por mejoría (10)- Retiro del paciente como solución (18)- Necesidad de Apoyo (19)- Discriminación por ser pobres (21): 1 asociación.
- ✓ Voluntad de Dios (2)- sentimientos de frustración (9)- Retiro del paciente como solución (18)- Necesidad de Apoyo (19)- Discriminación por ser pobres (21): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Retiro del paciente como solución (18)- Necesidad de Apoyo (19)- Discriminación por ser pobres (21)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Retiro del paciente como solución (18)- Enfermedad es un gasto (23): 3 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Sacrificarse por mejoría (10)- Retiro del paciente como solución (18)- Necesidad de Apoyo (19)- Enfermedad es un gasto (23): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- sentimientos de frustración (9)- Enfermedad: peligro de muerte (22)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ sentimientos de frustración (9)- Sacrificarse por mejoría (10)- Retiro del paciente como solución (18)- Enfermedad es un gasto (23): 2 asociaciones.
- ✓ sentimientos de frustración (9)- Retiro del paciente como solución (18): 4 asociaciones.
- ✓ sentimientos de frustración (9)- Discriminación por ser pobres (21): 2 asociaciones.
- ✓ sentimientos de frustración (9)- Enfermedad es un gasto (23): 2 asociaciones.

Figura 23: esquema de asociaciones de entrevista 23.



El presente esquema de asociaciones es el resultado de 14 asociaciones, con elementos distribuidos en 3 niveles jerárquicos. El elemento polo Sentimientos de frustración se encuentra muy fuertemente unido a los elementos esenciales recursos económicos, retiro del paciente como solución y enfermedad es un gasto.

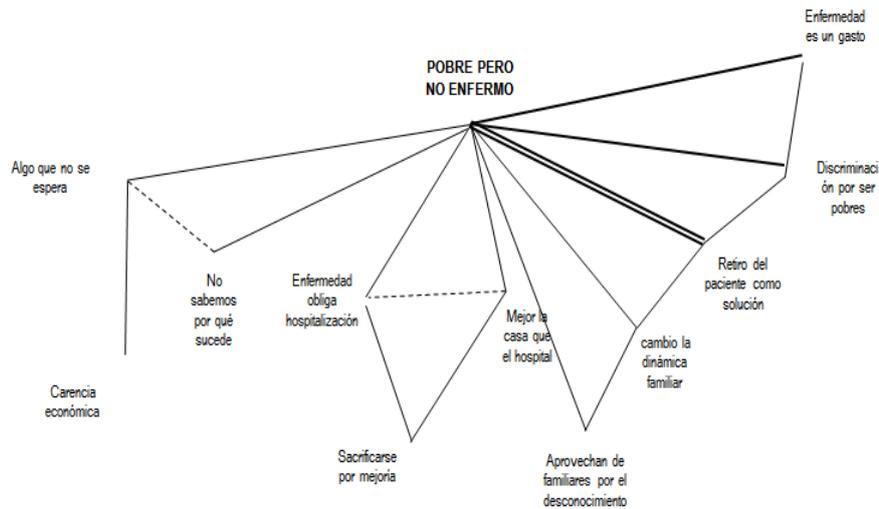
A su vez el elemento polo se une mediante enlaces fuertes a los elementos esenciales Discriminación por ser pobres y enfermedad peligro de muerte.

En el segundo nivel los elementos esenciales retiro del paciente como solución y discriminación por ser pobres se unen muy fuertemente al elemento agregado del tercer nivel necesidad de apoyo. Reflejando así que la persona entrevistada decide retirar a su paciente porque necesita ayuda y sin embargo sufre discriminación por su condición económica

Entrevista N° 24:

- ✓ Algo que no se espera (1)-La enfermedad obliga a la hospitalización (11): 2 asociación.
- ✓ Algo que no se espera (1)- No sabemos por qué sucede (3)- Pobre pero no enfermo (7): 1 asociación.
- ✓ Algo que no se espera (1)- Pobre pero no enfermo (7)- La enfermedad obliga a la hospitalización (11): 1 asociación
- ✓ Algo que no se espera (1)- Carencia económica (6)- Sacrificarse por mejoría (10)- La enfermedad obliga a la hospitalización (11)- Discriminación por ser pobres (21): 1 asociación.
- ✓ Algo que no se espera (1)- Mejor la casa que el hospital (14)- Aprovechan de Familiares por desconocimiento (17): 1 asociación
- ✓ Algo que no se espera (1)- Discriminación por ser pobres (21): 2 asociaciones.
- ✓ Algo que no se espera (1)- Pobre pero no enfermo (7)- Discriminación por ser pobres (21)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Carencia económica (6)- Sacrificarse por mejoría (10): 2 asociaciones.
- ✓ Carencia económica (6)- Sacrificarse por mejoría (10)- Mejor la casa que el hospital (14)- Aprovechan de Familiares por desconocimiento (17): 1 asociación.
- ✓ Pobre pero no enfermo (7)- Mejor la casa que el hospital (14)- Retiro del paciente como solución (18)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Pobre pero no enfermo (7)- Afecta la Dinámica Familiar (15)- Retiro del paciente como solución (18): 1 asociación
- ✓ Pobre pero no enfermo (7)- Aprovechan de Familiares por desconocimiento (17) - Retiro del paciente como solución (18)- Discriminación por ser pobres (21): 1 asociación.
- ✓ Pobre pero no enfermo (7)-Retiro del paciente como solución (18): 2 asociaciones.
- ✓ Pobre pero no enfermo (7)- Discriminación por ser pobres (21): 2 asociaciones.
- ✓ Pobre pero no enfermo (7)-Enfermedad es un gasto (23): 2 asociaciones.
- ✓ Mejor la casa que el hospital (14)- Afecta la Dinámica Familiar (15): 1 asociación.
- ✓ Mejor la casa que el hospital (14)- Aprovechan de Familiares por desconocimiento (17): 2 asociaciones.
- ✓ Afecta la Dinámica Familiar (15)- Aprovechan de Familiares por desconocimiento (17):1 asociación
- ✓ Aprovechan de Familiares por desconocimiento (17)- Discriminación por ser pobres (21): 2 asociaciones.

Figura 24: esquema de asociaciones de entrevista 24.



Muy Fuerte	Fuerte	Menos Fuerte
(5 a más asociaciones) <u>=====</u>	(3 a 4 asociaciones) <u>—————</u>	(1 a 2 asociaciones) <u>—————</u>

El siguiente esquema es el resultado de 12 asociaciones, y presenta elementos distribuidos en 3 niveles jerárquicos. Para este esquema su elemento polo es pobre pero no enfermo, el cual se encuentra muy fuertemente unido al elemento esencial retiro del paciente como solución y fuertemente unido a los elementos discriminación por ser pobres, enfermedad es un gasto.

Además está unido mediante enlaces débiles a los elementos esenciales algo que no se espera, no sabemos por qué sucede, enfermedad obliga a la hospitalización, mejor la casa que el hospital, cambio en la dinámica familiar, aprovechan de familiares por el desconocimiento.

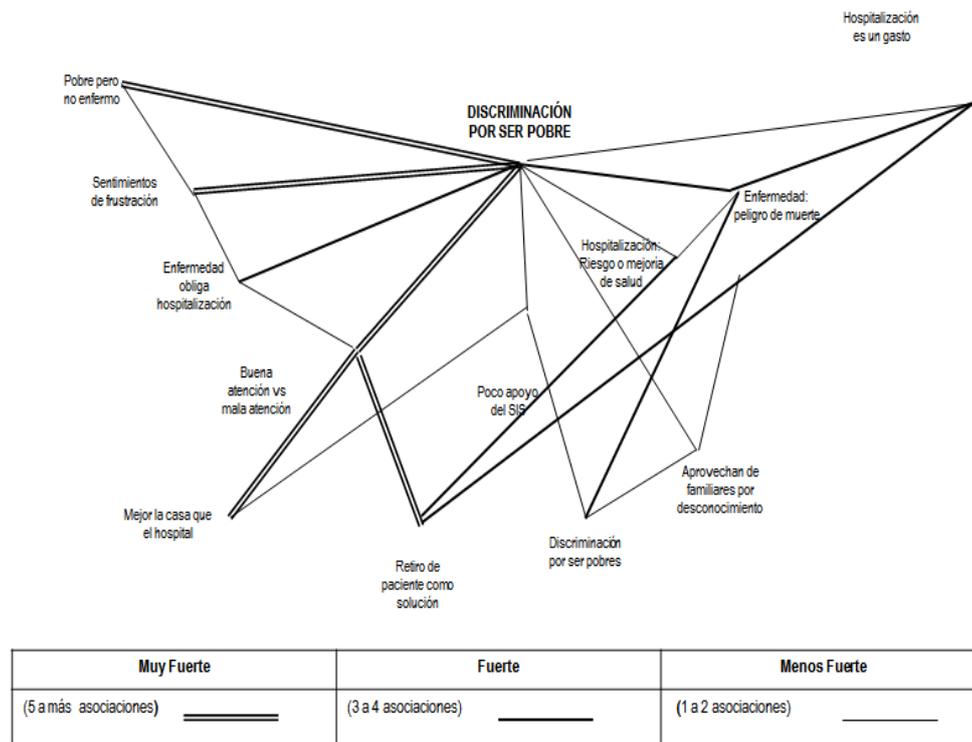
En el segundo nivel el elemento esencial algo que no se espera está unido débilmente al elemento agregado recursos económicos insuficientes. Los elementos esenciales enfermedad obliga a la hospitalización, mejor la casa que el hospital están unidos mediante enlace débiles al elemento agregado sacrificarse por mejoría.

Nuevamente se puede observar que para la persona entrevistada el ser pobre es una condición fuerte pero más aún lo fuera si además de ser pobre estaría enfermo, pues los gastos que conlleva una hospitalización, el ser discriminados por ser pobres, lo guiarían a optar por el retiro de su paciente como solución.

Entrevista N° 25:

- ✓ Pobre pero no enfermo (7)- Sentimientos de Frustración (9)- Discriminación por ser pobres (21): 2 asociaciones.
- ✓ Pobre pero no enfermo (7)- Enfermedad obliga a la hospitalización (11)- Discriminación por ser pobres (21): 1 asociación.
- ✓ Pobre pero no enfermo (7)- Buena atención vs Mala atención (12)- Discriminación por ser pobres (21): 2 asociaciones.
- ✓ Pobre pero no enfermo (7)- Buena atención vs Mala atención (12)- Mejor la casa que el hospital (14)- Poco apoyo del SIS (16)- Discriminación por ser pobres (21): 1 asociación.
- ✓ Pobre pero no enfermo (7)- Afecta la dinámica familiar (15)- Discriminación por ser pobres (21): 1 asociación.
- ✓ Pobre pero no enfermo (7)- Sentimientos de frustración (9)- Aprovechan de Familiares por desconocimiento (17)- Discriminación por ser pobres (21): 1 asociación.
- ✓ Pobre pero no enfermo (7)- Discriminación por ser pobres (21): 4 asociaciones.
- ✓ Pobre pero no enfermo (7)- Discriminación por ser pobres (21)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 2 asociaciones.
- ✓ Pobre pero no enfermo (7)- Enfermedad es un gasto (23): 2 asociaciones.
- ✓ Sentimientos de frustración (9)- Enfermedad obliga la hospitalización (11)- Aprovechan de familiares por desconocimiento (17)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 1 asociación.
- ✓ Sentimientos de Frustración (9)- Buena atención vs Mala atención (12)- Mejor la casa que el hospital (14)- Poco apoyo del SIS (16)- Aprovechan de familiares por desconocimiento (17): 1 asociación.
- ✓ Sentimientos de Frustración (9)- Aprovechan de familiares por desconocimiento (17): 3 asociaciones.
- ✓ Sentimientos de Frustración (9)- Discriminación por ser pobres (21): 2 asociaciones.
- ✓ Sentimientos de Frustración (9)- Aprovechan de familiares por desconocimiento (17)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 2 asociaciones.
- ✓ Sentimientos de Frustración (9)- Aprovechan de familiares por desconocimiento (17)- Enfermedad: peligro de muerte (22)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Enfermedad obliga a la hospitalización (11)- Buena atención vs Mala atención (12)- Retiro del paciente como solución (18)- Hospitalización: riesgo o mejoría de salud (20)- Enfermedad: peligro de muerte (22)- Enfermedad es un gasto (23): 2 asociaciones.
- ✓ Enfermedad obliga a la hospitalización (11)- Buena atención vs Mala atención (12)- Mejor la casa que el hospital (14)- Retiro del paciente como solución (18)- Hospitalización: riesgo o mejoría de salud (20)- Enfermedad: peligro de muerte (22)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Enfermedad obliga a la hospitalización (11)- Discriminación por ser pobres (21)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 2 asociaciones.
- ✓ Enfermedad obliga a la hospitalización (11)- Enfermedad: peligro de muerte (22): 3 asociaciones.
- ✓ Buena atención vs Mala atención (12)- Mejor la casa que el hospital (14): 3 asociaciones.
- ✓ Buena atención vs Mala atención (12)- Retiro del paciente como solución (18)- Enfermedad es un gasto (23): 3 asociaciones.
- ✓ Buena atención vs Mala atención (12)- Discriminación por ser pobres (21): 3 asociaciones.
- ✓ Afecta la dinámica familiar (15)- Poco apoyo del SIS (16)- Discriminación por ser pobres (21)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Afecta la dinámica familiar (15)- Aprovechan de familiares por desconocimiento (17)- Discriminación por ser pobres (21): 1 asociación.
- ✓ Poco apoyo del SIS (16)- Aprovechan de familiares por desconocimiento (17)- Hospitalización: riesgo o mejoría de salud (20)- Enfermedad es un gasto (23): 1 asociación.
- ✓ Hospitalización: riesgo o mejoría de salud (20)- Discriminación por ser pobres (21): 2 asociaciones.
- ✓ Hospitalización: riesgo o mejoría de salud (20)- Enfermedad es un gasto (23): 3 asociaciones.

Figura 25: esquema de asociaciones de entrevista 25.



El presente esquema de asociaciones complejo es el resultado de 14 asociaciones, y presenta elementos distribuidos en 3 niveles jerárquicos.

El elemento polo discriminación por ser pobre se encuentra yuxtapuesto a los elementos esenciales pobre pero no enfermo, sentimientos de frustración, buena atención vs mala atención mediante enlaces muy fuertes. Además se encuentra unido fuertemente a los elementos afecta la dinámica familiar y enfermedad peligro de muerte.

El elemento polo con los elementos poco apoyo del SIS, aprovechan de familiares por desconocimiento, hospitalización riesgo o mejoría y enfermedad es un gasto, está unido mediante enlaces débiles. En el segundo nivel el elemento buena atención vs mala atención se encuentra muy fuertemente unido a los elementos agregados mejora la casa que el hospital y retiro del paciente como solución.

Los elementos esenciales enfermedad peligro de muerte y enfermedad es un gasto se unen a través de enlaces fuertes al elemento agregado del tercer nivel discriminación por ser pobres.

Esto es entendido por la entrevistada que su condición económica en la sociedad aún lo conlleva a ser discriminado, no atendido, mostrando así la injusticia de la asistencia en salud, situación que conduce a tener sentimientos negativos como los sentimientos de frustración por no saber qué hacer ni poder contar con lo necesario para recuperar la salud. Prefiriendo solo ser pobre y no enfermar.

**CAPÍTULO V: PROFUNDIZANDO EL CONOCIMIENTO SOBRE EL
SIGNIFICADO SOCIAL DE LA ENFERMEDAD EN PERSONAS CON BAJOS
RECURSOS ECONÓMICOS.**

Es importante precisar que a continuación se registrará los conceptos, definiciones que tiene las personas con bajos recursos económicos acerca de la enfermedad, haciendo hincapié que no es el punto final de su definición puesto que estas categorías no son acabadas o fijas, sino que están en constante dinamismo, en ese interactuar cotidiano de las personas con bajos recursos económicos. De esta manera se puede notar que las representaciones sociales se van construyendo y reconstruyendo. Por tal razón son consideradas muchas veces como una “utopía”, porque nunca se llega al límite, pues cuando creemos que nos aproximamos, más lejos estamos ⁽⁴³⁾.

Después del amplio tratamiento de los discursos de las personas de bajos recursos económicos se obtiene la construcción de 3 grandes categorías empíricas, las mismas que fueron construidas tomando en cuenta la frecuencia de aparición de los elementos significativos, tal como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro N^o. 02: Categorías emergentes según frecuencia de elementos significativos.

CATEGORÍAS	FREC. SIMPLE	FREC. ASOCIADA
Primera categoría: “Enfermedad y Pobreza”.	413	997
Segunda Categoría: “Estigmas de la Enfermedad: Frustración, Sacrificio y Cambio”	367	734
Tercera Categoría: “Hospital y Enfermedad: Discriminación, Necesidad y Atención”	293	448

De este modo, las representaciones sociales que las personas han realizado de la enfermedad, se puede presentar en primera estancia en la esquematización de cada una de las entrevistas, finalmente, la construcción de las categorías temáticas. Éstas han sido elaboradas siguiendo el quinto paso del análisis de asociación de contenido. En conclusión se han obtenido las siguientes categorías:

Categoría 1: “Enfermedad y Pobreza”.

Categoría 2: “Estigmas de la Enfermedad: Frustración, Sacrificio y Cambio”.

Categoría 3: “Hospital y Enfermedad: Discriminación, Necesidad y Atención”.

Partiendo de este pre-supuesto la investigadora presenta a continuación el análisis interpretativo de los discursos generados por los entrevistados, intentando poner en evidencia el origen de las construcciones representativas. Es decir se intenta comprender la forma como las personas de bajos recursos económicos organizan el conocimiento respecto a la enfermedad.

Categoría 1: “Enfermedad y Pobreza”.

CATEGORÍA	FRECUENCIA SIMPLE	FREC. ASOCIADA
Carencia Económica (6)	183	577
Enfermedad es un gasto (23)	115	217
Luchar contra la enfermedad (8)	115	203
Primera categoría: “Enfermedad y Pobreza”.	413	997

Esta categoría es el resultado de 3 elementos significativos: carencia económica, enfermedad es un gasto, luchar contra la enfermedad que fueron importantes para todos los sujetos de estudio, los cuales presentaron una frecuencia simple de 413 veces mencionados y una frecuencia asociada de 997 veces. Según los datos cuantitativos esta categoría es más significativa e importante en el estudio.

Una representación social es una unidad organizada y jerárquica de juicios, de actitudes y de información que un grupo social dado elabora con respecto a un objeto ⁽²¹⁾.

Moscovici ⁽²⁰⁾ sostiene que la representación social es un proceso complejo que se refiere al proceso por el cual el sentido de un objeto determinado es estructurado por el sujeto, en el contexto de su relación. Este proceso espacializa y temporaliza el binomio sujeto y objeto en las relaciones mutuas constituidas por la persona y la realidad. Desde esta perspectiva entendemos que la representación de la enfermedad que tengas las personas con bajos recursos económicos se verán influenciadas por el contexto que las rodea y el proceso de su enfermedad.

Jodelet ⁽²¹⁾ afirma que la representación social concierne a la forma en la que los sujetos aprehenden los acontecimientos de la vida diaria, las características del medio ambiente, las informaciones, el conocimiento de “sentido común” o bien un pensamiento natural, en oposición al conocimiento científico, por lo tanto este conocimiento se constituye a partir de la experiencia, pero también de las

informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que se reciben y transmiten a través de la tradición, la educación y la comunicación social.

Tomando en cuenta lo expuesto por Jodelet ⁽²¹⁾, el conocimiento que obtenga es socialmente elaborado y compartido y regirá la relación con el mundo y las demás personas, orientando y organizando las conductas y la comunicación social. Por ello, hay que considerar a la enfermedad como un componente biológico y otro cultural, porque es una forma de expresión cultural, que se da en los grupos sociales, y se transmite de generación a generación, haciendo posible la construcción del conocimiento sobre dicho fenómeno.

El término de enfermedad surge de la relación de las personas con su ambiente sociocultural, y, en consecuencia, las propiedades o características peculiares de cada representación están determinadas por su contexto. Tal es el caso de las personas de bajos recursos económicos donde su conceptualización de enfermedad, viene a ser el significado, el lenguaje que ellas elaboran a partir de sus relaciones con la sociedad y que parten de la experiencia previa, la cual puede ser propia o ajena.

Las grandes diferencias de salud entre los pobres y los que están mejor situación económica suelen ser inevitables e injustas, y reflejan diferentes obstáculos y oportunidades socioeconómicas que no tienen que ver con las decisiones de la persona.

Para Cotlear ⁽¹⁶⁾, la evidencia de desigualdad en el acceso de los pobres a la salud es abundante y variada. El acceso a la atención de salud es proporcional al nivel de ingreso: un pobre tiene 4.8 veces más probabilidades de no ser atendido que un rico.

En definitiva es la condición económica de las personas pobres lo que dificulta su acceso a una buena salud, asociando la enfermedad a su pobreza.

Según Du Bois ⁽¹⁵⁾, en la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) en los últimos el porcentaje de personas que se atendió, habiéndose declarado enferma, fue de 45 por ciento (6.2 de un total de 13.8 millones). Entre las razones para no atenderse, considerando que las opciones no excluyentes, se tienen la falta de recursos económicos (2.3 millones), la automedicación (2.2 millones), la preferencia por remedios caseros (1.7 millones), la falta de un centro de salud cercano (0.5 millones).

Estas cifra confirman la existencia de un problema creciente de no acceso a los servicios de salud, donde influye en primer lugar los factores socioeconómicos y en segundo plano otros de distinta naturaleza.

Considerando el acceso según niveles de pobreza y tipo de enfermedad, como podría esperarse, se encuentra que los pobres tienen un menor acceso a los servicios de salud. Existen factores socioeconómicos que condicionan y disminuyen el autoreporte de la enfermedad, en el caso de los pobres. En realidad, la población en situación de pobreza tiene un alto costo de oportunidad (ingresos no percibidos) y económico (medicamentos, co-pagos, gastos en transporte, etc) en caso de reportarse como enfermos. En general los pobres están en situación de desventaja en todos los factores que determinan la salud. Son más propensos a tener mala salud y enfermedades por falta de recursos financieros, su limitado conocimiento de cuestiones de salud y su uso limitado de los servicios de sanidad.

Esta cruda realidad se ve plasmada en las siguientes manifestaciones:

“Sufrimos por la falta de dinero cuando se está enfermo y no sabemos bien de su enfermedad, se dio así de pronto” (G.M)

“Cuidar a una persona enferma es algo perjudicial para nosotros los pobres porque no tenemos el poder económico para atenderse creo que de allí viene el problema” (P.G)

“La enfermedad es un problema económico y familiar, para nosotros que no tenemos mucho dinero”(C.A)

Estos discursos nos muestran el sentir de las personas con bajos recursos económicos al no contar con recursos financieros óptimos para poder hacer frente a la enfermedad, enfermedad que no conocen pero que desean afrontarla, a pesar que sus condiciones económicas no son favorables.

Para las personas pobres, la enfermedad es una lucha constante, es un afrontamiento a un problema, que afecta sus recursos, y empeora su condición económica.

El afrontamiento para Kozier ⁽²⁵⁾, “es el esfuerzo cognitivo y de comportamiento dirigido a controlar las demandas internas y/o externas específicas que son valoradas como abrumadoras o que exceden a los recursos de la persona”. El afrontamiento puede ser adaptativo o inadaptativo. El afrontamiento adaptativo ayuda a la persona a hacer frente de forma eficaz a los eventos estresantes, y reduce al mínimo el estrés que se asocia a estos.

Por tanto, el afrontamiento que tienen las personas pobres en relación a la enfermedad, es un afrontamiento adaptativo; pues a pesar de estatus económico que tienen, hacen frente a ésta y busca como poder enfrentarla.

El afrontamiento puede ser descrito como el hacer frente a problemas, o la lucha contra ellos para la búsqueda de un buen resultado.

Una estrategia de afrontamiento es una manera innata o adquirida de responder a un entorno cambiante o a un problema o una situación específica ⁽²⁵⁾.

Luchar contra la enfermedad para las personas de bajos recursos económicos puede llevar a una serie o conjunto de actividades basadas en afrontar y que buscan un mismo fin: recuperación de la salud, y sanarse de la enfermedad.

Este supuesto se objetiviza en las siguientes manifestaciones:

“Para afrontar la enfermedad se hace lo posible de conseguir dinero, sacar préstamo, de ver los medios.....” (T.R)

“Tenemos que afrontar la enfermedad buscando formas endeudándose, prestando dinero, empeñando cosas.....”. (B.A)

“Lo que se me viene a la mente para afrontar es esfuerzo, esfuerzo que mientras hacemos lo que sea para encontrar recuperación de nuestro familiar....” (G.L)

Estas declaraciones de las personas reflejan el simbolismo que estas atribuyen a la enfermedad, asignando un valor positivo, al enfrentar la enfermedad, buscando por todos las formas conseguir el medio o sustento económico suficiente y necesario para la recuperación de la salud.

Asimismo, los pobres se benefician menos del sistema de sanidad que la población más afluente. Los pobres tienen mayores probabilidades de sufrir la falta de servicios de salud, dificultad de acceso a los mismos, o servicios demasiado caros y/o de calidad relativamente baja ⁽⁴⁴⁾.

Las personas de bajos recursos económicos presentan mayores probabilidades de no acceder a los servicios de salud que sean de calidad y cubran sus necesidades para la mejoría de la enfermedad cualesquiera que les afecte.

Se entiende que el hospital es un recurso escaso y costoso, ambiente donde se realiza el cuidado necesario para la enfermedad, cuidado basado en diversas acciones que lo requiera y pueden ser muy caras o de altos precios no exento de riesgo para el usuario ⁽⁴⁵⁾.

Un pobre tiene 4.8 veces más probabilidades de no ser atendido en un consultorio que un rico. Mientras en el primer quintil (más pobre) 36 por ciento de personas no pudieron acceder a un servicio de salud por falta de dinero, en el quintil más rico este porcentaje cae a solo 6 por ciento⁽¹⁶⁾.

Igualmente, la diferencia en las hospitalizaciones entre el quintil más rico (22.1) y el quintil más pobre (10.0) es de 2.2 veces. Una de las causas de esta desigualdad es la barrera que imponen a los pobres las tarifas en los hospitales, sobretodo el costo de la cama por día, los medicamentos e incluso algunos exámenes de descarte de diagnóstico.

Es notoria la gran diferencia que tiene una persona rica a una persona pobre en el acceso a las distintas formas de ser atendido en salud, ya sea por consultorio o por hospitalización. Las tarifas, los costos para la atención en salud son totalmente dispares en relación a los estratos sociales, y son los pobres los que sufren y sienten estas diferencias. Existe mucha concordancia entre la literatura y la objetividad de las personas de bajos recursos económicos respecto al acceso a los servicios de salud y las dificultades que presentan para ser atendidos con seguridad y calidad por recursos económicos insuficientes, tal y como lo manifiestan en los siguientes discursos:

“Por ejemplo uno tiene un familiar que tiene enfermedad grave, uno tiene que hacer lo posible para llevarlo tal vez a un mejor hospital, tal vez a una clínica, pero si no tienes, venir aquí donde apenas te dan algunos medicamentos baratos”....(T.G)

“Bueno todo nos piden para exámenes, radiografías, una placa, medicamentos pero nada conciso, más es el gasto y no nos explican nada solo que se hará más exámenes, todo eso mucho gasto de dinero que no tenemos (F.R)

“los pobres como nosotros sufrimos para que se nos atiendan, tenemos días pidiendo camas para nuestro paciente, nos exigen pagar más cosas y ya no tenemos de donde más sacar dinero” (D.A)

Estas manifestaciones nos demuestran la dificultad que tienen las personas con bajos recursos económicos para acceder a servicios de salud, como es la hospitalización que a pesar que el Hospital Docente Las Mercedes pertenece a una institución del gobierno, les imposibilita o dificulta su estancia hospitalaria, es costoso y no todos los medicamentos y exámenes que les exigen están en sus posibilidades de pago y sus circunstancias económicas.

Las personas de bajos recursos económicos notablemente padecen la disparidad de los sistemas de salud en el Perú, que a pesar de tener instituciones que respalden el acceso a los servicios de salud de este grupo, no se encuentra e totalmente comprometido con estas personas que son las más necesitadas.

En conclusión es la enfermedad un problema económico para las personas pobres por la drástica desigualdad para la recuperación de su salud y el difícil acceso a los servicios de salud por la deficiencia de factores económicos que condicionan la enfermedad.

Categoría 2: “Estigmas de la Enfermedad: frustración, sacrificio y cambio”.

La presente categoría es el resultado de 3 elementos significativos: sentimientos de frustración, sacrificarse por mejoría y cambio en la dinámica familiar que fueron importantes para todos los sujetos de estudio.

CATEGORÍA	FRECUENCIA SIMPLE	FREC. ASOCIADA
Sentimientos de Frustración (9)	151	371
Sacrificarse por mejoría (10)	131	240
Cambio en la Dinámica Familiar (15)	85	123
Segunda categoría: “Estigmas de la enfermedad: Frustración, Sacrificio y Cambio”	367	734

Esta segunda categoría emerge como importante por los datos cuantitativos que posee, cuyos elementos que la conforman tuvieron una frecuencia simple de 367 y una frecuencia asociada de 734. Es necesario resaltar que la importancia de esta categoría no sólo está en sus datos cuantitativos sino por sus datos cualitativos.

El análisis cualitativo construido a partir de importantes testimonios de personas con bajos recursos económicos que estigmatizan la enfermedad como “frustración”, “sacrificio” y “cambio” originan diversos prejuicios, preconcepciones en estas personas que por su condición se sienten presionadas a realizar sacrificios.

Según Rengel ⁽⁴⁶⁾, un estigma social es una construcción cultural de las sociedades, una elaboración basada en creencias que en este caso tienen las personas con bajos recursos económicos respecto a la enfermedad; por ello podemos decir que los estigmas en torno a los sentimientos de frustración y situaciones indeseables se originan en el grupo en relación a sus vivencias y enraizado a su condición económica.

La elaboración, construcción y reproducción de argumentos estigmatizadores no es algo propio de sociedades y épocas concretas. Estos procesos se deben considerar como un fenómeno universal y consustancial a la propia esencia humana, ya que se dan allí donde existan relaciones humanas, su manejo, así pues, “es un rasgo general de la sociedad, un proceso que se produce donde quiera existan normas de identidad” en pocas palabras se puede afirmar que es la sociedad la que establece los estigmas y en relación a la enfermedad se establecen diversos al considerarla una frustración y situación indeseable ⁽⁴⁶⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como aquel estado de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad ⁽⁴⁷⁾.

En este contexto, la enfermedad debe entenderse como un proceso biológico que supone una alteración estructural o funcional, un proceso psicológico que conlleva sufrimiento y dolor, y un proceso social porque supone una invalidez.

Algunas personas consideran la enfermedad como una prueba para valorar su resistencia y como una prueba para soportar el sufrimiento ⁽⁴⁸⁾.

La psicología médica estudia las interacciones recíprocas entre procesos mentales y salud fisiológica y considera todos aquellos aspectos psicológicos presentes y cómo se adapta el individuo a la enfermedad. Considera que la salud y la enfermedad son atributos de la persona en su totalidad y que así deben ser considerados por todo médico. No basta con decir, como se hace a menudo, que hay enfermedades y enfermos cuando las cosas no suceden de acuerdo con los cánones de la ciencia, sino que se debe considerar la enfermedad como un acontecimiento personal en el que el individuo queda instalado ⁽⁴⁸⁾.

Cada Individuo cuando pierde su estado de bienestar que le proporciona su salud trate de encontrar una significación a su enfermedad según sus vivencias que haya tenido anteriormente las sensaciones que experimente durante el proceso de su enfermedad según: sus conceptos sociales, morales, religiosos, según su edad, el sexo, la raza, así como su constitución y su personalidad.

La enfermedad no solo trae un conjunto de alteraciones morfológicas estructurales, sino que además tiene un efecto psicológico en los individuos alterando también su equilibrio mental y/o social ⁽⁴⁹⁾.

La enfermedad es entendida como una idea opuesta al concepto de salud: es aquello que origina una alteración o rompe la armonía en un individuo, ya sea a escala molecular, corporal, mental, emocional o espiritual ⁽⁵⁰⁾.

La presencia de la enfermedad trae consigo necesidades y problemas que van más allá de lo estrictamente médico ⁽⁵¹⁾. En la mayoría de las enfermedades, son situaciones nuevas no predecibles, que llegan en el momento menos esperado y en las circunstancias menos favorables, ocasionando sentimientos de frustración.

La frustración es el malestar que resulta de que uno no vea realizado aquello que esperaba; y la impotencia, el profundo e inconsolable dolor emocional que resulta de no poder remediar una situación o circunstancia desagradable, o de no poder llevar a cabo una idea ⁽⁵²⁾.

Existen manifestaciones psicológicas de la frustración, incluyen la ansiedad, el miedo, tristeza, impotencia, depresión, los comportamientos cognitivos, las respuestas verbales y motoras. Estos patrones de frustración son un obstáculo dependiendo de la situación y de la cantidad de tiempo en la que se utilicen o sufran ⁽²⁵⁾.

Para el estudio de investigación se encontraron manifestaciones psicológicas que manifestaban las personas con bajos recursos económicos al preguntarles el significado e enfermedad.

Ansiedad es considerada a menudo como una respuesta a un hecho estresante. Ésta respuesta frecuente en el estrés es un estado de intranquilidad mental, aprensión, terror, o un presentimiento o una sensación de desamparo en relación a una amenaza no identificada, próxima o anticipada, con respecto a uno mismo o una relación muy importante.

La ansiedad produce una sensación de inquietud que incita a la búsqueda de información y la formulación de preguntas, incrementa el estado de excitación del individuo hasta el punto el cual la persona pone en manifiesto sentimientos de tensión, nerviosismo o preocupación ⁽²⁵⁾.

La ansiedad surge junto a una activación de nuestro cuerpo para hacer frente a una amenaza, luchando o huyendo, por ello, el análisis de los procesos que aparecen unidos a ella, se ha de hacer considerando que son parte del afrontamiento de lo que se teme. La preocupación se incluye en la actividad cognitiva que prepara la reacción al peligro; por tanto, la preocupación asociada a la ansiedad es un factor que interviene en el enfrentamiento de cualquier amenaza ⁽⁵³⁾.

Preocupación según el RAE ⁽⁵⁴⁾, es causar intranquilidad, inquietud o angustia. El concepto de preocupación, que deriva del latín *praeoccupatio*, se refiere al verbo preocupar. Esta acción está vinculada a generar zozobra o nerviosismo, o a ocuparse con antelación de algo ⁽⁵⁵⁾.

Se entiende como preocupación a aquello que produce en la persona un conjunto de sensaciones incómodas, ocasionando como rebote intranquilidad, angustia.

Durante la entrevista las personas con bajos recursos económicos manifestaron:

“Bueno la verdad es una incomodidad, porque la verdad ver a la persona enferma es preocupación, preocupación más que todo en su mejoría, porque nos afecta más.....”. (P.A)

“Enfermar es preocupación, por ver un paciente, un familiar que se ve en cama, que le lleva riesgosa y ver su recuperación.....”. (H.N)

“la enfermedad es una preocupación muy grande porque si una persona está enferma y no se cuida, le puede ocasionar hasta la muerte, y peor si viene así sin saber”. (C.I)

“Que le puedo decir enfermedad es preocupación, despojarse de nuestra vida que tenemos y empezar una vida de tensión, todo por buscar la recuperación del familiar”. (Á.L)

En estos discursos las personas de bajos recursos económicos entienden a la enfermedad como preocupación. Esta preocupación es como una herramienta para el enfrentamiento que tienen que realizar con la enfermedad para lograr la recuperación de la salud.

La preocupación es una reacción automática para resolver nuestros problemas ⁽⁵⁴⁾. Es decir para el ser humano la preocupación es una reacción inmediata ante la presencia de un acontecimiento que es percibido como dañino para su estilo de vida.

La preocupación aparece, en general como un intento de resolver un problema que amenaza fijando un curso de acción adecuado ⁽⁵⁵⁾. Cuando detectamos la presencia de un problema, comenzamos de inmediato su afrontamiento. Si las circunstancias lo permiten, nos ayudamos del lenguaje interno (pensamiento) para resolverlo. Nuestro lenguaje nos sirve para simular nuestro comportamiento futuro y prever sus consecuencias sin necesidad de actuar. Comenzamos a planificar nuestra

reacción y la preocupación surge dentro del proceso cognitivo que tiene como función determinar el curso de acción más conveniente para nosotros.

Por tanto, la preocupación aparece asociada a la planificación de nuestras acciones y como tal entra dentro de la normalidad más absoluta y se puede estudiar junto a otras conductas de planificación en el contexto de la toma de decisiones y la resolución de problemas.

Este supuesto se objetiviza en los siguientes discursos:

“.....Es algo que con más preocupación nos pone hay que buscar ver formas, con un familiar enfermo para que pueda haber su mejoría”. (A.A)

“La palabra enfermedad es algo que trae bastante preocupación por su paciente que uno lo ve con el malestar pero que siempre se busca como solucionarlo y estar al frente de la situación”. (J.C)

“Cuando un familiar por ejemplo está enfermo es la preocupación que uno tiene, pensar cómo vamos a ver sus medicinas cuando uno no tiene sus recursos suficientes para llevarlo a un hospital, una clínica”. (T.E)

“Es una preocupación, con un enfermo tenemos que ver para que el paciente este mejor y estar tensionados, preocupados para solucionarlo, ver formas” (A.F)

Para las personas con bajos recursos económicos, el estar preocupados los lleva a tomar decisiones para tratar de resolver la situación de enfermedad. Ellos a pesar de su condición económica intentan buscar las mejores soluciones, formas para poder alcanzar su objetivo que en este caso sería la recuperación.

Otra de las manifestaciones psicológicas de la frustración es el miedo. Según Kozier ⁽²⁵⁾, el miedo es “un sentimiento leve o severo de aprensión con respecto a una amenaza percibida”.

El miedo puede ser una respuesta a algo que ya ha ocurrido, o a una amenaza inmediata o presente, o a una anticipación a alguna cosa que la persona cree que va a suceder.

El objeto del miedo puede estar basado, o no estarlo, en la realidad. Por ejemplo, la persona con bajos recursos económicos puede sentirse temeroso con anticipación ante la primera experiencia de la enfermedad tratada en un hospital. La persona puede sentir temor sobre que la enfermedad pueda empeorarse en el hospital o que la persona prefiera tratar la enfermedad en su casa y pueda inadvertidamente, provocar algún daño ⁽²⁵⁾.

La enfermedad actúa como una amenaza presente en las personas con bajos recursos económicos y el miedo en estas personas viene a ser la respuesta a esta amenaza. Este sentimiento es expresado en los siguientes discursos:

“.....Es miedo, tensión, es sentir que puede ocurrir lo peor y no poder hacer más nada” (A.A)

“el temor a perderlo, a pesar que uno desee que siga para adelante, siga vivo, siga bien el temor es que se vaya”. (O.O)

“Mucho más miedo de perder a la persona que uno más adora, porque le digo no sabíamos que le pasaba”. (E.H)

La reacción de las familias ante la enfermedad no es igual en todos los casos. En las familias con una economía deficiente o las familias pobres, es mínimo el número que se adaptan adecuadamente a la nueva situación y, a pesar de las tensiones y reestructuraciones que exige, son capaces de reorganizarse e incluso fortalecer los lazos ⁽⁵⁶⁾.

Sin embargo en la mayoría de de las familias pobres, existen algunos problemas que pueden ser identificados en primer lugar como abandono de las propias necesidades de las familias, esto aumenta el cansancio y convierte la situación en más difícil y estresante; y en segundo lugar las relaciones familiares pueden notarse alteradas, porque las responsabilidades caen mayormente en un miembro de la familia. A esta persona el hecho de tener un familiar enfermo, haber permanecido unidos por largo tiempo, y ser separados del hogar, el lugar donde viven, sufrir reducción de gastos económicos importantes, y dejar el rol de madre o padre, jefe del hogar, para agregarle el rol de cuidador.

En relación al primer problema identificado, no es fácil para la mayoría de las familias pobres enfrentarse al hecho de que algún familiar cercano se enferme, y depende de ella para poder mejorar su salud. La familia ha de asumir, además del trabajo, la función que desempeñaba el enfermo en la propia familia, además para contar con los ingresos durante el proceso de recuperación ⁽⁵⁶⁾.

La situación de enfermedad para las familias pobres se convierte en un hecho indeseable, porque la falta del recurso económico, no les permite cubrir todas las necesidades obligándolos a olvidarse de sus necesidades sacrificando su propio bienestar.

Sacrificar es renunciar a algo valioso o precioso, a menudo con la intención de lograr un propósito u objetivo de mayor valor ⁽⁵⁷⁾.

El sacrificio en las personas con bajos recursos económicos, es algo constante por conseguir un solo propósito, a costa de su propio bienestar y salud, el cual es conseguir la más pronta recuperación de su familiar enfermo.

Esto se ve reflejado en las siguientes manifestaciones:

“.....si gastamos y hacemos de todo para dar lo que piden, así sea dejando nuestras necesidades de lado, es por ver mejoría del paciente”. (I.L)

“Agotando los últimos recursos que quedan como es nuestro caso, porque con mi familia somos de bajos recursos.....dejando de comer, vendiendo nuestros a nimalitos, haciendo colectas, pidiendo ayuda, endeudándonos....”. (D.A)

“Si está pobre, no tienes lo suficiente para tratar una enfermedad grave, entonces hay que ver cómo conseguir lo que no nos alcanza, no tenemos puede ser haciendo préstamos, vendiendo las pocas cosas valiosas que tenemos, dejar de llevar comida a nuestra boca”. (C.O)

“.....a veces no tenemos para comer ni donde dormir, tenemos familia lejos, y como no tenemos lo suficiente, solo nos queda sacrificarnos”. (C.N)

Claramente se observa el sacrificio de las personas con bajos recursos económicos, quienes muchas dejan de lado sus necesidades básicas como: la alimentación, el confort, el sueño; además que muchos viven lejos y no tienen donde quedarse y su vida y entorno se encuentra en su solo lugar que es el hospital.

El segundo problema relaciones familiares alteradas, está específicamente conectado con el modo de vivir de las familias y su dinamismo; es decir la dinámica familiar.

Palacios y Rodrigo ⁽⁵⁸⁾ afirman que la familia es concebida como la asociación de personas que comparten propósitos de vida y que desean mantenerse unidos en el tiempo. Según Torres ⁽⁵⁹⁾ la familia es “un sistema de interrelación biopsicosocial que media entre el individuo y la sociedad y se encuentra integrada por un número variable de individuos, unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción”.

Al respecto subraya Alberdi ⁽⁶⁰⁾ la familia es el “conjunto de dos o más personas unidas por el matrimonio o la filiación que viven juntos, ponen sus recursos económicos en común y consumen juntos una serie de bienes”

En esta línea se vislumbra una visión de familia que lucha mancomunadamente sin importar la situación que se les presente por el bienestar de uno o todos sus miembros.

La familia es un sistema que se transforma a partir de la influencia de los elementos externos que la circundan los cuales modifican su dinámica interna. Así mismo la estructura familiar es “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia”, y que las relaciones o interacciones de los integrantes están condicionadas a determinadas reglas de comportamiento ⁽⁶⁰⁾.

Oliveira ⁽⁶¹⁾; Torres ⁽⁵⁹⁾; Gonzáles ⁽⁶²⁾; Palacios ⁽⁶³⁾, subrayan que la dinámica familiar es el tejido de relaciones y vínculo atravesados por la colaboración. Intercambio, poder y conflicto que se genera entre los miembros de la familia: padre, madre e hijos al interior de ésta, de acuerdo a la distribución de responsabilidades en el hogar, la participación y la toma de decisiones.

En este sentido, la dinámica familiar se puede interpretar como los encuentros mediados por una serie de normas, reglas, límites, jerarquías y roles, entre otros, que regulan la convivencia y permite que el funcionamiento de la vida familiar se desarrolle armónicamente. Para ello, es indispensable que cada integrante de la familia conozca e interiorice su rol dentro del núcleo familiar.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, Collins citado por Hernández ⁽⁶⁴⁾ afirma que a la familia le corresponde: a) el adecuado funcionamiento biológico de los individuos de la sociedad; b) la reproducción de sus miembros; c) Su adecuada socialización; d) La provisión y distribución de los bienes y servicios; e) El mantenimiento del orden dentro del grupo y en su relación con el resto del sistema social; f) la definición del sentido de la vida y la motivación para preservar la supervivencia individual y del grupo.

Las características de la dinámica familiar se pueden resumir en clima familiar, debido a que éste hace referencia al ambiente generado entre los integrantes del grupo y al grado de cohesión, dependiendo como se asuman los roles, la autoridad, el afecto, y la comunicación; y se cumplan las reglas y las normas, el calor afectivo será armonioso ⁽⁶⁵⁾.

Enfocándonos en la definición del sentido de la vida y la motivación para preservar la supervivencia individual y del grupo y las características de la dinámica familiar estarían amenazadas por alguna situación que en este caso sería la enfermedad, se hablaría de un cambio en la dinámica familiar.

Dicha cambio se objetiviza en los siguientes discursos:

“.....mis hijos se preocupan por su madre y tenemos que estar separados porque somos de lejos”. (L.S)

“nos alejamos de nuestros hijos como es mi caso que vivo lejos y tengo q dejar a mis hijos solos o al cuidado de alguien para poder venir aquí señorita, todo porque es un gasto con todo lo que se necesita para la recuperación.....”. (G.L)

“Porque es un sacrificio tanto intelectual, físico, económico, porque la familia dejamos de hacer muchas cosas por ver al paciente”. (E.A)

“Con mi familia dejamos de hacer lo que hacemos en nuestro pueblo, dejando nuestras cosas, perdiendo el tiempo, estamos lejos de mis otros hijos y venimos acá sin conocer y no tenemos dinero para poder curar a mi hijo”. (T.E)

Los testimonios afirman como las personas con bajos recursos económicos se encuentran claramente afectadas con el factor “enfermedad”, donde la familia cumple el papel importante en el sentido de la vida y la motivación para preservar la supervivencia individual y grupal, mostrándose como le altera su dinámica familiar.

La enfermedad es estigmatizada por las personas con bajos recursos económicos al considerarla una realidad o coyuntura indeseable, pues van anclando en ella representaciones que pueden conducirlos a sentimientos de frustración, sacrificio y cambios en la dinámica familiar, hechos que indudablemente están asociados no solo a la enfermedad insitu, sino además a su condición económica, condición que los conlleva a realizar acciones que en muchos casos son perjudiciales tanto para la persona enferma como el familiar cuidador y la familia.

Categoría 3: “Hospital y Enfermedad: Discriminación, Necesidad y Atención”.

CATEGORÍA	FRECUENCIA SIMPLE	FREC. ASOCIADA
Discriminación por ser pobres (21)	76	183
Necesidad de Apoyo (19)	107	149
Buena Atención vs Mala atención (12)	110	116
Tercera categoría: “Hospital y Enfermedad: Discriminación, Necesidad y Atención”.	293	448

La tercera y última categoría es el resultado de 3 elementos significativos: discriminación por ser pobres, necesidad de apoyo, buena atención vs mala atención, presentaron una frecuencia simple de 293 veces mencionados y una frecuencia asociada de 448 veces.

Du Bois ⁽¹⁵⁾, afirma que el sistema de salud peruano está compuesto por dos subsectores (público y privado) y varios subsistemas que funcionan de manera independiente y descoordinada; es decir, se trata de un sistema de salud segmentado. Otra característica importante es que no ofrece la protección de un seguro de salud a toda su población, aunque se han registrado algunos progresos en esa dirección. El MINSA, EsSalud y las sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional conforman el sector público; cada una de estas instancias funciona de manera independiente, cubre a poblaciones distintas y establece escasas relaciones con las demás.

El sistema de salud peruano es complejo y tiene proveedores públicos y privados. El presente estudio de investigación ha privilegiado centrarse en el MINSA por ser la institución de la cual pertenece el Hospital Regional Docente de Las Mercedes y por su gran importancia en el tratamiento de la salud de los pobres: el 70 por ciento de las atenciones de salud del 40 por ciento más pobre de la población las realiza dicho ministerio.

Para Cotlear ⁽¹⁶⁾, a pesar de los avances en materia de salud pública experimentados en el Perú, aún existen vacíos de cobertura de atenciones de salud, y quienes más sufren tal carencia son los más pobres.

Se visualiza que son los pobres quienes padecen una clara exclusión de las atenciones de salud, a pesar de ser los que más necesiten de un acceso a servicios de salud.

En la actualidad la diferencia en las hospitalizaciones entre el quintil más rico y el quintil más pobre es de 2,2 veces. El 40 por ciento de la población más pobre solo tuvo el 25 por ciento del número de días de hospitalización, mientras que el 40 por ciento más rico concentró el 47 por ciento de días de hospitalización ⁽¹⁶⁾.

La evidencia de desigualdad en el acceso de los pobres a la salud es abundante y variada. Una de las causas de esta desigualdad es la barrera que imponen a los pobres las tarifas en los hospitales.

La hospitalización es una modalidad de tratamiento médico para pacientes con síntomas o problemas emocionales y/o de conducta que requieran un ambiente especial durante un tiempo limitado.

La hospitalización se recomienda para los pacientes con situaciones agudas que requieran una mayor supervisión y cuidado, o para el inicio o modificación de un tratamiento farmacológico que deba contar con un mayor control médico y por enfermería. También está indicado en casos que requieran de un estudio diagnóstico, ya sea mediante exámenes paraclínicos u observación clínica, por ejemplo, para la formulación de planes terapéuticos en casos difíciles ⁽⁴⁵⁾.

La hospitalización es un recurso escaso y costoso, ambiente donde se realiza el cuidado necesario para la enfermedad, cuidado basado en diversas acciones que lo requiera y pueden ser muy caras o de altos precios no exento de riesgo para el usuario ⁽⁴⁵⁾.

Para las personas de bajos recursos económicos la hospitalización dependerá de su estado económico, y por tener carencia de este, recurrirán a apoyo, necesitando de las personas que estén más cercanas a ellas y del mismo personal de salud; es decir enfermeras, médicos, entre otros. Es sin embargo el personal de enfermería quien se encuentra más cercano no solo al paciente sino a la familia de bajos recursos económicos, por el tiempo de interacción y cuidados que brindan.

El cuidado de enfermería ha sido identificado como el objeto de estudio de la profesión de enfermería. Desde su origen ella ha rodeado su quehacer desde la perspectiva de un cuidado material intuitivo y amoroso.

La palabra cuidado procede del latín “cogitatus”, que quiere decir, pensamiento. El cuidado incluye, por tanto: acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer solo, con respecto a sus necesidades básicas, la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimiento, la intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar ⁽⁶⁶⁾.

Por lo que cuidar es también una forma de amor, de expresión, de sentimiento volcados en un hacer. El cuidado ayuda al otro al quehacer, a realizarse y afrontar dificultades y crisis propias de la vida. Cuidar es un arte y una ciencia ⁽⁶⁶⁾.

Hackspiel ⁽⁶⁷⁾, enuncia que el cuidado de enfermería es el cuidado de la vida humana. Cuidar en enfermería implica un conocimiento propio de cada enfermero, un darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, interese y motivaciones y además de sus conocimientos.

La autora Córdova ⁽⁶⁶⁾, en su libro *El arte y la ciencia del cuidado*, describe el cuidado humano como la esencia de enfermería, promoviendo bienestar, apoderamiento y decisiones proactivas dentro de la práctica. Piccard ⁽⁶⁹⁾, refiere que cuidado humano no es otra cosa que la forma humana de ser y consiste en cinco atributos: compasión, competencias, confianza, conciencia y compromiso.

Por lo tanto es enfermería, el apoyo que más necesita las personas de bajos recursos económicos, ya en ellas ven un apoyo tanto psicológico como la mejoría de la persona hospitalizada. Cabe destacar que cada acción, llámese procedimiento, manejo de equipos de alta tecnología, utilización de habilidades, destrezas y aplicación de conocimientos científicos, se lleva a cabo en el ejercicio profesional sin desconocer que se está trabajando con personas que merecen afecto, amor, dedicación, comprensión y muchas otras características que implican brindar cuidado humanizado. Cuando se habla así se pretende profundizar en la concepción de persona, promoviendo su calidad de vida, protegiendo sus derechos, contribuyendo a la satisfacción de sus necesidades sin olvidar los aspectos psicológicos, sociales, espirituales y de su entorno.

Si bien es cierto el cuidado de enfermería debe de reflejar dedicación, amor, apoyo emocional, dar un buen trato tanto a la persona como el familiar hospitalizado. La calidad de atención no es absoluta ni perfecta, puede ser buena, regular y mala en la medida que se analiza, presenta un conjunto de características y solo la buena calidad satisface a la persona ⁽⁷⁰⁾, es así como se ha visto reflejado la atención y a través de la percepción de los familiares quienes manifiestan que no hay una buena atención.

En los siguientes discursos, los familiares entrevistados refieren desde su punto de vista la mala atención por parte del profesional de enfermería:

“....Que tal vez se hable con las enfermeras para que nos den el pase, y que nos hagan caso, sean más respetuosos con uno que es de recursos bajos y no entendemos todo, nos den apoyo de esta forma más que todo.....” (P.O)

“Falta que nos den apoyo las enfermeras, porque necesitamos en esta situación de apoyo sobretodo de ellas, que den calidad humana, respeto a nosotros y nuestros familiares por su enfermedad” (B.A)

“creo que las enfermeras necesitamos de ella porque están más cerca de nuestros paciente, si ellas no nos apoyan entonces quien pues señorita” (M.E)

Las personas entrevistadas refieren que necesitan apoyo específicamente del profesional de enfermería porque tienen un contacto más cercano a sus familiares y a ellos, perciben que es la enfermera el máximo soporte que tienen en un hospital en la recuperación de la enfermedad.

El personal de enfermería centra su accionar en el cuidado de la persona, satisfaciendo demandas y necesidades de salud dentro de una concepción holística del hombre y la mujer. Por ello, los cuidados de enfermería, eje de sus competencias profesionales, adquieren un matiz especial cuando se asiste a personas enfermas y a sus familias que, funcionando como una unidad de interacciones y dependencia mutua, son capaces de evaluar la calidad de atención recibida, experimentando distintos niveles de satisfacción cuando a sus hijos se les proporcionan cuidados ⁽⁶⁸⁾

Así mismo las personas ven a los profesionales de enfermería como una persona en quien confiar, un apoyo, ya que muchas de estas personas están en el hospital solas, y encuentran en ellas como una amiga más. Y a la vez los profesionales ven una relación y muchas de ellas se identifican y se siente preocupación por la situación vivida.

Esta necesidad de apoyo que buscan los familiares es el apoyo emocional que identifican dentro de la experiencia de cuidado humanizado lo cual se hace evidente a través de un ambiente que señalan como menos estresante, más confortable y de cordialidad en el servicio, que les permite tomar fuerzas para continuar. Entonces se puede decir que el apoyo que necesitan es el emocional, que es el soporte preciso en el momento adecuado, es lo que esperan de su cuidador. De la

misma forma un apoyo físico igualmente importante, expresado en la necesidad de compañía, a través de contacto físico, sintiendo una mano amiga que les demuestre que no están solos, que su cuidador está cerca, dispuesto a acudir cuando lo requieren ⁽⁷¹⁾.

Las enfermeras también se implican en el apoyo a las personas como un todo. Por este motivo, las enfermeras deben ser conscientes de que el apoyo que reciben esas personas afecta al bienestar de la persona y deben tener en cuenta el bienestar de esas personas.

“Hay enfermeras que comprenden y hay enfermera que no nos comprenden... nomás nos dicen que como quieren su tratamiento si no lo traen, pero para mi un tratamiento es el medicamento no lo material, como siempre les digo acaso si quieren guantes, que la tapa del protector se cayó, que tienen que comprarlo, pero son cosas con más cuidado se tienen” (P.A)

“ mientras mi esposa necesita de cuidados que la atiendan bien como si hay enfermeras que la cuidan, pero también están las que por todo te gritan y no te permiten hacer nada y así este en las últimas que Dios elige ese destino, deben seguir cuidándola hasta lo último” (E.T)

“La Enfermera, deben tener más calidad humana, que deben llegar a los pacientes, a los familiares de los pacientes y para que sea una atención adecuada. Nos comprendan y nos ayuden que nosotros sintamos que no estamos solos”.(T.E)

Lo que se puede evidenciar, es que los entrevistados manifiestan sus molestias, ya que no ven muestra de apoyo de ningún modo por parte del profesional de enfermería. Se evidencia la falta de humanismo, amor al prójimo, la cual estas cualidades la hacen diferente a los demás, permitiendo cumplir con habilidad y destreza su quehacer, brindando una atención integral.

Esto es percibida por los mismos familiares, la mala atención, la falta de apoyo y a la vez la discriminación que se presenta día a día por ser personas de otros lugares.

Los cuidados culturales hacen referencia a los valores y creencias que ayudan, apoyan o permiten a otras personas (o grupo) mantener su bienestar, mejorar sus condiciones personales o enfrentarse a la muerte o a la discapacidad. Por tanto, los cuidados culturales, como la salud (que para Leininger es un estado de bienestar que está culturalmente definido, valorado y practicado y que refleja la capacidad de los individuos de llevar a cabo las actividades diarias de un modo culturalmente expresado), la enfermedad, etc., y el desarrollo humano son muy diferentes dependiendo de la visión de las personas, sus creencias, costumbres, valores, modos de vida, etc ⁽⁷²⁾.

Para ellos la mala atención es no dar un trato bueno, no te contesten bien, que el profesional opta por realizar otra actividad menos el de cuidar a su familiar, no muestran respeto. Donde la calidad de atención se determina a partir de un buen desempeño profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo de daños y satisfacción de los deseos del paciente y familiares, donde el trabajo de todo el equipo de salud que incluya a la enfermera tenga el mismo objetivo como premisa de calidad.

Es así que las personas manifiestan las irregularidades que tienen en la atención de su familiar y el trato para con ellos el personal de enfermería, tal y como se observa en los consecuentes discursos:

“No te tratan bien y necesitas como familiar que también te den esperanza y mejor atención igual que tu paciente, para sentir que los gastos y sacrificios que hacemos no son por las puras”. (M.E)

“El personal así como nosotros pongan de su parte y no sean prepotentes y traten de dar lo mejor a tu paciente con buen cuidado y a nosotros nos respondan bonito”(P.A)

“Que sean más respetuosos con uno que es de recursos bajos y no entendemos todo, nos den apoyo de esta forma más que todo” (P.O)

“Algunas enfermeras solo están conversando sentadas y no nos dejan ni entrar a ver un ratito nuestro familiar” (S.O)

En estos discursos las personas de bajos recursos económicos manifiestan como mala atención, la falta de respeto que les tienen, la poca tolerancia, incompreensión e incluso indiferencia en el personal de enfermería.

El trabajo diario que desempeña enfermería en el cuidado a la salud de las personas en todos los ámbitos demuestra de manera tangible y legítima la importancia de la calidad de atención del profesional de enfermería ⁽⁷⁰⁾.

Por lo que los sujetos de la investigación, ven manifestado el buen trato (trato humano), en lograr la mayor satisfacción posible respetando su autonomía y sus preferencias, en que ellos puedan compartir sus dudas y estas sean resueltas, una interacción sin gritos ni maltratos.

Esto se objetiviza en los discursos siguientes:

“Hay enfermeras que si son buenas y nos dan la oportunidad de ver a tu paciente”(C.N)

“Aquí hay enfermeras que son buenas nos dejan estar con nuestro paciente aunque sea un ratito” (E.A)

“señorita son contadas las enfermeras que nos tratan bien, nos facilitan la entrada comprenden nuestra preocupación”

En los discursos las personas de bajos recursos económicos expresan la interacción que tienen con las enfermeras; y como ellas realizan sus cuidados haciéndolos partícipes de la evolución de su familiar.

El cuidado es universal, pero las acciones, expresiones, patrones, estilos de vida y significados del cuidado pueden ser diferentes; el conocimiento de la diversidad cultural es esencial en la enfermería para proporcionar los cuidados adecuados a clientes, familias y comunidades ⁽⁷³⁾. Muchas de las enfermeras olvidan el cuidado como parte esencial de la recuperación de la persona. El cuidado ha sido relegado a un segundo plano por una motivación económica que dificulta el cuidado humanizado

“Que se trate bien a todos los pacientes por igual que no haya discriminación ni malos tratos y que además se apoye a las personas más necesitadas” (H.N)

“Somos de recursos bajos y bueno da incomodidad estar pidiendo ayuda y si te tratan tan mal como lo hacen aquí, mas más peor y si yo porque si fuera doctor o enfermera lo estuviera cuidando más mejor con el cariño y amor que necesitan”. (J.C)

“Yo pregunto a las señoritas enfermeras a los doctores y te responden mal o no te hacen caso, vuelta vemos como otras personas tal vez que no están vestidos como nosotros así humildes que parece que tienen su plata a ellos veo que les hablan les responden, si una vez mi otro hijo se le acercó a una enfermera para pedirle ayuda en la cama de mi hijo enfermo y la enfermera le miró se acercó como de mala gana a ayudar pero cogía con las justas la sábana y hacía gestos como si le repugnáramos, nosotros nos sentíamos mal por eso por su forma de ser con nosotros” (M.E)

“Si claro al cuidado porque muchas veces en las clínicas tratan bien cuando cuentas con dinero y por ejemplo en los hospitales nacionales no es así, en las clínicas mayormente tienen tecnología más avanzada, máquinas donde la persona se pueda atender mejor, donde las personas con dinero valen por lo que tienes y por eso te miden, por eso te curan y por eso para mí es así”. (O.L)

De acuerdo con lo referido por los entrevistados, manifiestan su desconcierto con el trato que reciben por parte del personal de salud, lo cual sienten que son discriminados por tener bajos recursos económicos, por su forma de vestir, quienes se ven desamparados.

Entendiéndose como discriminación como un acto de una persona o un grupo de personas a partir de criterios determinados. Creerse superior a otra persona y así, maltratarla física y/o mentalmente causando efectos negativos en la otra persona.

Descifrar la discriminación en el hospital para las personas de bajos recursos económicos es alarmante, pues, es justamente una institución creada para albergar y atender a los pobres.

En conclusión las personas de bajos recursos económicos asocian la hospitalización y enfermedad el sufrir discriminación, tener necesidad de apoyo por parte del personal de enfermería y enfrentar diferentes atenciones que pueden ser buenas o malas.

CONSIDERACIONES FINALES

Con la presente investigación, a través de las expresiones de las personas de bajos recursos económicos, se llega a comprender la diversidad de aspectos que giran en torno a la enfermedad. Si bien es una afección biológica, no se puede negar que también es un problema sociocultural, pues está influenciada por la relación de las personas con su entorno grupal y cultural, que permite construir y reconstruir diversas imágenes, ideas, conceptos que elaboran a partir de las relaciones que establecen con la sociedad y que parten de la experiencia previa.

Las personas de bajos recursos económicos notablemente padecen la disparidad de los sistemas de salud en el Perú, que a pesar de tener instituciones que respalden el acceso a los servicios de salud de este grupo, no se encuentra e totalmente comprometido con estas personas que son las más necesitadas.

La enfermedad es un “catástrofe económica” para las personas pobres por la drástica desigualdad para la recuperación de su salud y el difícil acceso a los servicios de salud por la deficiencia de factores económicos que condicionan la enfermedad.

La enfermedad es estigmatizada por las personas con bajos recursos económicos al considerarla una realidad o coyuntura indeseable, pues van anclando en ella representaciones que pueden conducirlos a sentimientos de frustración, sacrificio y cambios en la dinámica familiar, hechos que indudablemente están asociados no solo a la enfermedad insitu, sino además a su condición económica, condición que los conlleva a realizar acciones que en muchos casos son perjudiciales tanto para la persona enferma como el familiar cuidador y la familia.

Los estereotipos que envuelven a la enfermedad son indiscutibles, pues forman parte del contexto de la sociedad y su percepción de la enfermedad, la cual con el transcurrir del tiempo irá cambiando la representación de sus símbolos, significados, atribuidos al cotidiano de las personas y sus vivencias con la enfermedad.

La construcción social de la “enfermedad y pobreza”, permite descubrir situaciones poco o nada consideradas actualmente y que resultan relevantes en una sociedad que se preocupa por el propio bien, mas no por el bien común, lo estereotipos de esta construcción “carencia económica”, “enfermedad es un gasto”, “luchar contra la enfermedad”, reflejan el resultado de este dúo poco deseado, y por lo tanto la sociedad, la institución, y los profesionales de salud deben tener en cuenta en las intervenciones para la recuperación de la enfermedad.

La enfermedad y los estigmas atribuidos por las personas de bajos recursos económicos, son el producto de un conjunto de situaciones físicas, psicológicas y sociales que pueden conducirlos a la “frustración”, “sacrificio” y “cambio”, aspectos que muestran el sentir de estas personas ante un suceso que atenta a la vida de sus familiares y que no encuentran como solucionarlo por la mayor dificultad que presentan, ser de bajos recursos económicos.

El hospital y la enfermedad, el primero necesita del segundo para existir, y el segundo necesita del primero para recuperar la salud; sin embargo el acceso para el servicio de hospitalización de calidad, aún se encuentra clasificado por estratos sociales, yendo de más a menos, siendo así que para las personas de bajos recursos económicos asocian la hospitalización y enfermedad, descifrando momentos insospechados al sufrir discriminación en una institución en la que se busca albergue y mayor ayuda. Ellos tienen necesidad de apoyo por parte del personal de enfermería y enfrentan diferentes atenciones que pueden ser distintas a lo deseado.

RECOMENDACIONES

Al Hospital Regional Docente Las Mercedes, que como institución responsable, asuma acciones inmediatas encaminadas a mejorar la atención y los servicios que presta a las personas , sin distinción alguna de la cultura, sexo, raza, condición económica, entre otros.

Es necesario que las enfermeras y el profesional de salud, reflexionen hacia un cambio de paradigma y humanización del cuidado, donde no solo se centre en el cuidado de la persona enferma y su enfermedad, sino también en sus consecuencias psicosociales tanto de ella como de sus familiares, teniendo en cuenta que son las personas pobres son las que más se ven afectadas en todos los aspectos en relación con la enfermedad.

Profundizar en el conocimiento de la Representación Social de la enfermedad en un escenario comunitario, pues estas son versátiles y dinámicas, y concederá a las enfermeras y otros profesionales de la salud, conocer las imágenes, estereotipos, concepciones entorno a la enfermedad y mejorar las atenciones proporcionadas a las personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ourplante.com. En Breve: La pobreza. [sede web].España: Editorial K. Toepfer; 2000. [actualizada el 20 de diciembre del 2011; acceso el 28 de marzo del 2012]. Disponible en: <http://www.ourplanet.com>
2. Jama. Amassn.org, Ciclo Enfermedad-Pobreza. [sede web] Barcelona-España: Editorial Prensa Científica; 2006. [acceso el 28 de marzo del 2012]. Disponible en: <http://jama.amassn.org>
3. Bardález, C. Proyecto Observatorio de la Salud. La Salud en el Perú. [sede web]. Perú: Editorial Consorcio de Investigación Económica y Social, 2010 [acceso 3 de abril del 2012]. Disponible en <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/saludenelperu.pdf>
4. Minsa.gob.pe, Seminario “Modernización del Sistema de Financiamiento de Salud”. Análisis de Costos de los Servicios de Salud. [sede web]. Perú: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, 1997 [acceso 29 de marzo del 2012]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/OGCI/proyectosterminados/proyecto2000/ANALISIS%20DE%20COSTOS%20DE%20LOS%20SERVICIOS%20DE%20SALUD.pdf>
5. Web.idr.ca. Pobreza y Salud [sede web]. Colombia: Web.idr.ca; 2002 [acceso el 28 de marzo del 2012]. Disponible en <http://web.idrc.ca>
6. Pinto, N. El cuidador familiar del paciente con Enfermedad Crónica. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Colombia, 2006.
7. Profesor en Línea. La enfermedad. Definición de enfermedad. [sede web]. Perú: Profesor en Línea; 2010. [acceso, 12 de octubre del 2013]. Disponible en: <http://www.profesorenlinea.cl/Ciencias/EnfermedadDefinicion.htm>
8. Moscovici, S. El psicoanálisis, su imagen y su público. Huemul S.A. Argentina, 1979.
9. Vergara, M. Tres concepciones históricas del proceso salud enfermedad. Revista Hacia la Promoción de la Salud (Colombia). 2007; Vol.12:41:50.
10. Manrique, F. Una aproximación al concepto salud enfermedad. Revista de Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. 2006; 8 (001): 11-39.
11. Nizama, M. Salud y Enfermedad: Un estudio de representaciones sociales desde la perspectiva de las personas con trasplante renal. EsSalud, 2012. Tesis de Magíster en Enfermería. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo,Perú, 2013.
12. Washintong, L. Los médicos deben combatir la pobreza para reducir la enfermedad. Revista Panamericana de Salud Pública (Colombia). 2011; vol.5:12-26.
13. Wagstaff, V. “Poverty and Health Sector Inequalities”.
14. Minsa.gob.pe, Seminario “Modernización del Sistema de Financiamiento de Salud”. Análisis de Costos de los Servicios de Salud. [sede web]. Perú, Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, 1997 [acceso 29 de marzo del 2012]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/OGCI/proyectosterminados/proyecto2000/ANALISIS%20DE%20COSTOS%20DE%20LOS%20SERVICIOS%20DE%20SALUD.pdf>

15. Du Bois, F. Programas Sociales, salud y educación en el Perú: Un Balance de las políticas sociales. Konrad Adenauer (KAS). Lima, Perú. 2005.
16. Cotlear, D. Un nuevo contrato social para el Perú. ¿Cómo lograr un país más educado, saludable y solidario?. Banco Mundial. Lima, Perú. 2006
17. Washintong, L. Los médicos deben combatir la pobreza para reducir la enfermedad. Revista Panamericana de Salud Pública (Colombia). 2011; vol.5:12-26.
18. Comes, Y; Stolkiner, A. Representaciones Sociales del Derecho a la Atención de la Salud de un grupo de mujeres pobres [sede web]. Buenos Aires-Argentina. Faculta de Psicología UBA; 2005 [actualizada el 6 de junio del 2006; acceso el 11 de abril del 2012]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v13/v13a21.pdf>
19. Sarmiento, M; Castro, A; Gómez, A; Cifuentes, A, Fierro, M, Vigoya, T. Condiciones Socio-Demográfico (as) y calidad de vida en pacientes mayores Hospital Departamental de Villavicencio. Rev Orinoquia. Colombia, 2010. [consultado el 11 de abril del 2012]. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=67637&id_seccion=3257&id_ejemplar=6799&id_revista=195
20. Moscovici, S. La Representación Social del Psicoanálisis. Editorial Zahar. Río de Janeiro, 1979.
21. Jodelet, D. Representations sociales: un domaine en expansion. París: Presse universitaires de France, 1989.
22. Rodriguez, T; García, M. Representaciones Sociales. Teoría de la investigación. Primera edición 2007, universidad de Guadalajara editorial CUCSH-UDG. Guadalajara-México. [consultado 15 de abril del 2012]. Disponible en: <http://books.google.com>.
23. Canales, M. Metodología de Investigación Social. Santiago de Chile: LOM, 2006.
24. Araya, S. Las representaciones Sociales: ejes teóricos para su discusión. [sede web]. Costa Rica FLAC So, 2012. (acceso el 15 de setiembre del 2012) Disponible en: <http://www.Flacso.org.cr>.
25. Kozier, B, Glenora y otros. Fundamentos de Enfermería. Vol 1 y 2. Editorial Mc Graw Hill. España, 1999.
26. Berlinguer, G. La Enfermedad: Sufrimiento, Diferencia, Peligro, Señal, Estímulo. Lugar Editorial. Buenos Aires, 1994.
27. Atkinson, A. The Economics of Inequality. Second Edition, Oxford, Clarendon Press, 1983. [consultado 15 de abril 2012]. Disponible en: books.google.com.pe
28. Martínez, J. Economía de la Pobreza. UNED ediciones, Colección Varía. Madrid, 2003.
29. Minayo, M; Deslandes, S; Neto, O; Gomes, R. Traducción de Marcelo Urquía. Investigación Social: Teoría, método y creatividad. Colección Salud colectiva: serie didáctica. 1ª Edición. Bueno Aires, 2003.
30. Polit, H. Investigación Científica en ciencias de la salud. 6ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México, 2000.
31. Moscovici, S. La Influencia Social Inconsciente. Estudios de Psicología Social. Anthropos. Editorial del hombre. Barcelona, 1991.

32. Pereira, C. Pensamiento y Vida Social y problemas sociales. A construfao do objeto de pesquisa em representacoes sonáis. UERJ, Río de Janeiro, 1988.
33. Banchs, M; Gutiérrez, M. La psicología Social en las representaciones sociales. México, 1984.
34. Rodríguez, G; Gil, j; García, E. metodología de la Investigación Cualitativa. Ediciones Aljibe. Málaga, 1996.
35. Hospital Regional Las Mercedes. Análisis FODA de la Institución. Centro de Relaciones Públicas, Chiclayo-2010.
36. Hernández, R. Fernández, C. y Batista, P. Metodología de la Investigación. 3ª edición. Mc Graw Hill. México; 2003.
37. Hernández, R. Fernández, C. y Batista, P. Metodología de la Investigación. 6ª edición. Mc Graw Hill. México; 2011.
38. Porto, I. et al. Método asociación de contenido: una alternativa para analizar datos textuales en las investigaciones de enfermería. Rev Per Enferm. Investig desarro. 2005 7 (1): 16-30.
39. Pérez, A. La teoría de las representaciones sociales. Centro de Referencia para la Educación de Avanzada (CREA). Instituto Superior Politécnico “José Antonio Echevarría”, Cuba, 2012. [consultado el 28 de abril del 2012]. Disponible en: http://www.psicología-online.com/artículos/2007/representacions_sociales.shtml.
40. Sgreccia, E. Manuale di Bioética. 3º Edición. Editorial Vita e Pensiero. Milano, 1999.
41. Morse, J. Traducido por Zimmerman E. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Editorial Universidad de Antioquía. Antioquía, 1994.
42. Tello, C; Gutiérrez, N; Pérez, C. métodos y técnicas de análisis cualitativo. Sección de Postgrado en Enfermería-Escuela Postgrado. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo, 2009.
43. Oliveira D. Representaciones Sociales en Corea, Jaques y otros. Psicología social contemporánea. Petrópolis. Vocez. 2000.
44. Cómo mejorar la salud de los más pobres del Mundo. Hoja Informativa. Population Reference Bureau. P. 1-2. 2004.
45. Manual de Hospitalización. Servicio de Salud del Principado de Asturias. [sede web]. Hospital Universitario Central del Principado de Asturias. 2007. (sede web) (acceso 3 de noviembre del 2013). Disponible en: <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/Normativa%20de%20Hospitalizaci%C3%B3n.pdf>
46. Rengel, D. la construcción social del “otro”. Estigma, prejuicio e identidad en drogo dependientes y enfermos de SIDA. [sede web]. Gaceta de antropología 2005 artículo 25. http://www.ugr.es/pwlac/H21_25Daniel_Rengel_Morales.html.
47. Organización Mundial de la Salud. Tema de Salud. [sede web]. (acceso 14 de octubre del 2013). Disponible en: <http://www.who.int/topics/es/>
48. Ilustrados.com. Aspectos psicológicos del paciente frente a la enfermedad. [sede web]. Colombia: Ilustrados.com, 2011. (acceso 12 de diciembre del 2013). Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/683/Aspectos-psicologicos-paciente-frente-enfermedad.html>

49. Hnncbiol.blogspot. Concepto de enfermedad. Ciencias Biológicas y Educación para la salud. [sede web] (acceso 18 de diciembre del 2013). Disponible en: <http://hnncbiol.blogspot.com/2008/01/concepto-de-enfermedad.html>
50. Definición de enfermedad. [sede web]. (acceso 05 de enero del 2014). Disponible en: <http://definicion.de/enfermedad/>
51. Dethlefsen, T. “La enfermedad como camino”. Enfermedad y Emociones.
52. Oratorianet.com. Ruiz, M. Frustración e Impotencia. [sede web]. (acceso 05 de enero del 2014). Disponible en: <http://www.oratorianet.com/rsp/rsp3/COMENTARIO46.html>
53. Cop.es. García, J. La preocupación patológica y su tratamiento. [sede web]. España: Colegiados; 2012. (acceso 05 de enero del 2014). Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/m-00451/preocp.htm>
54. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Preocupación. [sede web]. España, 2013. (acceso 08 de enero del 2014). Diponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=preocupaci%C3%B3n>.
55. Preocupación. [sede web]. (acceso 20 de febrero del 2013). Disponible en: Definición de preocupación - Qué es, Significado y Concepto <http://definicion.de/preocupacion/#ixzz2kXQrLGSQ>
56. Castro, F. et al., “Public Spending on Health Care in Africa: Do the Poor Benefit?” Bulletin of the World Health Organization. Canadá, 2000.
57. Lds.org. Sacrificio. La iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días. [sede web]. Perú, 2013. (Actualizada el 20 de enero del 2013, acceso 20 de noviembre del 2013). Disponible en: <http://www.lds.org/topics/sacrifice?lang=spa>
58. Palacios, J. & Rodrigo, M. La familia como contexto de desarrollo humano. Familia y desarrollo Humano. Alianza. Madrid, 2001.
59. Torres Velázquez, L. E., Ortega Silva, P., Garrido Garduño, A. & Reyes Luna, A. G. Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, Universidad Intercontinental. México, 2008: 10(2), 31-56.
60. Alberdi, I. (1982). Un nuevo modelo de familia. Papers. Barcelona
61. Oliveira, O; de Eternod, M; López, P. Familia y género en el análisis demográfico. Mujer, género y población en México. El Colegio de México/ Sociedad Mexicana de Demografía. México, 1999.
62. González, I. Reflexiones acerca de la salud familiar. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2000 [online]
63. Palacios, J. & Sánchez, Y. (1996). Relaciones padres-hijos en familias adoptivas. Anuario de psicología.
64. Hernández, Á. Familia, ciclo vital y psicoterapia sistemática breve. El Búho. Bogotá, 2001.
65. Recuperación crítica de los conceptos de familia dinámica familiar y sus características. Revista Virtual Universidad Católica del Norte”. No. 35. Universidad Autónoma de México [sede web]. México, Universidad Católica del Norte-Universidad Autónoma de México, 2012. (acceso 26 de octubre del 2013). Disponible en: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/>.

66. Córdova L, Silva L. El arte y la ciencia del cuidado. Grupo de cuidado, Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2006
67. Hackspiel M. La ética discursiva como fundamento del cuidado de la vida humana. Grupo de cuidado, Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2006.
68. Córdova L, Silva L. El arte y la ciencia del cuidado. Grupo de cuidado, Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2006
69. Piccard. Cuidado humano, el corazón de la enfermería. Revista impulso. 2008
70. Rondón A. Salazar D. Calidad de atención del profesional de enfermería en el servicio de Maternidad I del Hospital Universitario Ruiz y Páez ciudad Bolívar. Bolívar, 2010
71. Galeno H. Furlán C. Auchter M. Nivel de satisfacción de enfermería en un hospital pediátrico. Argentina. 2006
72. Leno D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. 2006
73. Kerouac y otros "Pensamiento enfermero". Primera Edición. Barcelona - España, 1996.

ANEXOS
Anexo n° 01



Entrevista a los Personas de bajos recursos económicos.

I. Objetivo:

La presente entrevista tiene como objetivo recolectar información acerca del significado social de la enfermedad en personas con bajos recursos económicos en el Hospital Regional Las Mercedes. Será de carácter confidencial y anónimo y se le solicita la veracidad de sus respuestas, pues los resultados servirán estrictamente con fines de investigación. Se le agradece anticipadamente su colaboración y participación.

I. DATOS INFORMATIVOS.

- Seudónimo:.....Edad:

II. PREGUNTAS ORIENTADORAS

ENTREVISTA

1. ¿Que se le viene a la mente cuando le menciono la palabra enfermedad?
2. ¿Que se le viene a la mente cuando le menciono la palabra hospitalización?
3. ¿Qué significa para usted y su familia tener un familiar hospitalizado?
4. Que significa para usted y su familia tener un familiar enfermo?
5. ¿Cómo cree usted que las personas en condiciones de pobreza afrontan la enfermedad?
6. Desea agregar algo más.

Anexo n°02



CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Objetivo:

Caracterizar las condiciones sociales, económicas y culturales de los sujetos participantes de la investigación.

Datos Generales:

Seudónimo: _____

Edad: _____

Sexo: Masculino () Femenino ()

)

Grado de Instrucción:

Iletrado ()

Inicial ()

Primaria: Completa () Incompleta ()

Secundaria: Completa ()

Incompleta ()

Ingresos Económicos Familiares:

Tiempo de Hospitalización del Familiar:

Gasto Promedio diario por Hospitalización:

Grado de Familiaridad:

Padre ()

Madre ()

Hermano (a) ()

Otros: _____

Servicio: Medicina:

Mujeres ()

Varones ()

Anexo n°03



**EL SIGNIFICADO SOCIAL DE LA ENFERMEDAD EN PERSONAS DE
BAJOS RECURSOS ECONÓMICOS.**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO REALIZADO A LAS PERSONAS
DE BAJOS RECURSOS ECONÓMICOS.**

Yo _____, de _____ años de edad, identificado(a) con DNI _____.

DECLARO:

Que habiendo sido informado de forma clara, precisa y suficiente de los objetivos y fines que busca la presente investigación, así como en qué consiste mi participación, por lo que confío en que:

- Estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi identidad, y a la vigente normativa de protección de datos desde los principios éticos en investigación.
- Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable, en la dirección de contacto que figuran en este documento.

Tomando en ello consideración **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** a que se realice la entrevista abierta. Esta será grabada y regrabada fielmente.

Chiclayo, _____, 2012

Firma o huella digital del
participante

Anexo n°04

FRAGMENTACIÓN

Entrevista 03: Seudónimo J.C

Fragmento	Texto de la entrevista	Elementos
I	La palabra enfermedad es algo que trae bastante preocupación por su paciente que uno lo ve con el malestar que se encuentra que a veces por bajo de recursos para la medicina que no se pueda comprar.	6, 9
 Porque legalmente a veces no hay atención lo que son de los médicos en cada sala que vienen los pacientes a verse, traerlo a mi paciente porque está enfermo a un hospital, pero no me dan la información que pido y solo se aprovechan tal vez para pedirnos más de lo que ya hemos dados	11, 12, 17, 20.
II	La palabra hospitalización para mí viene a ser algo que tiene bastante riesgo para la enfermedad, porque la persona viene enfermo y puede ocasionarle cosas que no deben ser	11, 20
	Porque no hay atención médica, no hay médicos que los atienden legalmente	12
III	A que no nos atienden verdaderamente, en el caso de mi paciente este tengo el médico que me ah pedido para sacar tomografías y hasta el momento desde el lunes que me han pedido no me sacan la tomografía y ya lo tengo todo listo lo que me han pedido y ahorita solamente me falta sacar la tomografía que ellos no me atienden y acabo de preguntar con el médico que iba a ser y me dice que no se sabe todavía qué día se programará para que le saque la tomografía de mi esposa, creo que por falta de recursos a veces no puedo sacar o quizás porque el seguro no cubre, quizás por eso no me atienden, hago de todos los sacrificios para que lo atiendan, para su recuperación y no me atienden.	6, 8, 10, 12, 16, 17, 21

IV	Bastante preocupación ver una paciente, un familiar que se ve en cama, que le lleva riesgos, a veces mayormente por los hijos, mis hijos se preocupan por su madre y tenemos que estar separados, a veces ven los casos que no nos gustaría que pasen más adelante.	9, 15, 20
	Por casos de que se está lejos de la familia por la enfermedad y no se puede estar todos como quisiéramos.	11, 15
V	Tenerla hospitalizado a mi paciente para mí es una tristeza verla inconsciente, y como la tomografía q le pidieron no tenga una verdadera atención, tiene que estar hospitalizada por su estado de enfermedad	9, 11, 12
	Tristeza es porque una familia que lo ve en la cama postrado y se ve triste más cuando uno no tiene el dinero suficiente, uno se preocupa por ver a su paciente que esté sano anterior que ha sido, es bastante preocupación.	6, 8, 9
VI	Por falta de recursos la enfermedad la afrontamos con bastante preocupación, pasar vergüenza (discriminación) al frente de ellos para que nos puedan atender legalmente, quizás por eso el seguro nos pasa por alto con cosas que no es y yo tengo bastante preocupación porque no tengo dinero para ver a mi paciente en qué manera lo puedo mejorar pero me pongo a disposición a la voluntad de Dios, sabe Dios lo que va a pasar con mi paciente.	2, 6, 9, 12, 16, 17, 21, 22
VII	Con la preocupación de mi paciente no tengo más atención de los médicos, ahorita que yo estoy perdiendo mi trabajo por solamente ver mi paciente, yo quiero su mejoría de mi paciente ya tengo 3, 4 días de trabajo que estoy perdiendo, no tengo ni para la casa, para mis hijos y si Dios quiere estoy viendo a que tiempo voy a ver con mi paciente.	2,8, 9, 10, 12, 15, 22

VIII	<p>Que nos traten mejor a los familiares, porque no recibimos buena atención, parece que prefieren gente con plata, o me tienen que ver con plata para que puedan atenderme, eso es discriminar según la economía de las personas y legalmente eso no es así, y mientras mi esposa necesita de cuidados que la atiendan bien como si hay enfermeras que la cuidan, pero también están las que por todo te gritan y no te permiten hacer nada y así este en las últimas que Dios elige ese destino, deben seguir cuidándola hasta lo último La enfermedad de mi paciente afecta mucho a mi familia y mis hijos, y con tristeza y dolor que estamos no queremos que nos traten peor o más mal aquí..... Que el trato sea mejor, esa es mi última palabra.</p>	2. 6, 8, 9 12, 15, 21
------	---	--------------------------

Anexón°05

ELEMENTOS SIGNIFICATIVOS

1. Algo que no se espera
2. Voluntad de Dios
3. No sabemos porque sucede
4. Asumirlo con paciencia
5. Tener fe
6. Carencia Económica
7. Pobre pero no enfermo
8. Luchar contra la enfermedad
9. Sentimientos de frustración
10. Sacrificarse por mejoría
11. Enfermedad obliga a la hospitalización
12. Buena atención vs mala atención
13. Complejidad de la enfermedad
14. Mejor la casa que el hospital
15. Cambio en la dinámica familiar
16. Poco apoyo del SIS
17. Aprovechan de familiares por desconocimiento
18. Retiro del paciente como solución
19. Necesidad de apoyo
20. Hospitalización: riesgo o mejoría
21. Discriminación por ser pobres
22. Enfermedad: peligro de muerte
23. Enfermedad es un gasto

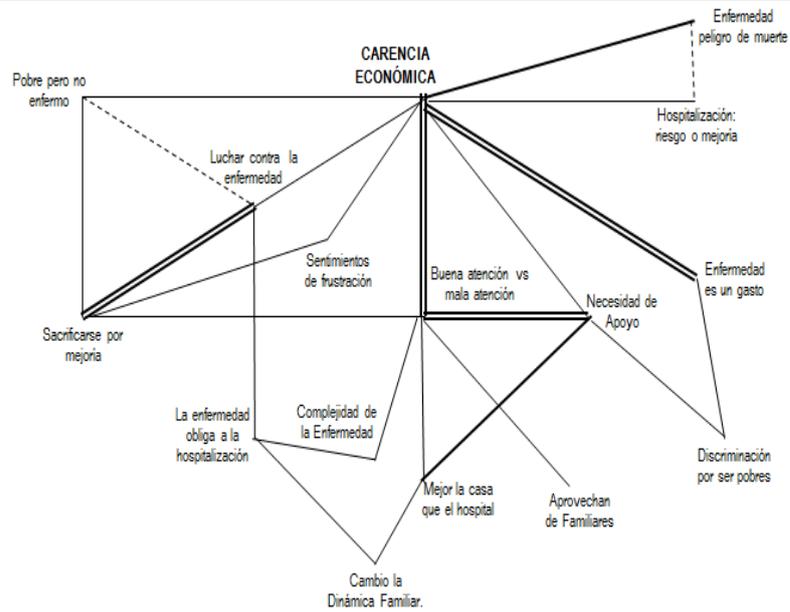
Anexo 06
MONTAJE DE MAPA DE ASOCIACIONES:
Entrevista n° 01

E F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	21
I	+	+	+	+	+	+														
II	+					+	+	+	+	+										
III						+		+		+	+		+	+						
IV				+						+	+	+	+	+	+					
V				+		+				+					+				+	
VI				+	+			+	+	+										+
VII								+	+	+							+			+
VIII						+				+		+							+	
IX				+		+				+						+	+		+	
X						+				+		+					+			+
XI		+			+	+			+										+	
Frec	2	2	1	5	3	8	1	4	4	9	2	3	2	2	2	1	3	1	3	3

Anexo n° 07

ESQUEMA DE ASOCIACIONES

Entrevista n° 20



Muy Fuerte	Fuerte	Menos Fuerte
(5 a más asociaciones) <u>=====</u>	(3 a 4 asociaciones) <u>=====</u>	(1 a 2 asociaciones) <u>=====</u>

Anexo n°08

Cuadro N°. 01I. Clasificación de los elementos, fragmentos y asociaciones de acuerdo a las 25 entrevistas analizadas en las personas con bajos recursos económicos con respecto a la enfermedad.

ELEMENTOS	FREC. DE ELEMENTOS EN LOS MAPAS DE IDENTIFICACIÓN	FREC. DE ELEMENTOS EN ASOCIACIONES	ENTRADA EN LAS CATEGORÍAS EMPÍRICAS
1	36	47	
2	41	42	
3	25	16	
4	38	45	
5	21	15	
6	183	577	X
7	49	63	
8	115	203	X
9	151	371	X
10	131	240	X
11	80	86	
12	110	183	A
13	54	42	
14	36	39	
15	85	123	A
16	49	29	
17	62	52	
18	33	42	
19	107	149	A
20	55	49	
21	76	116	A
22	86	117	
23	115	217	X