



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

**“SOMATIZACIÓN COMO PARTE DE LA RESPUESTA EMOCIONAL AL
SUFRIMIENTO EN LAS FAMILIAS RURALES RESIDENTES EN LAS ZONAS
DE AFLUENCIA DEL HOSPITAL PEDRO VICENTE MALDONADO
LOCALIZADO EN EL CANTÓN PEDRO VICENTE MALDONADO,
PROVINCIA DE PICHINCHA, REPÚBLICA DEL ECUADOR, 2018”**

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

Dra. Peñafiel Mendoza Susana Magdalena

Dra. Tufiño Aguilar Andrea Alexandra

Director de disertación:

Dr. Diego Herrera

Director metodológico

Dr. Alexis Rivas, PhD

Quito, 2018

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

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, Peñafiel Mendoza Susana Magdalena, con CI 1312389891, y Tufiño Aguilar Andrea Alexandra, con CI: 1803783727, autoras del trabajo de investigación titulado:

“SOMATIZACIÓN COMO PARTE DE LA RESPUESTA EMOCIONAL AL SUFRIMIENTO EN LAS FAMILIAS RURALES RESIDENTES EN LAS ZONAS DE AFLUENCIA DEL HOSPITAL PEDRO VICENTE MALDONADO LOCALIZADO EN EL CANTÓN PEDRO VICENTE MALDONADO, PROVINCIA DE PICHINCHA, REPÚBLICA DEL ECUADOR, 2018”

En la Facultad de Medicina:

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

Quito, agosto de 2018

Md. Susana Peñafiel
CI: 1312389891

Md. Andrea Tufiño
CI: 1803783727

CERTIFICADO DE SIMILITUD

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a Dios por estar presente durante este camino; a la Fundación de Salud de Desarrollo Andino-SALUDESA, a través de su División de Salud, HOSPITAL HERSBURG EN SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS Y HOSPITAL DOCENTE PEDRO VICENTE MALDONADO por ser parte fundamental de nuestra formación académica. Al Director de Tesis Dr. Diego Herrera y Director Metodológico Dr. Alexis Rivas, PhD por su guía en la realización de este trabajo.

Susana y Andrea

Un especial agradecimiento a mis Padres por siempre impulsarme en este camino y estar pendientes de alcanzar mis logros, mi esposo como apoyo fundamental en el camino de la carrera haciéndolo siempre a un paso en el que ninguno de los dos nos hemos perdido, mi Hermana, Suegra, Cuñados, quienes han cuidado de mis hijas.

Andrea

Agradezco a mis padres por inculcarme desde niña la responsabilidad y las ansias de superación, así como a mis hermanas y sobrinos quienes han sido mi inspiraciones, a mi novio, amigo y confidente quien estuvo en todo momento con su apoyo incondicional, quien me impulso a iniciar esta aventura, agradezco también a todos los conocidos durante estos tres años quienes fueron mi segunda familia, a mis tutores y a las amistades que siempre mantendré, a todas aquellas personas que de una u otra forman han ayudado y acompañado a lo largo de este camino.

Susana

DEDICATORIA

A mis hijas; Micaela y Domenica, mi fortaleza, Diego por su tenacidad e ímpetu para salir adelante como familia, haciendo de esto un camino a seguir, no tendré jamás las palabras necesarias para decirle cuán importante es como mi esposo en este camino.

Andrea

A mis padres, Sobrinos, a mis tutores quienes fueron desde el inicio mi modelo a seguir, a mi Novio por estar a mi lado en todo momento, quien me enseñó que todo sacrificio vale la pena mientras ames lo que haces, a las nuevas amistades a todos ustedes dedico este trabajo.

Susana

Contenido

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN	II
CERTIFICADO DE SIMILITUD.....	III
AGRADECIMIENTOS	IV
DEDICATORIA	V
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	X
ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS	X
ÍNDICE DE GRÁFICOS	X
ÍNDICE DE ANEXOS.....	XI
RESUMEN.....	XII
ABSTRACT.....	XIV
CAPÍTULO 1	1
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 2	6
MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. Trastornos de síntomas somáticos.....	6
2.1.1 Definición.....	6
2.1.1 Prevalencia	6
2.1.2 Factores de riesgo.....	8
2.1.3 Diagnóstico	10
2.1.4 Utilización de la atención médica	11
2.1.5 Presentación clínica.....	11
2.1.6 Aspectos culturales en somatización.....	12
2.1.7 Trastornos médicos generales comórbidos	13
2.1.8 Psicopatología comórbida	13
2.1.9 Curso de la enfermedad.....	14

2.2. El sufrimiento.....	14
2.3. Cultura.....	16
2.3.1 Funciones de la cultura.....	17
2.3.2 Diversidad de Cultura	19
2.3.3 Elementos de la cultura	21
2.3.4 Identidad nacional o de grupo	22
2.3.5 Identidad Individual	22
2.4. Respuesta Emocional	23
2.4.1 Funciones adaptativas	23
2.4.2 Funciones Sociales	24
2.4.3 Funciones motivacionales	24
2.5. Análisis Del Contenido	24
2.6. La Etnografía.....	26
CAPÍTULO 3	28
METODOLOGIA	28
3.1. Preguntas de investigación.....	28
3.2. Objetivos	28
3.2.1 General	28
3.2.2 Específicos	28
3.3. Métodos y técnicas.....	28
3.3.1 Operacionalización de variables	30
3.3.2 Universo y selección de informantes	31
3.3.3 Criterios de Inclusión	35
3.3.4 Criterios de Exclusión.....	35
3.4. Procedimiento de recolección de información.....	35

3.5. Plan de análisis de datos.....	35
CAPÍTULO 4	43
RESULTADOS.....	43
4.1. El Contexto Cultural y sus manifestaciones en las familias rurales de Pedro Vicente Maldonado	43
4.1.1 La construcción del ser hombre y ser mujer en estas poblaciones.....	46
4.1.2 El contexto en el que se desenvuelven	48
4.1.3 Medicalización de la comunidad.....	51
4.1.4 El itinerario terapéutico en los pobladores del Noroccidente de Pichincha..	53
4.1.5 Cómo la comunidad refuerza el sufrimiento	56
4.1.6 Develar si existe relación entre la expresión de síntomas somáticos.....	57
CAPÍTULO 5	62
HISTORIAS DE VIDA	62
5.1. Resultados	62
CAPÍTULO 6	64
DISCUSIÓN	64
CAPÍTULO 7	67
CONCLUSIONES	67
CAPÍTULO 8	69
RECOMENDACIONES	69
ANEXOS	71
BIBLIOGRAFÍA	88

Índice de Tablas y figuras

Tabla 1. Tabla operacional de variables cuantitativas	30
Tabla 2. Tabla de operación de variables cualitativas.....	31
Tabla 3. Tabla de selección de informantes para entrevista.....	32
Tabla 4. Tabla de selección de informantes para Historia de Vida.....	33
Tabla 5. Perfil de los Informantes de entrevistas	36
Tabla 6. Perfil de Individuos de Historia de Vida.....	37
Tabla 7. Edad	37
Tabla 8. Estado Civil.....	38
Tabla 9. Sexo.....	39
Tabla 10. Escolaridad.....	40
Tabla 11. Ocupación	41
Tabla 12. Cantón de procedencia	42

Índice de Fotografías

Fotografía 1. Hospital Docente “Pedro Vicente Maldonado”.....	34
---	----

Índice de Gráficos

Figura 1. Edad	37
Figura 2. Estado Civil	38
Figura 3. Sexo	39
Figura 4. Escolaridad	40
Figura 5. Ocupación	41
Figura 6. Cantón de procedencia.....	42
Figura 7. Noroccidente de Pichincha (Google Maps, 2018).....	43

Figura 8. Características de la población entrevistada en la construcción del ser hombre y ser mujer en estas poblaciones	48
Figura 9. Características de la población entrevistada en el contexto en que se desenvuelven	51
Figura 10. Características de la población según el itinerario terapéutico en los pobladores del Noroccidente de Pichincha.	56
Figura 11. El paciente y su relación con la enfermedad, sufrimiento y somatización	66

Índice de Anexos

Anexo 1. Asentimiento informado para los padres de Familia de los participantes menores de edad de la investigación.	72
Anexo 2. Consentimiento informado para los participantes menores de edad de la investigación	73
Anexo 3. Consentimiento informado para los participantes mayores de edad de la investigación	76
Anexo 4. Consentimiento informado para los participantes de la investigación	78
Anexo 5. Entrevista semiestructurada.....	80
Anexo 6. Historia de vida.....	82

RESUMEN

TÍTULO: “SOMATIZACIÓN COMO PARTE DE LA RESPUESTA EMOCIONAL AL SUFRIMIENTO EN LAS FAMILIAS RURALES RESIDENTES EN LAS ZONAS DE AFLUENCIA DEL HOSPITAL DOCENTE PEDRO VICENTE MALDONADO LOCALIZADO EN EL CANTÓN PEDRO VICENTE MALDONADO, PROVINCIA DE PICHINCHA, REPÚBLICA DEL ECUADOR, 2018”

ANTECEDENTES: La somatización es común en la población general, más del 50 por ciento, de los pacientes que acuden a consultas médicas ambulatorias con una queja física, con múltiples síntomas, por varias ocasiones, poseen diagnóstico de somatización. La investigación de somatización tiene como objetivo identificar como la población rural del Noroccidente de Pichincha, refuerza la respuesta emocional, como expresión del sufrimiento mediante el estudio de una muestra representativa de 18 informantes claves, de los cantones Los bancos, Pedro Vicente Maldonado, y Puerto Quito.

OBJETIVO: Conocer cómo la dimensión cultural influencia en la expresión de síntomas somáticos, como parte de la expresión emocional, ante eventos negativos o traumáticos en las familias rurales del Noroccidente de Pichincha

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio cualitativo mediante el método etnográfico, con pacientes con diagnóstico clínico de somatización, que asisten la consulta de Medicina Familiar del Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado. Las herramientas utilizadas fueron, la observación, las entrevistas semiestructuradas, y las historias de vida de 18 informantes claves, para explorar la perspectiva de las familias sobre el sufrimiento, y como este se expresa en forma de síntomas somáticos, desde la visión médica.

CONCLUSIONES: En el Noroccidente de Pichincha está establecido un modelo hegemónico de masculinidad, se evidencia la impotencia del hombre frente a la naturaleza, se ubican en el fondo de la escala social, se consideran seres vulnerables en su pensamiento, hay una internalización de la desigualdad de género y la

familiaridad con la violencia, El paciente tiene la percepción reiterada del sentir “ser víctimas, acude primero a la medicina ancestral ante cualquier dolencia, hay un discurso de sufrimiento repetitivo, los pacientes que presentan un diagnóstico de somatización tiene en la gran mayoría una relación con su desarrollo en el entorno social y la comunidad.

ABSTRACT

TITLE: “SOMATIZATION AS PART FROM THE EMOTIONAL RESPONSE TO SUFFERING IN THE RESIDENT RURAL FAMILIES IN THE AFFLUENCE AREAS OF THE EDUCATIONAL HOSPITAL PEDRO VICENTE MALDONADO LOCALIZED OF THE CANTON PEDRO VICENTE MALDONADO, PROVINCE OF PICHINCHA, REPUBLIC OF ECUADOR, 2018”

BACKGROUND: Somatization is common in the general population, more than 50 percent, of patients who attend outpatient clinics with a physical complaint, with multiple symptoms, on several occasions, have a diagnosis of somatization. Somatization research aims to identify how the rural population reinforces the emotional response to the expression of suffering in the northwestern province of Pichincha, from where a representative sample of 18 key informants from the three cantons will be taken

OBJECTIVE: To know how the cultural dimension influences the expression of somatic symptoms, as part of emotional expression, in the face of negative or traumatic events in the rural families of the Northwest of Pichincha.

METHODOLOGY: A qualitative study was conducted using the ethnographic method, with clinical diagnoses of somatization, attending the Family Medicine consultation of the Teaching Hospital Pedro Vicente Maldonado, tools were used, observation, semi-structured interviews, and life histories of 18 key informants, to explore the perspective of families about suffering, and how this is expressed in the form of somatic symptoms, from the medical perspective.

CONCLUSIONS: In the Northwest of Pichincha, a hegemonic model of masculinity is established, the impotence of man against nature is evident, they are located at the bottom of the social scale, they consider themselves vulnerable beings in their thinking, there is an internalization of inequality of gender and familiarity with violence, has the repeated perception of feeling "being victims, comes first to ancestral

medicine before any ailment, there is a discourse of repetitive suffering, in patients in whom there is already a diagnosis of somatization there is the possibility of a relationship with its development and the community part.

Capítulo 1 .

INTRODUCCIÓN

En el primer nivel de atención, es común el atender pacientes con síntomas de somatización que no presentan explicación de todas sus molestias a nivel clínico definido. Muchos de ellos manifiestan estos síntomas casualmente, otros de manera crónica los que los impulsa a buscar atención médica de manera repetitiva. El trastorno de síntomas somáticos se considera un síndrome crónico-recurrente que manifiesta múltiples síntomas no explicados por ninguna otra enfermedad y además contiene una importante carga de distrés psicológico asociado y se le relaciona con una búsqueda permanente de ayuda médica (Guzmán, 2011).

La prevalencia de somatización en pacientes que acudieron a la consulta externa del Hospital Pedro Vicente Maldonado, del cantón Pedro Vicente, fue del 40%, mostrando que un alto porcentaje de la población investigada somatizan. Esto nos da indicios de una problemática sobre lo cual se conoce poco (García & Tamami, 2017).

Al momento se ha estudiado la prevalencia y los altos costo que genera en los servicios de salud, los posibles factores desencadenantes, pero no se ha investigado sobre el contexto en el que se desenvuelven estos pacientes, como la familia, las comunidades validan esta expresión, así como ésta es parte de una respuesta emocional ante el sufrimiento.

Se considera que la respuesta emocional puede estar influenciada por el contexto cultural en el que se desenvuelve el individuo, y que los múltiples síntomas, son sólo una expresión biológica del sufrimiento, siendo éstos los que forman parte del mito e imaginario como un conjunto de ideas, comportamientos, símbolos y prácticas sociales, aprendidos de generación en generación a través de la vida en sociedad.

Se supone que la comunidad puede ser la responsable de validar y reforzar la respuesta emocional tanto ante los hechos positivos como los negativos; Ante eventos estresantes existen diversas respuestas ya sean éstas, crisis no normativas o normativas y puede ser la cultura quien refuerza o rechaza expresiones emocionales no considerados acordes al contexto cultural.

La somatización se convierte en un verdadero reto para el médico familiar, es uno de las principales motivos de consulta en primer nivel, la cual, genera sentimientos de frustración en el profesional, por la complejidad de su manejo, siendo la falta de conocimiento uno de los principales factores que hace que, rechacemos a este tipo de paciente; promoviendo a que el paciente realice un recorrido por diversas especialidades, fomentando aún más el desarrollo de los síntomas, basado en un pensamiento positivista que cataloga a estos pacientes como enfermos, negando la psicología y el contexto en el que se desenvuelve el individuo: sin considerar que puede existir relación entre las expresión de los sentimientos de las personas con conductas somatizadoras y el contexto cultural.

Por estas razones se considera necesario desarrollar este estudio, para que sirva como base para fomentar en los médicos la importancia de tratar a nuestros pacientes como un todo, en el que, no solo hay manifestaciones de la parte biológica sino también, expresiones de la parte psicológica y social, las cuales no sabemos manejar por falta de entendimiento no solo en medicina sino también en otras ciencias básicas.

La cultura, es esa complicada suma que reúne el conocimiento, las creencias, las artes, la moral, las leyes, las costumbres y cualesquiera otras aptitudes y prácticas adquiridas por el individuo como integrante de la sociedad (Miller, 2011).

También, se le define como un cúmulo de elementos que intervienen y distinguen cualquier acción física o mental que no esté definida por la biología y que sea compartida por los integrantes de un grupo social. Desde dichos elementos estos actores sociales, construyen significados temporales o concretos para los hechos y las relaciones sociales. Igualmente, a través de ellos mantienen las formas o relaciones vigentes, las instituciones y sus patrones operativos. La cultura encierra los símbolos, los valores y de ellos, las normas y su práctica (Jean Langdon & Braune Wiik, 2010).

La enfermedad y los temores relacionados a la salud acompañan al ser humano a través de la historia, presentándose en todas las sociedades y estratos. Y desde esta preocupación se han creado grupos organizados que por medio de los recursos materiales, el conocimiento y a través de la comprensión de la cultura propia buscan

comprender y desarrollar soluciones que den respuesta a las experiencias o sucesos de enfermedad o adversidades ligadas a la salud (Jean Langdon & Braune Wiik, 2010).

Dentro de cualquier grupo social existen individuos que sufren y, además, son autoconscientes de dicho sufrimiento. Desde este sentido se puede afirmar que el sufrimiento es ambivalente, dado que se compone de dos partes: el dolor y el sentido que se le otorga a ese dolor. Desde la antropología, el sufrimiento puede ser un factor enriquecedor del hombre pero también, puede terminar con él (Suardíaz Pareras, 2011).

Sufrir es exaltar un hecho puramente biológico a una condición moral superior (Lopez-Barajas Zayas & Ruiz Corbella, 2009).

Las enfermedades deben ser consideradas desde los contextos propios de los espacios socioculturales donde ocurren (Guzmán, 2011).

Un “síndrome cultural” representa un dilema de salud, con una variedad de síntomas relacionados a dicha sociedad particular. Los elementos de tipo social como el miedo y el estrés en infinidad de oportunidades, las causas fundamentales de síndromes concretamente culturales (Miller, 2011).

El término somatización no ha sido claramente definido desde los inicios de su formulación. Esta dificultad conceptual causa restricciones en el desarrollo de los procedimientos diagnósticos, en la ampliación del conocimiento y en la creación de un tratamiento efectivo. Ante la variedad de elementos multicausales que originan los procesos cognitivo-emocionales (emociones) se podría estudiar desde una perspectiva integracionista dichos elementos (Sánchez-García, 2013).

Los síntomas biofísicos pueden ser complejos, y los síndromes específicamente culturales pueden ser mortales (Miller, 2011).

La somatización, o in-corporación [embodiment], está definido como un proceso a través mediante el cual se absorbe el estrés social a través del cuerpo manifestándose síntomas de sufrimiento (Miller, 2011).

Desde el modelo multifactorial de la somatización, las teorías etiológicas se apoyan considerando aspectos biológicos, genéticos, del ambiente, de la cultura y psicosociales.

Considerando la emoción como una experiencia con características fenomenológicas, sus respuestas cognitivo-subjetivo, conductuales-expresivas y fisiológicas-adaptativas están sujetas al entorno. Partiendo desde esta aseveración, es estimable el estudiar los procesos psicológicos que se encuentran comprometidos en las respuestas emocionales y desde esta visión, comprender como se presentan las somatizaciones, integrando los aspectos etiológicos y facilitando el entendimiento de la misma como una emoción o respuesta emocional desde una visión holística (Sánchez-García, 2013).

Poco se sabe sobre cómo las personas experimentan el sufrimiento, y cómo la suma de eventos estresantes se expresa a lo largo de su vida. El objetivo principal de este estudio, fue conocer, ¿Cómo el contexto cultural, refuerza la “expresión del sufrimiento” y determinar si lo que en medicina biológica llamamos somatización, tiene relación con la “expresión del sufrimiento”?

La somatización es común en la población general, más del 50 por ciento, de los pacientes que acuden a consultas médicas ambulatorias con una queja física, con múltiples síntomas, por varias ocasiones, poseen diagnóstico de somatización (Guzmán, 2011).

La diversidad de relatos que se crean alrededor de los síntomas, y cómo éstos se nutren de razones ligadas a experiencias negativas, las vivencias traumáticas y el contexto cultural de cada paciente, hace plantear la interrogante de que si son estos síntomas la expresión de estos eventos estresantes. (Rodríguez Jorge, 2006)

Se trata de un estudio cualitativo mediante el método de etnografía, con pacientes con diagnóstico clínico de somatización, que asisten la consulta de Medicina Familiar del Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado, éstos serán pacientes clave para poder realizar el estudio de su entorno, las herramientas utilizada serán la observación,

entrevistas semiestructuradas e historias de vida para explorar la perspectiva de las familias sobre el sufrimiento, y como este tiene su expresión en síntomas somáticos.

Los pacientes claves fueron escogidos de forma proporcional de los tres cantones donde se llevó a cabo el estudio, esto permitió obtener una selección representativa de las zonas de afluencia. La selección de la muestra fue de carácter intencional y no probabilística.

Capítulo 2 .

MARCO TEÓRICO

2.1. Trastornos de síntomas somáticos

2.1.1 Definición

El trastorno de síntomas somáticos está caracterizado por un conjunto de pensamientos, sentimientos y/o comportamientos exacerbados relacionados con uno o más síntomas somáticos. Asimismo, estos últimos originan angustia y/o disfunción significativa, pudiendo o no estar explicados por una posición médica general reconocida (Levenson J. , 2018). Este concepto es la base de nuestra investigación.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición, (DSM-5), la nomenclatura para la categoría diagnóstica previamente conocida como “trastornos somatoformes” fue sustituida por “síntomas somáticos y trastornos relacionados”. (Kurlansik & Maffei, 2016).

El trastorno de síntomas somáticos puede ser no menos debilitante que los trastornos físicos. Gran parte de los pacientes que manifiestan somatización y cuyos médicos consideran de manera errónea que pueden tener un trastorno biológico, pueden sufrir daños debido a exámenes y tratamientos innecesarios. Algunos médicos encuentran frustrante a los pacientes con trastorno de síntomas somáticos y pueden describirlos en términos despectivos. Pueden considerar genuinos los trastornos físicos, mientras que esencialmente acusan a los pacientes somáticos de manufacturar sus síntomas (Kurlansik & Maffei, 2016).

2.1.1 Prevalencia

Múltiples estudios sugieren que es, en el primer nivel de atención , que se recibe el grueso de pacientes con trastorno de síntomas somáticos. La prevalencia en referencia

al trastorno de síntomas somáticos se puede aproximar de la siguiente manera (Levenson J. , 2018):

Población general: del 4 al 6 por ciento, esta estimación se basa en una encuesta de la comunidad en los Estados Unidos, que definió la somatización como cuatro o más síntomas físicos inexplicables en los hombres y seis o más síntomas físicos inexplicables en las mujeres.

Pacientes de atención primaria: 17 por ciento; esta estimación se basa en una revisión de seis estudios de atención primaria.

Se estima que, de los pacientes atendidos, del 20% al 25% manifiestan síntomas somáticos agudos continúan desarrollando una enfermedad somática crónica. Estos trastornos pueden comenzar en la infancia, la adolescencia o la edad adulta. Las mujeres tienden a presentar dicho trastorno con mayor frecuencia que los hombres, con una relación estimada de mujeres a hombres de 10: 1 (Kurlansik & Maffei, 2016).

Cabe destacar que probablemente, las tasas de prevalencia de dicho trastorno se incrementan en los pacientes con trastornos funcionales como síndrome de fatiga crónica, la fibromialgia, el síndrome del intestino irritable entre otros (Levenson J. , 2018).

No encontramos una estadística a nivel de América Latina que determine su prevalencia, solo se encontraron varios estudios aislados en diferentes países como en Perú en el Hospital Nacional “Ramiro Prialé, quienes reportan que el 43.7% de paciente en servicio de consulta ambulatoria padece de enfermedad psicosomática. (Garcia & Tamami, 2017)

En Santiago de Chile se reporta una prevalencia del 17,7% en atención primaria, la que aumentó al 24.9% en aquellos con patología crónica. (Garcia & Tamami, 2017)

En Ecuador igual que en el resto de países hay estudios aislados como el realizado en Quito, en el “Centro de Apoyo Integral Tres Manueles”, donde se reportó la presencia de síntomas somáticos siendo el 4% (ausente), 12% (moderado), 68% (grave) y el 16%

(muy grave), donde lo relacionaron altamente con violencia. (Garcia & Tamami, 2017).

Además de otro estudio realizado en Pedro Vicente Maldonado (Área Rural), en donde se realizó estudios para validar una escala de diagnóstico en donde se reportó una prevalencia del 40% (Garcia & Tamami, 2017).

2.1.2 Factores de riesgo

Los síntomas somáticos pueden ser el resultado de una mayor conciencia de ciertas sensaciones corporales, combinadas con una tendencia a interpretar estas sensaciones como indicativas de una enfermedad médica (Kurlansik & Maffei, 2016).

Según los estudios de los trastornos somatoformes y la somatización, los posibles factores de riesgo para el trastorno de los síntomas somáticos incluyen (Levenson J. , 2018):

- Sexo femenino
- Menos años de educación
- Menor nivel socioeconómico u otros estresores sociales
- Historia de enfermedad crónica infantil
- Historial de abuso sexual u otro trauma infantil y adulto
- Trastornos médicos generales concurrentes (especialmente en pacientes mayores)
- Trastorno psiquiátrico concurrente (especialmente trastornos depresivos o de ansiedad)
- Historial familiar de enfermedad crónica

Los factores estresantes psicosociales y la cultura afectan la manera en que los pacientes se muestran al médico. Por ejemplo, los estudios en entornos de atención primaria encontraron tasas significativamente más altas de desempleo y deterioro del funcionamiento ocupacional, en pacientes somatizados que en pacientes no somatizadores (29% frente a 15% y 55% frente a 14%, respectivamente). Los pacientes

también pueden presentar síntomas físicos cuando los síntomas psiquiátricos son estigmatizados, como en algunas culturas, así como en Ecuador. (Kurlansik & Maffei, 2016).

Factores psicosociales: Varios factores psicosociales pueden estar involucrados en la patogénesis del trastorno de síntomas somáticos (Levenson J. , 2018).

Factores de desarrollo: La mala conciencia de las emociones y los niveles más altos de emociones negativas durante la infancia se relacionan con sintomatologías somáticas en los niños, y la tendencia a informar síntomas funcionales o somáticos a menudo persiste desde la infancia hasta la adultez (Levenson J. , 2018).

Abuso físico y sexual: El abuso sexual infantil y la exposición reciente a la violencia física o sexual se asocian sistemáticamente con la somatización en mujeres adultas (Levenson J. , 2018).

Distorsiones cognitivas y perceptivas y anomalías de comportamiento: la somatización puede implicar un concepto excesivamente incluyente o poco realista de buena salud, suposiciones disfuncionales sobre la prevalencia y la transmisibilidad de enfermedades graves, una mayor atención a los procesos corporales para detectar posibles signos de enfermedad, interpretaciones catastróficas de sensaciones, expectativas problemáticas sobre los síntomas somáticos y el curso y tratamiento de las enfermedades, y la dificultad con el procesamiento de la información. La percepción de los síntomas afecta la forma en que se informan, y la percepción se ve influenciada por las actitudes, las creencias y la angustia psicológica (Levenson R. , 2005).

Dificultades con la autoexpresión: los síntomas físicos pueden ofrecer un medio para expresar angustia cuando los pacientes no expresan fácilmente las emociones en palabras (alexitimia). Los pacientes también pueden presentar quejas físicas a los médicos no psiquiátricos cuando los síntomas psiquiátricos se consideran estigmatizantes, o cuando los médicos parecen no tener interés en escuchar acerca de los problemas psiquiátricos. Otro factor psicosocial que puede estar involucrado en la patogénesis del trastorno de síntomas somáticos es el conflicto familiar.

Cuando ya el paciente ha desarrollado un trastorno de síntomas somáticos, puede ser perpetuado por factores estresantes crónicos y habilidades de afrontamiento desadaptativas. Además, el comportamiento relacionado con los síntomas y el rol del enfermo agrega otra dimensión psicológica que mantiene el trastorno. Los síntomas pueden ofrecer beneficios tales como apoyo social, escape de obligaciones, pagos por discapacidad y un compromiso por conflictos internos. Los litigios también pueden perpetuar los síntomas (Levenson J. , 2018).

El trastorno también puede ser inadvertidamente mantenido por los médicos. En lugar de buscar pistas psicosociales expresadas por los pacientes, los médicos pueden solicitar pruebas de diagnóstico adicionales a pesar de una baja probabilidad de enfermedad grave, así como intervenciones biomédicas y derivaciones.

Genética: La patogenia del trastorno de síntomas somáticos puede tener un componente genético, pero el efecto parece modesto (Levenson J. , 2018).

La depresión y la ansiedad son trastornos posiblemente frecuentes en el trastorno de síntomas somáticos, los estudios sugieren que puede haber un componente genético involucrado en la concurrencia de éstos con síntomas somáticos.

2.1.3 Diagnóstico

Los criterios diagnósticos presentados por el DSM-V son (Kurlansik & Maffei, 2016):

A. Uno o más síntomas somáticos que son angustiantes o que provocan una interrupción significativa de la vida diaria.

B. Pensamientos, sentimientos o comportamientos desproporcionados en relación con la sintomatología somática o en referencia a problemas de salud asociados, manifestándose en por lo menos una de las siguientes características:

1. Pensamientos extremados y constantes sobre la gravedad de lo que ocasiona los síntomas.
2. Permanente alto nivel de ansiedad ocasionada por la incertidumbre sobre su situación de salud o los síntomas.

3. Dedicación excesiva de tiempo y energía a pensar sobre los síntomas o un posible problema de salud.

C. El estado de sintomático puede persistir a pesar de que el síntoma somático no esté presente de manera permanente (habitualmente hasta por seis meses).

Aunque el Patient Health Questionnaire-15 (*PHQ15*) es quizás el instrumento de cribado más utilizado para detectar síntomas de somatización en la población general, la Somatic Symptom Scale-8 (*SSS8*) es un producto más reciente que se muestra cómo una promesa para medir la carga de síntomas somáticos. Un estudio para determinar la confiabilidad y validez de esta nueva herramienta concluyó que es una medida confiable y válida la carga de síntomas somáticos (Kurlansik & Maffei, 2016).

2.1.4 Utilización de la atención médica

Los pacientes con trastorno de síntomas somáticos tienen síntomas físicos que se acompañan de reacciones emocionales y conductuales desproporcionadas, y se presume que utilizan más atención médica que otros pacientes. Lo mencionado se hace patente en estudios de pacientes con síntomas somáticos angustiantes y alta ansiedad de salud, que corresponden a las dos características principales del trastorno de síntomas somáticos (Levenson J. , 2018).

2.1.5 Presentación clínica

Signos y síntomas: Hay dos características principales que ambas ocurren en el trastorno de síntomas somáticos (Levenson J. , 2018):

- Uno o más síntomas somáticos actuales que son de larga duración y causan angustia o deterioro psicosocial. Los síntomas múltiples están típicamente presentes, pero un síntoma severo (p. Ej., Dolor) es suficiente para hacer el diagnóstico.
- Pensamientos excesivos, preocupaciones o comportamientos (tiempo y energía) relacionados con los síntomas somáticos o problemas de salud.

El espectro de severidad en el trastorno de síntomas somáticos varía de leve a grave.

Entre pacientes moderadamente a gravemente enfermos, los síntomas físicos pueden convertirse en una característica central de la identidad del paciente y dominar las relaciones interpersonales. El funcionamiento psicosocial y físico disminuye, y la discapacidad del paciente impone una carga significativa sobre las familias. Los pacientes más gravemente enfermos pueden convertirse en inválidos.

Los síntomas somáticos que son comunes en el trastorno de síntomas somáticos incluyen (Levenson J. , 2018):

- Síntomas del dolor: dolor en las articulaciones, dolor en las piernas/brazos, dolor de espalda, dolor de cabeza, dolor en el pecho, dolor abdominal, disuria y dolor difuso.
- Síntomas inespecíficos: fatiga, síncope y mareos
- Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, dolor abdominal, hinchazón, gases y diarrea
- Síntomas cardiopulmonares: dolor en el pecho, dificultad para respirar y palpitaciones
- Síntomas neurológicos: trastornos del movimiento, pérdida sensorial, debilidad y parálisis
- Síntomas de órganos reproductivos: dispareunia, dismenorrea y disfunción eréctil

2.1.6 Aspectos culturales en somatización.

Varios estudios en atención primaria y entornos comunitarios han demostrado que los síndromes que consisten en síntomas somáticos múltiples y preocupación alta de enfermedad, junto con deterioro, ansiedad, depresión y aumento de la utilización de la atención médica, son similares en una amplia variedad de países y culturas. Además, los síntomas físicos más comunes parecen ser los mismos independientemente de la cultura.

Sin embargo, la manera en que se expresan los síntomas somáticos puede variar en todas las culturas, pudiendo tener significados específicos para una sociedad en particular, afectando la forma en que se interpretan éstos y cómo los pacientes conceptualizan su causalidad. Además, la cultura puede influir en el curso de la enfermedad y, en cómo y cuándo los pacientes buscan atención médica.

2.1.7 Trastornos médicos generales comórbidos

Muchos pacientes con un cuadro médico general reconocido, presentan manifestaciones que son parte de los criterios para el trastorno de síntomas somáticos; en tales casos, ambos trastornos se diagnostican. La clave para establecer si el paciente con un trastorno médico general significativo también tiene un trastorno de síntomas somáticos, es determinar si las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales a la enfermedad médica, son excesivas en comparación con la mayoría de los otros pacientes con ese trastorno médico. La disminución del funcionamiento (p. Ej., Interpersonal, ocupacional y físico) suele ser mayor en este tipo de pacientes en comparación con aquellos que presentan solo una enfermedad médica. (Levenson J. , 2018)

2.1.8 Psicopatología comórbida

Los trastornos de ansiedad comórbidos y/o los trastornos depresivos pueden ocurrir en aproximadamente 30 a 60 por ciento de los pacientes de atención primaria con trastorno de síntomas somáticos, y la prevalencia de ansiedad y/o trastornos depresivos es probablemente mayor en pacientes con trastorno de síntomas somáticos que los pacientes sin trastorno de síntomas somático (Levenson J. , 2018).

Los factores de riesgo para la ansiedad y/o depresión comórbida en el trastorno de síntomas somáticos incluyen los siguientes:

- Incremento en el número de síntomas somáticos (en lugar del tipo específico de síntomas): éste es considerado como un factor de riesgo permanente en lo que a depresión comórbida y ansiedad se refiere, y parece existir una relación dosis-

respuesta: a medida que aumenta el número de síntomas físicos, también lo hace la cantidad de síntomas de ansiedad y depresión.

- Igualmente incrementa el número de pensamientos, sentimientos y comportamientos desmedidos en referencia a los síntomas somáticos.

- Estrés reciente.

- Pobre autoinforme de estado de salud.

Entre los pacientes con trastorno de síntomas somáticos, la ansiedad y la depresión comórbidas parecen estar asociadas con una mayor discapacidad, así como un mayor uso de los servicios de atención médica.

La ansiedad comórbida puede producir su propio conjunto de síntomas somáticos. Como ejemplo, los ataques de pánico se caracterizan por dolor abdominal, dolor en el pecho, diaforesis, mareos, disnea, palpitaciones, parestesias y temblores.

2.1.9 Curso de la enfermedad

Las complicaciones derivadas de este trastorno son múltiples pudiendo mencionarse la cirugía innecesaria, trastornos por uso de sustancias y divorcio inclusive (Levenson J. , 2018).

El curso de la enfermedad en la somatización es a menudo crónico (por ejemplo, dura por un mínimo de dos años) y fluctuante, siendo un patrón propio del caso de trastorno de síntomas somáticos, especialmente dado que los criterios diagnósticos para dicho trastorno requieren persistencia de síntomas (por ejemplo, por lo menos durante seis meses).

2.2. El sufrimiento

El sufrimiento es una manifestación compleja. Sensaciones de desagrado, el malestar no específico y el dolor físico no son inicialmente asociadas al sufrimiento. Existe un nivel moderado en el dolor físico que no puede ser catalogado como sufrimiento, dado que, durante el transcurso de la vida es un sentimiento coherente y claramente familiar

para el hombre, considerándose sin objeción alguna como una función biológica (Spaemann, 2007).

El hambre, por ejemplo, es una manifestación que tiene como función hacer que un ser vivo se ocupe de su alimentación. Si dicha sensación es sumamente aguda no implica ningún sufrimiento para aquel que tiene la certeza, de que en un momento cercano podrá disfrutar de alimentos bien provistos. Sin embargo, siendo la misma hambre se puede transformar en un sufrimiento, para aquel que sabe que no va a poder tener acceso a algún tipo de alimento en un futuro inmediato o cercano. A esta sensación de hambre se le une el sentimiento de miedo que genera el saber que puede ser un hambre mayor. Esta manifestación culmina perdiendo su sentido que asegura proveerse de alimentos, para convertirse en sufrimiento ante la frustración de no poder satisfacer dicha necesidad (Spaemann, 2007).

Es de considerar que las clases sociales representan una gradación a nivel social por grupos de individuos, quienes comparten características comunes vinculándolos económicamente y socialmente. Es por ello, que se considera que el sufrimiento se experimenta de manera diferente según las clases sociales y oportunidades que tienen los individuos de satisfacer sus necesidades (Harnecker, 1972).

Un caso patente es el referente a los que ostentan los medios productivos y cómo explotan a los desprovistos de dichos medios. En el caso del **sistema esclavista**, que aun en la actualidad existe, por ejemplo, hay un dueño de los recursos, tierra y otros medios de producción, y adicionalmente se adueña de la vida de hombres, mujeres y/o niños para que trabajen la tierra, realicen trabajos productivos o pesados, o los emplean como servidumbre. En el pasado y aún en el presente se les considera como una herramienta más de trabajo, forzándolos a realizar largas jornadas sin consideración alguna, con una precaria alimentación y un descanso mínimo no reciben ninguna gratificación y atención (Harnecker, 1972).

Para el **sistema servil**, el terrateniente, como propietario del medio máspreciado de producción: la tierra, otorgaba partes de ésta a los campesinos y estos en contraprestación estaban obligados a labrar, sembrar y cosechar siendo la producción

mayormente para el terrateniente. Aún en el presente este tipo de explotación se realiza.

En el **sistema capitalista**, quienes se encuentran en estado de dependencia son los obreros quienes, para poder sobrevivir, requieren brindar su capacidad laboral a los capitalistas o tenientes de los medios productivos; éstos determinan un costo a dicha fuerza de trabajo que puede ser justa o no, obteniendo grandes ganancias a través del servicio que brinda el proletariado. Aunque no es un estado de esclavitud ni servidumbre, muchas veces las relaciones establecidas rayan en la esclavitud o el abuso de poder, no pudiéndose defender ante la amenaza de la pérdida de la única fuente de ingreso económico (Harnecker, 1972).

En Ecuador 2017 según los nuevos estudios esta clase social se ven divididas en la Clase Obrera que es aquella más permeable a las ideas revolucionarias tiene mayor facilidad y condiciones para desarrollar conciencia.

La clase media son aquellas personas con un nivel socioeconómico medio que se sitúan entre la clase obrera y la clase alta.

El **origen de la marginalidad**: el origen histórico de la marginalidad es la transposición de culturas impuesta con la llegada de la colonización a América. Producto de este proceso la cultura dominante, en este caso la europea se impuso sobre la indígena, en términos de relaciones de dominación-subordinación, generando una dicotomía de valores, organizaciones sociales, de regímenes políticos y administrativos.

2.3. Cultura

El término "cultura" se relaciona con la manera de vida de los miembros o grupos que conforman una sociedad. Envuelve desde la forma de vestir, los hábitos alimenticios, las manifestaciones artísticas, las pautas para el desenvolvimiento laboral, la manera cómo ocupan su tiempo libre, sus costumbres matrimoniales y el desarrollo de la vida familiar, etc. (Giddens , 2000).

Cultura y sociedad tienen una estrecha relación dado que en la vida social se establecen sistemas que interrelacionan a los individuos que la conforman vinculándolos; algunas de éstas están conformadas por millones de personas y otras sociedades son mucho más pequeñas. La cultura es la expresión de la sociedad, ergo no puede existir una sin la otra, además es una característica propia de las comunidades humanas. La misma determina la lengua, el sentido de identidad, la alimentación, el aspecto y forma de vestir, la habilidad para pensar y razonar y hasta el sistema de creencias tanto cotidiano como religioso (Giddens , 2000).

Para que esto sea patente en el ser humano, éste tiene que pasar desde su nacimiento hasta convertirse en una persona adulta por varios procesos de adaptación, que implican obtención de conocimientos de su familia y de su medio ambiente, adaptándose al rol que cumple dentro de dicha sociedad. La calificación de las distintas culturas es una tarea que implica evitar el etnocentrismo, puesto que la cultura implica la variedad propia de las sociedades. Es por ello, que se necesita comprender los significados propios de sus valores y de sus costumbres (Giddens , 2000).

Diversidad de cultura es lo que tiene el mundo, así como en un país el nacimiento de una mujer es un acto muy venerado, en otros países como China existió que al nacer una mujer la estrangulaban y la mataban, es decir, no se puede juzgar desde un pensamiento ajeno cierta cultura, dado que no se comparte el mismo sistema de creencias y valores. Hoy hay la tendencia a los Derechos Humanos aún en la diversidad cultural

Cultura haciendo referencia a creencias y comportamientos de las personas aprendidos y compartidos, incluyendo cambios en momentos contemporáneos (Miller, 2011).

2.3.1 Funciones de la cultura

Dentro de sus funciones se encuentra cómo esta se encarga de relacionar los elementos característicos de una sociedad, tales como el lingüístico, el físico y el psicológico. Adicionalmente, se destaca la estabilidad, estructura y seguridad que genera en los grupos sociales (Chen & Starosta, 2011).

De esta manera, instauran sus creencias y seguimientos asumiendo varias direcciones y adoptando diversas tácticas, pero todos ellos, o virtualmente todos, se ajustaron a una sola estrategia intelectual general, lo que se conoce como la concepción "estratigráfica" de las relaciones entre los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales de la vida diaria.

En el plano de la investigación concreta y del análisis específico cultural, existe una estrategia, la cual, primero busca en la cultura principios universales y uniformidades empíricas que, frente a la diversidad de las costumbres en todo el mundo y en distintas épocas, pudieran encontrarse en todas partes y aproximadamente en la misma forma, y, segundo, relacionar tales principios universales con la biología, sociología y organización social (Geertz, 2003).

Entonces, el catálogo de la cultura mundial va a considerar común a todas las variantes locales de la cultura y, si éstas podían conectarse de una manera determinada con ciertos puntos de referencia invariables en los niveles subculturales; entonces, podría hacerse alguna vanguardia en el sentido de especificar qué rasgos culturales son esenciales a la existencia humana y cuáles son meramente extraños, limítrofes u ornamentales. De esta manera, se podría determinar las dimensiones culturales el concepto de un consenso de toda la humanidad, la noción de que hay cosas sobre las cuales todos los hombres convendrán en que son correctas, reales, justas o atractivas y que esas cosas son, por lo tanto, en efecto, correctas, reales justas o atractivas estaba ya en la ilustración y probablemente, estuviera presente en una forma u otra en todas las edades y en todos los climas (Geertz, 2003).

Por ejemplo, si se define la religión de una manera general e indeterminada, como la orientación fundamental del hombre frente a la realidad, entonces no puede al mismo tiempo asignar a esa orientación un contenido en alto grado circunstanciado, pues evidentemente, lo que compone la orientación fundamental frente a la realidad en los arrebatados aztecas, que en sacrificios humanos elevaban al cielo corazones palpitantes arrancados a pechos vivos, no es la orientación fundamental de los mansos zuñí bailando en grandes masas, para dirigir sus súplicas a los benévolos dioses de la lluvia (Geertz, 2003).

2.3.2 Diversidad de Cultura

Existe diversidad de cultura a pesar de que se trate de estar en un mismo país, esto podría estar dado por la formación económica social, formando grupos que tienen características específicas que las distinguen de las demás, pero comparten la misma formación social. Todo esto se ve influenciado por la diferenciación social, clase, género, raíces e ideología. Se aprende implícita y explícitamente creencias, valores y conductas, las percepciones de la realidad y la forma de comunicación (Hebdige , 2000).

Ecuador cuenta con una riquísima variedad racial y por tanto cultural, que se manifiesta por medio de una gran gama de grupos étnicos y, por consiguiente, sus lenguas nativas, sus costumbres ancestrales, sus manifestaciones artísticas y artesanales, sus concepciones de belleza, sus tradiciones lúdicas entre otro. De esta fertilísima diversidad se puede resumir los siguientes grupos étnicos representativos:

El 77,4 % de la población está representada por el mestizaje y el resto lo conforman 13 nacionalidades indígenas: Chachi (Esmeraldas), Tsáchila (Santo Domingo), Awa (Carhi y Esmeraldas), Epera (Esmeraldas), Cofan (Sucumbíos), Siona-Secoya (Sucumbíos), Quichuas amazónicos (Sucumbíos, Pastaza), Waorani (Sucumbíos), Zápara (Pastaza), Shuar (Zamora Chinchipe), Achuar (Morona Santiago, Pastaza y Zamora Chinchipe), Shiwiar (Amazonia) y Quichuas andinos y la presencia de pueblos afrodescendientes y montubios. Además, la existencia de entre 20 y 25 pueblos con identidades diferenciadas conforme sus tradiciones culturales, realidades geográficas y reivindicaciones sociales, gastronomía, costumbres que harán que su diversidad sea un objeto de estudio en este proyecto de investigación. (Ministerio de Cultura y Patrimonio, 2017, pág. 1).

Situado en el Noroccidente de la Provincia de Pichincha, el cantón Pedro Vicente Maldonado fue habitado por el pueblo Nigua, el que se encontraba dividido en etnias de los pueblos Yumbo, Cayapas y Tsáchila, pero este fue extinto, lo cual suspendió el desarrollo histórico de la región. La repoblación es dada en el siglo XX, lo que hace

del cantón un caso especial dentro de la geografía cultural del Ecuador (Schriefer, 2010).

El ciclo vital por el que atraviesan las familias del subtrópico occidental del Ecuador, está expuesto a la violencia, el abuso, el analfabetismo afectivo, tanto en el macro como en el micro sistema (Herrera D. , 2011).

La violencia intrafamiliar, el castigo corporal en la niñez y el abuso sexual son frecuentes. La presencia de niños especialmente no propios, son vistos como un lastre, obstáculos para el éxito y el bienestar material preconizados como únicas fuentes de felicidad posibles (Herrera D. , 2011).

Las diferencias y las discriminaciones de tipo económicas, sexistas y raciales se reproducen en las familias estudiadas. El rol de la madre y la familia de origen materna es predominante en la socialización de los hijos. El padre es una figura lejana y temida (Herrera D. , 2011).

La pobreza, las conductas sexuales y las condiciones de vida, exponen masivamente a la población a una amplia gama de enfermedades prevenibles infecciosas y no infecciosas. La sexualidad es vista por la mujer como una obligación. El término más reiterativo utilizado para las relaciones sexuales por las mujeres es “me usa”. La menopausia les “libera” de esta responsabilidad (Herrera D. , 2011).

En el caso de los hombres, el sexo es visto como una necesidad biológica, desde muy tempranas edades, el hombre que no se “desfoga” culturalmente construye para sí un cúmulo de problemas psicogénicos. La iniciación es generalmente en un prostíbulo, el cual se constituye en un lugar para la socialización masculina, es un espacio social donde se aligeran las diferencias “allí todos somos iguales blancos y negros, ricos y pobres” (Herrera D. , 2011).

En cambio, las opciones de la mujer son más reducidas, sobre todo en el área laboral al no contar con el reconocimiento económico a su trabajo durante la mayor parte de su vida. Las posibilidades de trabajo remunerado para las mujeres sin instrucción son muy pocas. Las mujeres buscan nuevas libertades sociales y realizan tareas antes

limitadas al sexo masculino, además ejercen comportamientos antes solo asumidos por los hombres, tales como ingerir licor, peleas callejeras y mayores libertades sexuales. El trabajo desde edades tempranas, no retribuido de manera económica en la mujer y mal pagado para el hombre, ratifica los roles de proveedor al uno y de dependencia de la otra. El trabajo comunitario y voluntario es visto como una obligación social, en una etapa de la vida (Herrera D. , 2011).

2.3.3 Elementos de la cultura

La cultura posee elementos cognitivos, creencias, normas, valores y signos. La visión cognitiva social hace de la cultura como entramados de representaciones, que hacen a un individuo miembro de un grupo cultural. Las conceptualizaciones culturales (categorías, metáforas, esquemas, modelos, representaciones) resultan de combinaciones y modificaciones constantes de la información que se recibe del entorno.

Uno de sus propósitos principales es comprender cómo organizamos cognitivamente nuestra experiencia del mundo y de las personas, cómo conceptualizamos el entorno y a nosotros mismos y cómo interpretamos las acciones. El análisis lingüístico, como podrá verse, es considerado la principal herramienta para reconstruir los procesos de pensamiento y los sistemas de clasificación de las personas o grupos.

El hombre a través de la religión alcanza, en muchos casos, adaptarse a cualquier cosa que su imaginación sea capaz de afrontar; pero no puede hacer frente al caos. Como la función característica del hombre y su supremo bien es la concepción y comprensión, su mayor espanto es el de enfrentarse con lo que no puede explicarse, con el "misterio", como se lo llama popularmente.

El misterio no tiene por qué ser un objeto nuevo; se encuentran cosas nuevas y se "comprenden" prontamente valiéndose de la analogía más próxima cuando la mente funciona con libertad; pero cuando se sufre un "stress mental", hasta las cosas perfectamente familiares pueden parecer de pronto, desorganizadas y causar horror. Por eso, el bien más importante son siempre los símbolos de la orientación general en la naturaleza, en la sociedad y en todo cuanto hacen las personas: los símbolos de

Weltanschauung y Lebensanschauung. Por consiguiente, en una sociedad primitiva se incorpora un rito diario en las actividades comunes, como el comer, el lavarse, el encender fuego, etc., así como en el ceremonial estricto, porque constantemente se siente la necesidad de reafirmar la moral tribal y de reconocer sus condiciones cósmicas. En la Europa cristiana, la Iglesia hizo que los hombres diariamente (en algunas órdenes hasta a cada hora) se hincara de rodillas para confirmar, si no para contemplar, su aceptación de los conceptos últimos (Geertz, 2003).

2.3.4 Identidad nacional o de grupo

La identidad nacional reside en una relación entre la soberanía del Estado y el ejercicio de derechos y deberes por parte de los ciudadanos, teniendo ciertos componentes como: nombre, territorio, cultura (creencias, costumbres, organización, religión, lenguaje, entre otros) y por último: historia (Rosa Rivero, Bellelli, & Bakhurst, 2000). Siendo estos componentes importantes que dan una sostenibilidad con una independencia cultural y económica en relación a la clase dominante.

Después de muchos años la cultura nacional se ha ido transformando y evolucionando de forma histórica, y va desarrollándose conforme además la tecnología se ve involucrada, y otros factores como la guerra, cambios climáticos, epidemias, depresiones económicas. Por lo cual, se puede decir que la cultura es algo cambiante observándose que algo tradicional ahora es modernidad y que lo rural ahora es urbano (Smith , 2011).

2.3.5 Identidad Individual

La identidad personal o individual es producto de un proceso auto-reflexivo y subjetivo, desde donde los individuos como seres únicos limitan sus diferencias y semejanzas con sus pares. Es decir, se auto-asignan una variedad de atributos de valorados generalmente a partir de la cultura y que son propensos a mantenerse durante largos períodos de tiempo.

Este concepto involucra los siguientes aspectos: es protagonista de cambios y acciones, tienen limitaciones, se diferencia de los demás, es reconocido por los demás como semejante y a la vez particular (Gimenez , 2010).

2.4. Respuesta Emocional

La emoción no es una sensación propia del sujeto, en el sentido, de que la construcción y aparición de la emoción, depende de las relaciones sociales y significantes que el individuo haya construido con su mundo exterior; es en la relación con su medio y su contexto cultural, en el que las emociones afloran mediante un proceso de interiorización, en donde se le da un significado afectivo a diferentes sucesos, acciones, situaciones, personas, olores, sabores, fantasías, ideas y pensamientos, a cualquier tipo de percepciones externas, accesibles a través del cuerpo y a percepciones internas accesibles por medio de la psique.

Habitualmente se entiende por emoción una experiencia multidimensional afectiva, agradable o desagradable, que cuenta con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo.

Según Reeve (1994), la emoción tiene tres funciones principales:

- a. Funciones adaptativas
- b. Funciones sociales
- c. Funciones motivacionales

2.4.1 Funciones adaptativas

Dicha emoción sirve para facilitar la conducta apropiada, lo cual le confiere un papel de extraordinaria relevancia en la adaptación, dicha emoción es la encargada de preparar al organismo para que ejecute eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizand o la energía necesaria para ello, así como dirigiendo la conducta (acercando o alejando) hacia un objetivo determinado.

2.4.2 Funciones Sociales

La expresión de las emociones permite a los demás predecir el comportamiento asociado con las mismas, lo cual tiene un indudable valor en los procesos de relación interpersonal, destaca varias funciones sociales de las emociones, como son las de facilitar la interacción social, controlar la conducta de los demás, permitir la comunicación de los estados afectivos, o promover la conducta pro social.

2.4.3 Funciones motivacionales

La relación entre motivación y emoción no se limitan al hecho de que en toda conducta motivada se producen reacciones emocionales, sino que una emoción, puede determinar la aparición de la propia conducta motivada, dirigirla hacia determinado objetivo y hacer que se ejecute con intensidad.

2.5. Análisis Del Contenido

Los datos cualitativos, se los puede analizar en búsqueda de datos, haciendo de estos un acercamiento, o “jugar” con ellos buscando un patrón repetitivo en sus palabras y acciones, pudiéndose tomar los temas clave, haciendo que los lectores o personas que van a investigar piensen por si mismos en el significado de las historias y lo que dicen, siendo en ocasiones cuestionado por su veracidad, lo que se busca es un entendimiento plausible y nuevo de las vidas de las personas que ofrecen el detalle (Miller, 2011).

Es útil leer los discursos y los contenidos para leer la realidad social, de esta manera, se relaciona directamente con el ya mencionado giro discursivo, que plantea una perspectiva nueva y alternativa a la de la filosofía de la conciencia, respecto de los objetos de estudio y la objetivación de lo conocido. Se puede decir que con el giro discursivo se pasa de un paradigma que ponía las ideas y la introspección racional en el centro de la observación certera del mundo, a otro que prioriza la observación y el análisis de los discursos (Miller, 2011).

Esto implica un cambio epistémico radical en la mirada científica. Como bien lo aclara Ibáñez (2003), la dicotomía mente/mundo es reemplazada por la dualidad discurso/mundo. En esta visión, el lenguaje no se considera solamente un vehículo

para expresar y reflejar nuestras ideas, sino un factor que participa y tiene injerencia en la constitución de la realidad social. Es lo que se conoce como la concepción activa del lenguaje, que le reconoce la capacidad de hacer cosas (Austin 1982) y que, por lo mismo, nos permite entender lo discursivo como un modo de acción. Por consiguiente, lo social como objeto de observación no puede ser separado ontológicamente de los discursos que en la sociedad circulan.

Estos discursos, además y a diferencia de las ideas, son observables y, por lo mismo, constituyen una base empírica más certera que la introspección racional. Todo lo anterior permite afirmar que el conocimiento del mundo no radica en las ideas, sino en los enunciados que circulan. Como se puede apreciar, este paradigma le reconoce al lenguaje una función no sólo referencial (informativa) y epistémica (interpretativa), sino también realizativa (creativa), o, generativa (Santander, 2011).

Historia de vida siendo un método cualitativo con descripción con profundidad de la vida de un individuo relatada al investigador, A principios del siglo XX, Franz Boas rechazaba este método como anticientífico, dado que los participantes podían mentir o exagerar. (Miller, 2011)

Otros disienten con esta perspectiva, argumentando que una historia de vida contiene una información muy rica sobre los individuos y su forma de pensar, con independencia de cuánto la puedan “distorsionar”. Por ejemplo, algunos antropólogos han puesto en duda la precisión de ciertos pasajes de Nisa: *The Life and Times of a !Kung Woman* [Nisa: la vida y tiempo de una mujer !Kung], probablemente la historia de vida más leída de la antropología, es un libro sobre una mujer ju/'hoansi del desierto del Kalahari, en el sur de África, el libro ofrece detalles muy ricos sobre su infancia y varios matrimonios. El valor de la narración, más allá de la veracidad, estriba en que conocemos de Nisa lo que ella quiera contarnos, su propia visión de sus experiencias. En antropología cultural, las narraciones son “datos”, por lo que es “verdadero” todo lo que Nisa relató a Marjorie Shostak (Miller, 2011).

En los primeros tiempos de la investigación mediante historias de vida, los antropólogos trataban de elegir a un individuo que fuera, en cierto modo, típico, medio

o representativo. Sin embargo, no es posible dar con una persona que sea representativa de una cultura completa en sentido científico. En su lugar, los antropólogos buscan ahora individuos que ocupen nichos sociales especialmente interesantes. Por ejemplo, Gananath Obeyesekere analizó las historias de vida de cuatro personas cingalesas, tres mujeres y un varón. Todos se habían hecho devotos hinduistas y ascetas, como se distinguía por su cabello profusamente enredado, retorcido en espirales como una serpiente, de manera permanente y ya imposible de peinar. Según los devotos, en su pelo enredado está presente una deidad.

2.6. La Etnografía

En muchos sentidos la etnografía es la forma más básica de investigación social. No sólo tiene una larga historia, sino que también guarda una estrecha semejanza con la manera cómo la gente otorga sentido a las cosas de la vida cotidiana. Algunos autores ven en ello su fuerza básica, mientras otros lo ven como una importante debilidad. La etnografía ha sido a veces descalificada como impropia para las ciencias sociales, porque los datos e información que ella produce son «subjetivos», meras impresiones idiosincrásicas, que no pueden proporcionar un fundamento sólido para el análisis científico riguroso. Otros argumentan que sólo a través de la etnografía puede entenderse el sentido que da forma y contenido a los procesos sociales. Métodos «artificiales», tales como experimentos y entrevistas codificadas, son rechazados bajo el argumento de que estos procedimientos son incapaces de captar el significado de las actividades humanas cotidianas (Hammersley, 2004).

Positivismo. - «positivismo» se usa con una variedad de sentidos confusos. Durante los últimos diez años se ha convertido en un término del cual han abusado los científicos sociales. Los principales dogmas del positivismo pueden ser desarrollados de la forma siguiente:

1. La ciencia natural, concebida en términos de la lógica del experimento, es el modelo de la investigación social. Aunque es cierto que los positivistas no quieren decir que todos los métodos de las ciencias naturales sean iguales, sí que asumen que ellos comparten una lógica común (Hammersley, 2004).

2. Leyes universales. El positivismo ha adoptado una concepción característica de la explicación, normalmente llamado modelo de la «ley protectora». Aquí los eventos son explicados siguiendo un método deductivo, por medio del apelo a leyes universales que establecen relaciones regulares entre variables, y que permanecen constantes en todas las circunstancias.

3. El lenguaje de la observación neutral. Por último, se le otorga prioridad epistemológica y/u ontológica a los fenómenos que son directamente observables; cualquier apelación a intangibles corre el riesgo de ser descalificado como un sinsentido metafísico.

Para el positivismo el objetivo es descubrir leyes universales o al menos elaborar explicaciones acerca de fenómenos particulares formuladas en términos de leyes universales. Por otra parte, para el naturalismo, la única tarea legítima es la descripción cultural.

En tanto de esta manera naturalista, el manejo y la interpretación de datos en el estudio etnográfico tiene importante transcendencia en esta investigación. (Hammersley, 2004).

Capítulo 3 . **METODOLOGIA**

3.1. Preguntas de investigación

¿Cómo el contexto cultural refuerza la respuesta emocional?

¿Cuáles son los síntomas somáticos que la población manifiesta como respuesta a eventos negativos o traumáticos?

¿Cómo la población rural de Pedro Vicente Maldonado manifiesta el sufrimiento?

3.2. Objetivos

3.2.1 General

Conocer cómo la dimensión cultural influencia la expresión de síntomas somáticos, como parte de la expresión emocional, ante eventos negativos o traumáticos en las familias rurales del noroccidente de Pichincha

3.2.2 Específicos

- 1.- Describir y analizar el contexto cultural y sus manifestaciones en las familias rurales de Pedro Vicente Maldonado
- 2- Develar si existe relación entre la expresión de síntomas somáticos y el sufrimiento.
- 3.- Reconocer los caminos de la cura que siguen los pacientes con síntomas somáticos
- 4.- Determinar cómo la comunidad rural del noroccidente de Pichincha, refuerza el sufrimiento.

3.3. Métodos y técnicas

Se realizó un estudio cualitativo, ya que es el adecuado en las investigaciones donde se conoce poco de un fenómeno y no hay teorías suficientes.

En un sentido amplio, se puede definir como la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, bien sea habladas o escritas, el lenguaje corporal y la conducta observable (Quecedo & Castaño, 2002).

El enfoque cualitativo posibilita la exploración e indagación sobre las expresiones del sufrimiento y cómo los individuos y las familias lo expresan, mediante la búsqueda de la posible relación con somatización.

Además, ésta captura los aspectos individuales de la experiencia humana en su totalidad, siendo la más adecuada para obtener un panorama holístico de las experiencias vividas por los informantes.

De esta manera, se genera la interacción social entre los informantes y el investigador directamente en el lugar donde hacen vida los informantes exigiendo un levantamiento de información de manera sistemática y procurando que en ningún momento sea invasivo (Carrasco & Febrel, 2014).

Como método de investigación se empleó la etnografía que consiste en la descripción detallada de una cultura viva, por medio de la observación personal y el estudio en búsqueda de conocer sobre la cultura y obtener hallazgos sobre la misma (Miller, 2011).

Se utilizó entrevistas semiestructuradas, e historias de vida como técnicas metodológicas.

Una entrevista es una técnica de recogida de datos verbales por medio de preguntas o una conversación con guion o dirigida. Esta es más dirigida que una conversación casual (Miller, 2011).

Una historia de vida es un método cualitativo, una descripción en profundidad de la vida de un individuo relatada al investigador (Miller, 2011).

Está encaminada a generar versiones alternativas de la historia social, a partir de la reconstrucción de las experiencias personales. Se constituye en un recurso de primer orden para el estudio de los hechos humanos, porque facilita el conocimiento acerca

de la relación de la subjetividad con las instituciones sociales, sus imaginarios y representaciones (Puyana, 1994).

3.3.1 Operacionalización de variables

Cuantitativas: Al tratarse de un estudio cualitativo se complementó inicialmente con una breve sección para obtener el perfil de nuestros informantes.

Tabla 1. Tabla operacional de variables cuantitativas

Variable	Definición	Indicador	Instrumento
Sexo	Biológico del paciente	Femenino Masculino	Frecuencia Porcentaje
Edad	Edad cronológica del paciente	Años	Frecuencia Porcentaje
Estado civil	Situación de la persona en relación a otra creando lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto	Soltero Casado Otros	Frecuencia Porcentaje
Cantón de procedencia	Cantón de la provincia donde nace o reside una persona (cercano a PVM)	San miguel los Bancos Puerto Quito Pedro Vicente Maldonado	Frecuencia Porcentaje
Situación laboral	Actividad física o intelectual que recibe algún tipo de remuneración	Nominal	Frecuencia Porcentaje

Elaborado por: Las investigadoras.

Tabla 2. Tabla de operación de variables cualitativas

Variable	Definición	Indicador	Instrumento
Somatización	Proceso mediante el cual las personas experimentan y expresan malestar emocional a través de síntomas físicos siendo estos carentes de causa orgánica. (Orejudo Hernandez, Soler, & Alparicio, 2014)	Síntomas físicos sin causa orgánica	Entrevista semiestructurada y observación Historia de vida
Enfermedad	Alteración del estado físico, psicológico y social (Alarcón, 2012)	Físico Psicológico Social	Entrevista Semiestructurada y observación Historia de vida
Sufrimiento	Padecimiento, pena o dolor que experimenta un ser vivo que se refleja en un padecimiento , agotamiento o infelicidad (Alarcón, 2012)	Padecimiento Pena Dolor	Entrevista Semiestructurada y observación Historia de vida
Respuesta emocional	Reacciones Psicofisiológicas que reflejan modos de adaptación a ciertos estímulos. (Levenson R. , 2005)	Emoción positiva Emoción negativa	Entrevista semiestructurada y observación Historia de vida
Cultura	Creencias y comportamientos de las personas aprendidos y compartidos. (Miller, 2011)	Creencias Comportamiento	Entrevista semiestructurada y observación participativa Historia de vida

Elaborado por: Las investigadoras.

3.3.2 Universo y selección de informantes

El universo está conformado por las familias representativas de las zonas de afluencia del hospital Pedro Vicente Maldonado, se escogió a través de un paciente índice diagnosticado de somatización; se llevó a cabo este año electivo 2018, la selección de

informantes se hizo posterior a la realización de una fase investigativa, para crear un vínculo de confianza y poder identificar los posibles informantes.

Se escogió 18 informantes en total, entre diversos grupos etarios tomando en cuenta que los que más acuden están entre las edades de 15 y 40 años, se realizó seis (6) entrevistas semiestructuradas en familias de los (3) cantones que nos permiten obtener una muestra representativa.

Se escogió predominantemente a pacientes de sexo femenino debido a que las estadísticas muestran un mayor predominio de somatización en este sexo en una proporción de 10:1 (Kurlansik & Maffei, 2016).

Tabla 3. Tabla de selección de informantes para entrevista

Cantón	Nº de informantes	Características
San Miguel de los Bancos	1 hombre 1 mujer 2 mujer 1 mujer 1 mujer	15-19 años (adolescentes) 20-34 años (adulto joven) 35-49 años (adulto medio) 50-64 años (adulto maduro) >65 años (adulto mayor)
Pedro Vicente Maldonado	1 mujer 1 mujer 2 hombre 1 mujer 1 mujer	15-19 años (adolescentes) 20-34 años (adulto joven) 35-49 años (adulto medio) 50-64 años (adulto maduro) >65 años (adulto mayor)
Puerto Quito	1 mujer 1 mujer 2 mujer 1 hombre 1 mujer	15-19 años (adolescentes) 20-34 años (adulto joven) 35-49 años (adulto medio) 50-64 años (adulto maduro) >65 años (adulto mayor)

Elaborado por: Las investigadoras.

Se realizó historias de vidas de por lo menos 3 (tres) pacientes, que nos proporcionaron mayor información acerca de su cultura y su propia visión de sus experiencias, de igual

manera el mayor número escogido fue de sexo femenino, los pacientes se escogieron de acuerdo a la apertura que se generó para su realización y en los que demuestren mayor sufrimiento.

Tabla 4. Tabla de selección de informantes para Historia de Vida

Cantón	N° de informantes	Edades
San Miguel de los Bancos	1 mujer	15- 40 años
Pedro Vicente Maldonado	1 mujer	15- 40 años
Puerto Quito	1 hombre	15 – 40 años

Elaborado por: Las investigadoras.

La presente investigación se llevó a cabo en las zonas de afluencia del Hospital Docente “Pedro Vicente Maldonado”, localizado en el cantón de Pedro Vicente Maldonado, ubicado al Noroccidente de la provincia de Pichincha; atendiendo a los habitantes de los cantones Pedro Vicente Maldonado, San Miguel de los Bancos y Puerto Quito.

El Hospital Pedro Vicente Maldonado, fue inaugurado el 6 de diciembre del 2000, está ubicado en la calle Manuel Córdova Galarza y 26 de septiembre, es un Hospital Rural Básico, basado en Medicina Familiar, además, presta atención de varias especialidades, cuenta con el servicio de ecografía, rayos X y laboratorio clínico. Desde hace 10 años, es un espacio para la formación de médicos de postgrado (Herrera D. , 2013).

Según datos obtenidos del sistema SOPHI, para el año 2017, hubo un total de 13.040 consultas externas en pacientes de todas las edades, con un promedio de 1.086 consultas mensuales y un promedio de 36 consultas externas diarias de Medicina Familiar, de las cuales 6.303 (48.3%) son varones y 7.783 (59.6%) son mujeres, el grupo de edad que más acude son personas entre 15 a 40 años.

El 62.8% son pertenecientes al Cantón Pedro Vicente Maldonado, el 20.2% de Puerto Quito y el 11% de los Bancos, otras zonas de afluencias en menor proporción son la Concordia, Quito y Quinindé (García & Tamami, 2017).

El cantón Pedro Vicente Maldonado, según el censo nacional de INEC del año 2010, su población ascendía a 12.924 habitantes, con un territorio de 656.50 km², ubicándose a 116 km de la capital de la República, que es la ciudad de San Francisco de Quito. El 43.0% de dicha población está considerada como urbana, mientras que el 57.0% restante se considera como rural (INEC, 2010).

El cantón San Miguel de los Bancos de la provincia de Pichincha tiene una población de 17.573 habitantes, donde el 27.4% está localizado en la zona urbana y el 72.6% restante en zona rural (INEC, 2010).

El cantón Puerto Quito constituye el 7.3% del territorio de la provincia de Pichincha con una Población de 20.445 habitantes de la cual el 15,1% está considerado como urbano y el 84.9% como rural (INEC, 2010).



Fotografía 1. Hospital Docente "Pedro Vicente Maldonado"

Fuente: Elaboración propia.

3.3.3 Criterios de Inclusión

- Sujetos informantes residentes por más una generación en el cantón.
- Paciente mayor de 15 años de edad.
- Sujetos informantes que residen en las zonas de afluencia al Hospital Pedro Vicente Maldonado.
- Sujetos informantes que acepten mediante consentimiento informado ser parte del estudio.

3.3.4 Criterios de Exclusión

- Sujetos informantes sin residencia permanente.
- Sujetos informantes con un trastorno psiquiátrico establecido.
- Sujetos informantes que no deseen formar parte del estudio.
- Sujetos informantes de asentamiento reciente.

3.4. Procedimiento de recolección de información

- 1) Fase exploratoria mediante observación y creación de una conexión con los participantes.
- 2) Elección de participantes mediante criterios de inclusión.
- 3) Elección de participantes mediante criterios de exclusión.
- 4) Elección de informantes representativos.
- 5) Realización de la entrevista semiestructuradas.
- 6) Realización de Historias de Vida.

3.5. Plan de análisis de datos

Una vez recogida la información de manera escrita y mediante grabación de voz de las historias de vida, se transcribió en una bitácora en documento de Word 2016, para su posterior ordenamiento, análisis e interpretación de resultados.

Tabla 5. Perfil de los Informantes de entrevistas

	Características	Perfil
1	Hombre, San Miguel de los Bancos	18 años, ocupación agricultor
2	Mujer , San Miguel de los Bancos	28 años, ocupación agricultor
3	Mujer, San Miguel de los Bancos	45 años, ocupación empleada Patronato
4	Mujer, San Miguel de los Bancos	38 años, ocupación educadora
5	Mujer, San Miguel de los Bancos	58 años, ocupación ninguna
6	Mujer, San Miguel de los Bancos	70 años, ocupación ninguna
7	Mujer, Pedro Vicente Maldonado	16 años, estudiante
8	Mujer, Pedro Vicente Maldonado	25 años, agricultora
9	Hombre, Pedro Vicente Maldonado	38 años, agricultor fábrica de palmito
10	Hombre, Pedro Vicente Maldonado	40 años, empleado público
11	Mujer, Pedro Vicente Maldonado	47 años, ninguna
12	Mujer, Pedro Vicente Maldonado	78 años, ninguna
13	Mujer, Puerto Quito	15 años , ninguna
14	Mujer, Puerto Quito	25 años, educadora
15	Mujer, Puerto Quito	36 años, agricultura
16	Mujer, Puerto Quito	49 años, educadora
17	Hombre, Puerto Quito	58 años, agricultor en fábrica de palmito
18	Mujer, Puerto Quito	68 años, ninguna

Tabla 6. Perfil de Individuos de Historia de Vida

	Características	Perfil
1	Hombre, Puerto Quito	36 años, Agricultor
2	Mujer, Pedro Vicente Maldonado	40 años, Empleada pública
3	Mujer, San Miguel de los Bancos	45 años, Ninguna

Tabla 7. Edad

Edad (Años cumplidos)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	15-19	3	14.3	16.7	16.7
	20-34	3	14.3	16.7	33.3
	35-49	6	28.6	33.3	66.7
	50-64	3	14.3	16.7	83.3
	>65	3	14.3	16.7	100.0
	Total	18	85.7	100.0	
Perdidos	Sistema	3	14.3		
Total		21	100.0		

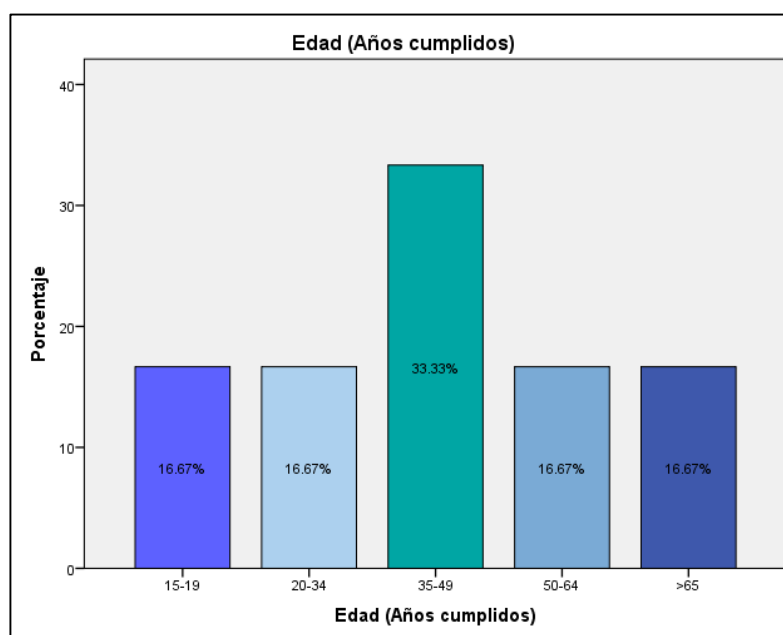


Gráfico 1. Edad

Tabla 8. Estado Civil

Estado Civil					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero/a	2	11.1	11.1	11.1
	Casado/a	6	33.3	33.3	44.4
	Unión Libre	7	38.9	38.9	83.3
	Viuda	3	16.7	16.7	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

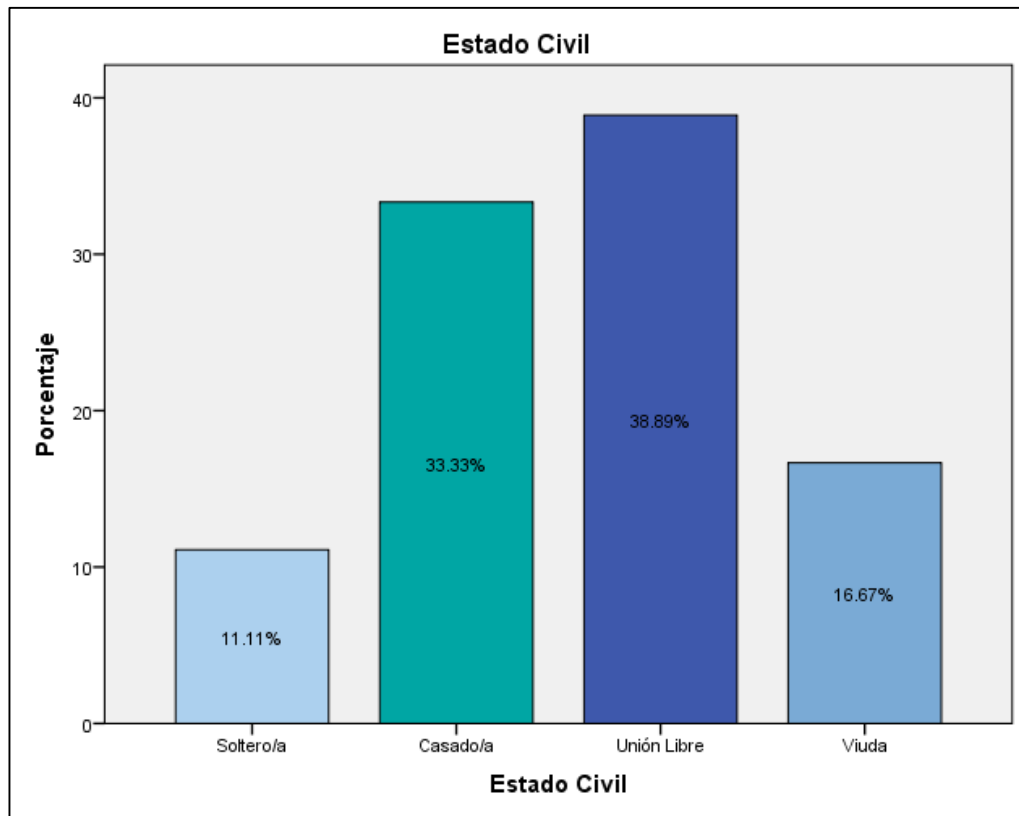


Gráfico 2. Estado Civil

Tabla 9. Sexo

Sexo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	13	72.2	72.2	72.2
	Masculino	5	27.8	27.8	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

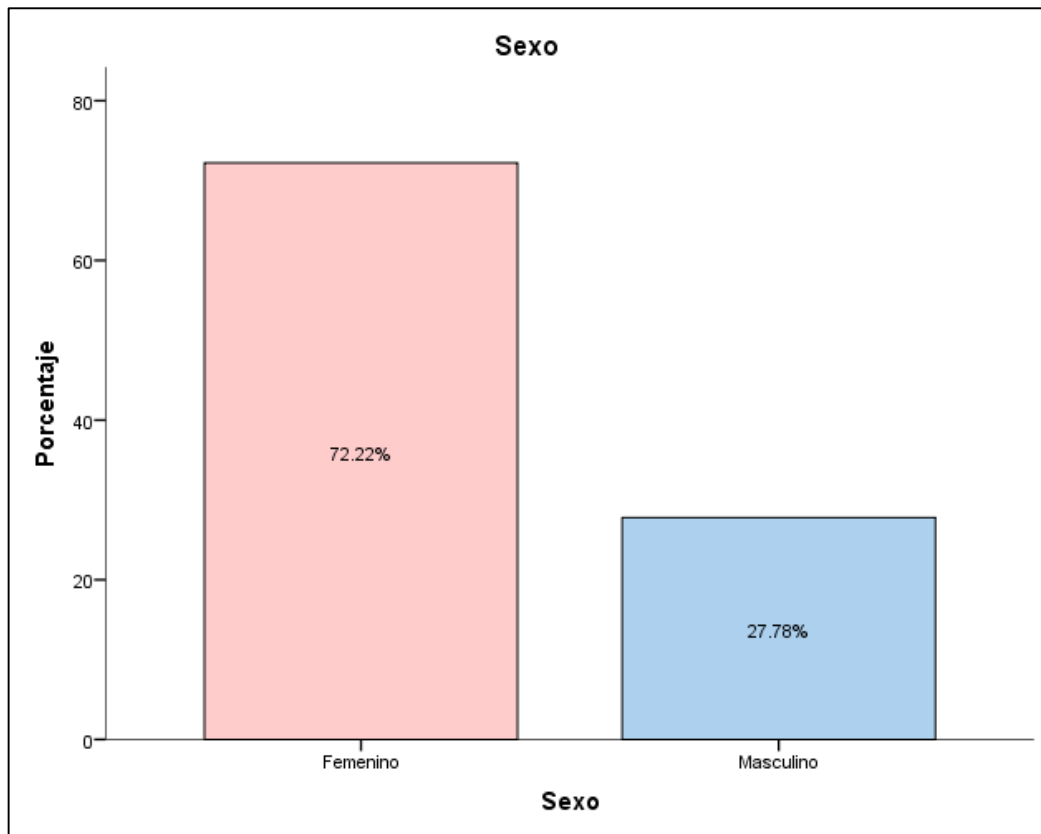


Gráfico 3. Sexo

Tabla 10. Escolaridad

Escolaridad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Analfabeto	1	5.6	5.6	5.6
	Primaria Completa	5	27.8	27.8	33.3
	Primaria Incompleta	2	11.1	11.1	44.4
	Secundaria Completa	3	16.7	16.7	61.1
	Secundaria Incompleta	2	11.1	11.1	72.2
	Superior	3	16.7	16.7	88.9
	Educación Básica	2	11.1	11.1	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

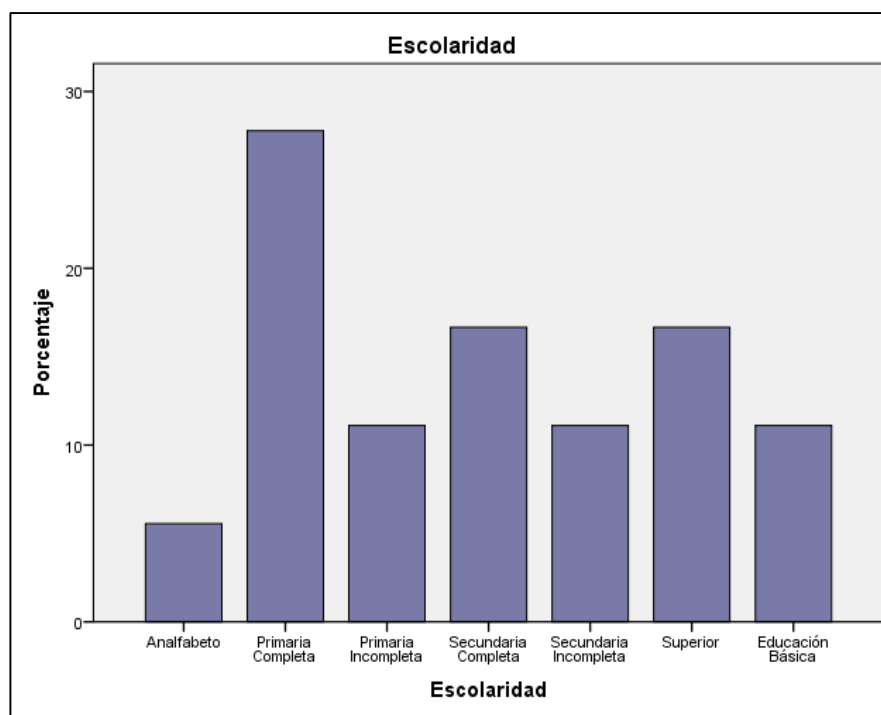


Gráfico 4. Escolaridad

Tabla 11. Ocupación

Ocupación					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Agricultor	7	38.9	38.9	38.9
	Ama de casa	3	16.7	16.7	55.6
	Docente	3	16.67	16.67	72.27
	Ninguna	1	5.6	5.6	77.87
	Empleado Privado	2	11.1	11.1	88.97
	Empleado Público	1	5.6	5.6	94.57
	Estudiante	1	5.6	5.6	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

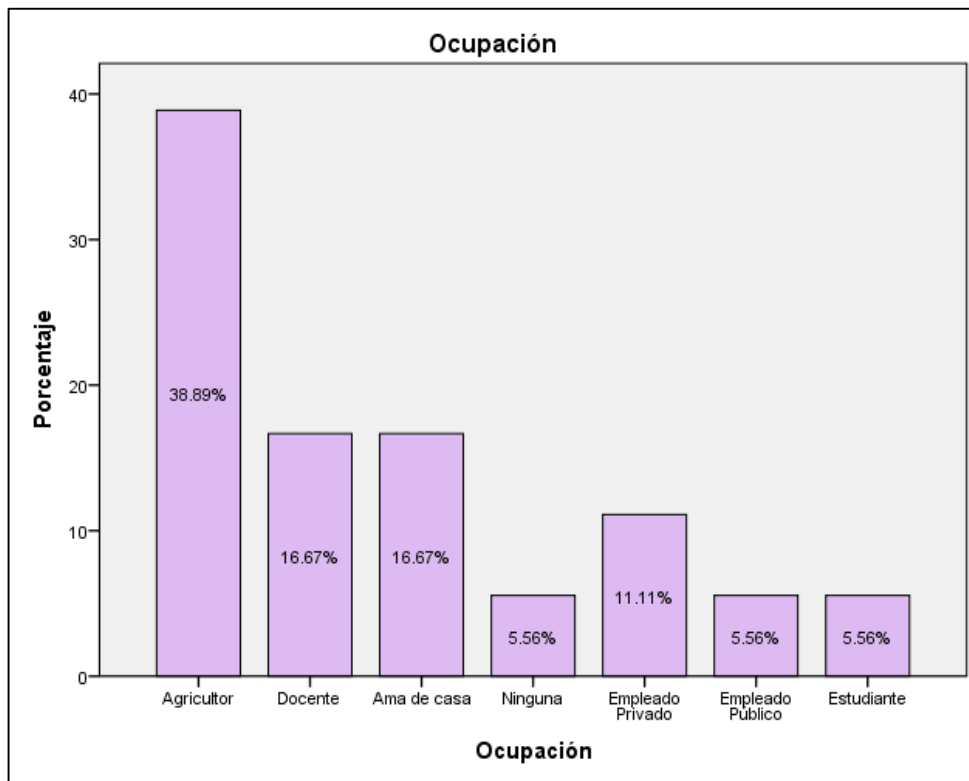


Gráfico 5. Ocupación

Tabla 12. Cantón de procedencia

Cantón de procedencia					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	San Miguel de los Bancos	6	33.3	33.3	33.3
	Pedro Vicente Maldonado	6	33.3	33.3	66.7
	Puerto Quito	6	33.3	33.3	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

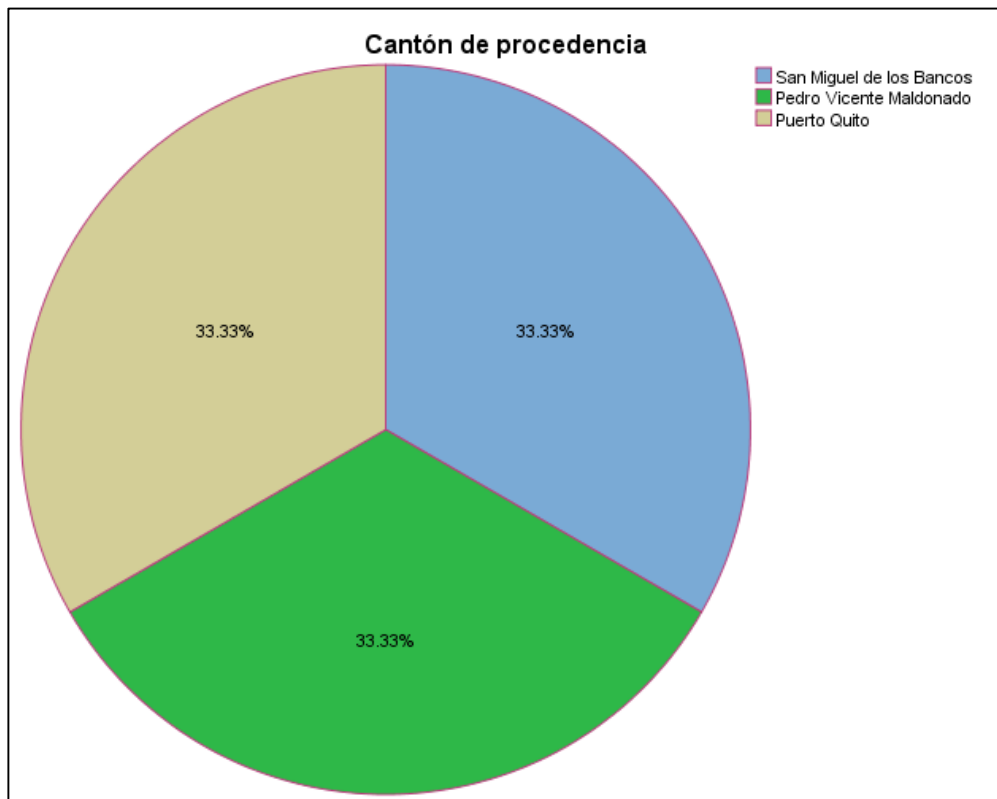


Gráfico 6. Cantón de procedencia

Capítulo 4 .
RESULTADOS

4.1. El Contexto Cultural y sus manifestaciones en las familias rurales de Pedro Vicente Maldonado

El Noroccidente de Pichincha, está formado por los cantones Puerto Quito, Pedro Vicente Maldonado y San Miguel de los Bancos, tiene una población rural de acuerdo a estadísticas de población y vivienda emitidas por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos INEC, 2010 de 63,573 habitantes (INEC, 2010). La densidad poblacional habitantes/km² está distribuida de la siguiente manera: Pedro Vicente Maldonado con 19,14 siendo la más baja; Puerto Quito 31,9 con la densidad más alta de la zona; y San Miguel de los Bancos con 21,98. Los límites al Norte: Provincia de Esmeraldas e Imbabura; Sur–Oeste: Provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas; Este: Distrito Metropolitano de Quito (Velasco, 2017).

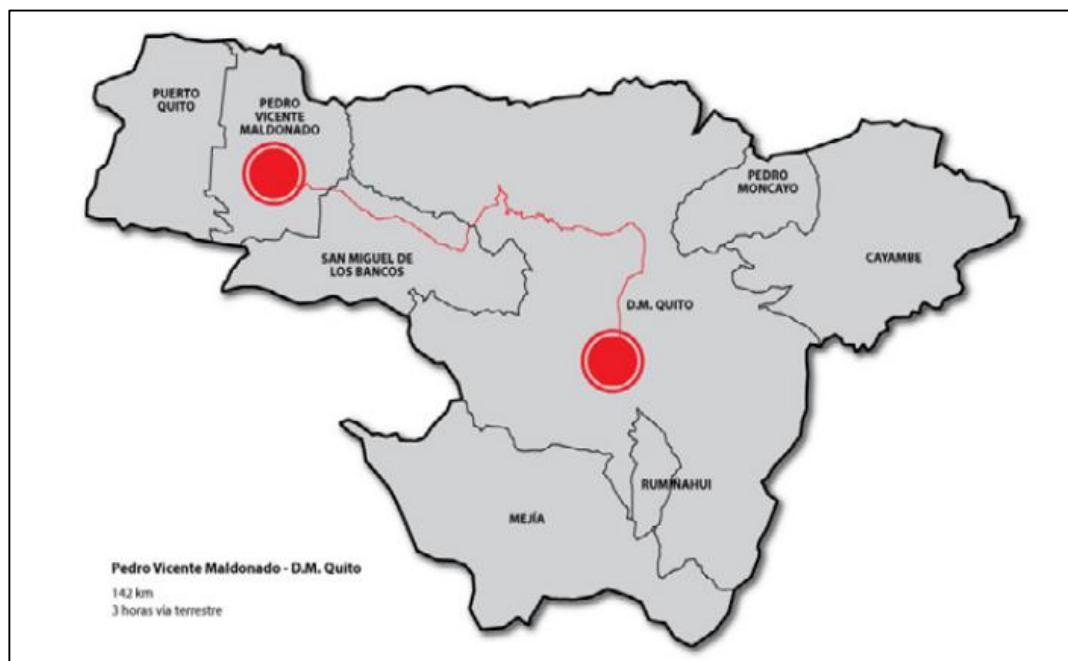


Gráfico 7. Noroccidente de Pichincha (Google Maps, 2018).

Este territorio se divide en tres cantones desde el año 1992, casi todos los pobladores se declaran católicos y han sabido conservarse en el “catolicismo”, existen otras Iglesias como la adventista, evangélica, entre otras que representan un bajo porcentaje.

Unas de las mayores problemáticas, es el desempleo, registrándose una tasa del 8,87%, que en comparación con los restos de cantones del país es relativamente alta, registrándose además el 93.5% de la población en situación de pobreza (Velasco, 2017).

Los pobladores de esta zona tienen como principal actividad económica la ganadería, además de silvicultura y pesca que representa el 39%, el 14% se dedica a actividades de enseñanza, el 8% a las actividades profesionales y el 7% a las actividades relacionadas con alojamiento y de comidas (Velasco, 2017).

En cuanto a la instrucción en la zona noroccidental se estima que 4,4 de cada 10 personas han terminado la primaria; la secundaria solo 2,1 personas y 1,1 personas el nivel de educación básica. El acceso a carreras universitarias es de 4,96%, en cuanto al Post grados el promedio es de 0,29% (Velasco, 2017).

En el cantón Pedro Vicente Maldonado es donde existe mayor índice de analfabetismo con valores altos que están entre el 16% y 24%. (Velasco, 2017).

Se autodefinen como mestizos el 82,03% de la población, como blanco el 6,17 %, el 3,28% mulato, 2,88% afro ecuatoriano y 2,51% como montubios (Velasco, 2017).

Los residentes no originarios provienen principalmente de distintos cantones de la provincia de Manabí, de Pichincha y de Esmeraldas (Velasco, 2017).

El Noroccidente de Pichincha tiene un déficit con una cobertura de servicios de agua entubada por red pública del 49.45% y de alcantarillado del 28.05%, el cantón con más déficit de cobertura es Puerto Quito. El acceso a energía eléctrica en la zona es superior al 93,75% (Velasco, 2017).

A la región se accede por carretera (desde Quito) por la vía Calacalí- la Independencia por una vía de primera orden, inaugurada recién en 1995 (Velasco, 2017).

“El monte” ha sido el lugar común para definir lugares como el Noroccidente de Pichincha, donde la naturaleza parece resumir las condiciones y características regionales más difíciles como lluvias, ríos desbordados, exposición a accidentes ofídico, además en su condiciones de zona rural aún persiste con déficit de accesos a la educación, falta de servicios básicos, explotación laboral con jornadas extensas de trabajo con remuneración básica, lo que genera que las pocas personas que llegan a este lugar terminen retirándose al verlo aun como un lugar “rural” retrasado de desarrollo, la mayoría de profesionales que vienen de estudiar en grandes ciudades, ven a esta zona como la última opción de trabajo, y terminan buscando lugares con mayores comodidades, perpetuando aún más las carencias (Velasco, 2017)..

Sin embargo, esta zona, llamada de forma común “montaña.” significa para sus pobladores el más común de los lugares. Es decir, la vida social ha pasado por un proceso histórico de adaptación al contexto donde la vida de los pobladores actuales, los hijos y los nietos de los colonos, ha heredado de sus predecesores una serie de prácticas sociales que han hecho que la vida y la adversidad entendida como una sola, sea una circunstancia cotidiana. *“Tierra, Clima, Gente, Pedro Vicente Maldonado Excelente”* (Velasco, 2017).

Para iniciar el análisis de los datos, como se lo hace al tomar una fotografía, el estudio etnográfico apunta a captar imágenes de la realidad social, participando de ellas y traduciéndolas en un texto. El texto, como imagen re-producida, se construye desde las observaciones realizadas y experiencias vividas, los testimonios recogidos, los discursos escuchados, las narrativas consultadas (Álvarez, 2008).

Esa re-construcción del mundo social es uno de los principales debates que ronda a la antropología toda vez que, la subjetividad en el análisis social pone en entredicho las pretensiones objetivistas de una ciencia que se propone construir conocimiento riguroso, pero que no pretende ser exacta en tanto se puede valer de los más variados recursos para aprehender las imágenes de la realidad social estudiada (Álvarez, 2008).

El contexto en el que se desenvuelven estas familias implica factores que desarrollan y afectan en la vida de cada uno de ellos, y de sus comunidades, haciendo de estos

habitantes un cambio por tanto se describe la población de Pedro Vicente Maldonado como una población joven, cuya primera generación está conformada de colonos y la segunda generación de personas nacidas en estos cantones, que tienen actualmente alrededor de 50 años. Se puede decir que estas familias se desarrollan dentro de varios contextos esto es, unidad ante la adversidad, quiere decir que hace de la comunidad un apoyo total ante eventos catastróficos, tanto dados por la naturaleza como ante aquello que implican la vida, además la actitud machista de los pobladores quienes con cierta agresividad están siempre alertas ante cualquier acto de violencia hacia ellos, no importa la intensidad de estos eventos sino, no justifican la “humillación” hacia ellos.

Es común al adentrarse en sus actos, visualizar como entre estos, frecuentan los espacios sociales comunitarios fiestas rituales, celebraciones religiosas, que hacen que la comunidad en si se “una” y de esta manera acariciar apoyo entre ellos y además de medidas empíricas.

La búsqueda por último de la población forense, es que a pesar de que algunos han logrado un status, o su instrucción les permitió salir de las tierras natales, siempre su búsqueda final son actos en la naturaleza, buscar espacios y retornar a ella, para tener conocimiento de ella, y en ocasiones se puede decir depender de estas tierras con cierto respeto y temor sin conocer las dimensiones de la misma.

4.1.1 La construcción del ser hombre y ser mujer en estas poblaciones

Las definiciones culturales de masculinidad y feminidad se contemplan como construcciones históricamente emergentes y estructuralmente dinámicas a través de las cuales los individuos y grupos interpretan activamente, comprometen y generan sus comportamientos y relaciones cotidianas (Garzón, 2015).

...resulta que cuando nos casamos, empezó mi tormento todos los días me recordó al otro, es decir nunca dejó de ser el otro, hasta cuando teníamos relaciones sexuales: Yo le decía como mujer porque no hacemos así y entonces él me decía, con el otro has de haber hecho así. Y hasta el colmo que llegó a los hijos a contarle, le contó a mi hermana, a mi mamá, a mi papá eso hizo, porque él me engañó a mí, me hacía verle con una, con otra, me veía la cara sólo por ser gordita y la ignorancia mía me dejé engordar, no me cuidé, en vez de yo decir no, no vale, mejor me voy a poner bien, no decía mejor que chupe,

este que odia las gordas y yo más gorda y ahora que yo quiero salir de esto no puedo. (Mujer, 38 años, San Miguel de los Bancos) (Perfil 4)

El ser masculino o el ser femenino, es una construcción social que normaliza al individuo socialmente, indicándole, cómo relacionarse, sentirse, expresarse e identificarse, como hombre o mujer, según la definición acordada por la comunidad, actuar conforme al rol de género determina, el ser cotidiano íntimamente (Garzón, 2015).

...estaba saliendo del cuarto agarrada de la toalla y el jabón cuando me lo encontré en toda la puerta, que a dónde me voy, qué tienes que irte a dormir, qué me voy a bañar para irme a trabajar; yo a las 4 de la mañana sabía salir con una vecina, las dos trabajábamos, me dijo descansa, le dije descanse usted que yo me voy, porque no te vas así, que sí el mozo te ve, desde ahí vino esos conflictos, se alteró. (Mujer, 47 años, Pedro Vicente Maldonado) (Perfil 11)

El texto citado, hace referencia a una manera particular de serlo, es decir, al modelo hegemónico tradicional de masculinidad y feminidad, porque son éstas en las que se apoya la sociedad patriarcal como la que se vive en el Noroccidente de Pichincha.

... me hicieron casar cuando tuve 12 años porqué me hicieron casar no sé; mis papás y los papás de él habían salido a conversar y él había sido mayor de 10 años para mí. (Mujer, 70 años, Los Bancos) (Perfil 6)

Existe un modelo hegemónico de masculinidad visto como un esquema culturalmente construido, en donde se presenta al varón como esencialmente dominante y que sirve para discriminar y subordinar a la mujer y a otros hombres que no se adaptan a este modelo.

.... Así decían los antiguos tenía que estar con el hombre sea lo que sea hasta que yo dije no, y salí a la universidad. (Mujer, 49 años, Puerto Quito) (Perfil 16)

Se evidencia el rol que la mujer ocupa dentro de la familia, que es predominantemente secundario con respecto al hombre, las mujeres son las encargadas del hogar y de todas las tareas que esto conlleva, pero sin embargo las decisiones en cuanto a cómo ocupar los recursos económicos son tomadas por el hombre, éste se encarga generalmente de desarrollar un trabajo remunerado fuera del hogar “Yo soy el que mantengo el hogar”; “Es mi responsabilidad llevar el pan a la boca”, con los ingresos se mantiene a la

familia, y con esto se siente, además, con el derecho de disponer de estos recursos tal vez con frases como: *“Yo me tomo mis tragos los fines de semana porque yo soy el que traigo la plata”*, ejerce un papel protagónico siendo la jerarquía en su hogar, la educación ha sido así *“La mujer a la cocina el hombre a la calle”*, ejerciendo conductas culturalmente aceptadas de como “debe ser” y que “debe hacer” como hombre o como mujer, y por lo que la mujer con “voz silenciosa” siempre han reclamado.

Las bajas condiciones económicas de la población en su mayoría, que conlleva a la baja escolaridad, en una cultura predominantemente machista, que genera violencia de género además de sufrimiento a quienes la padecen, expresadas como somatización.

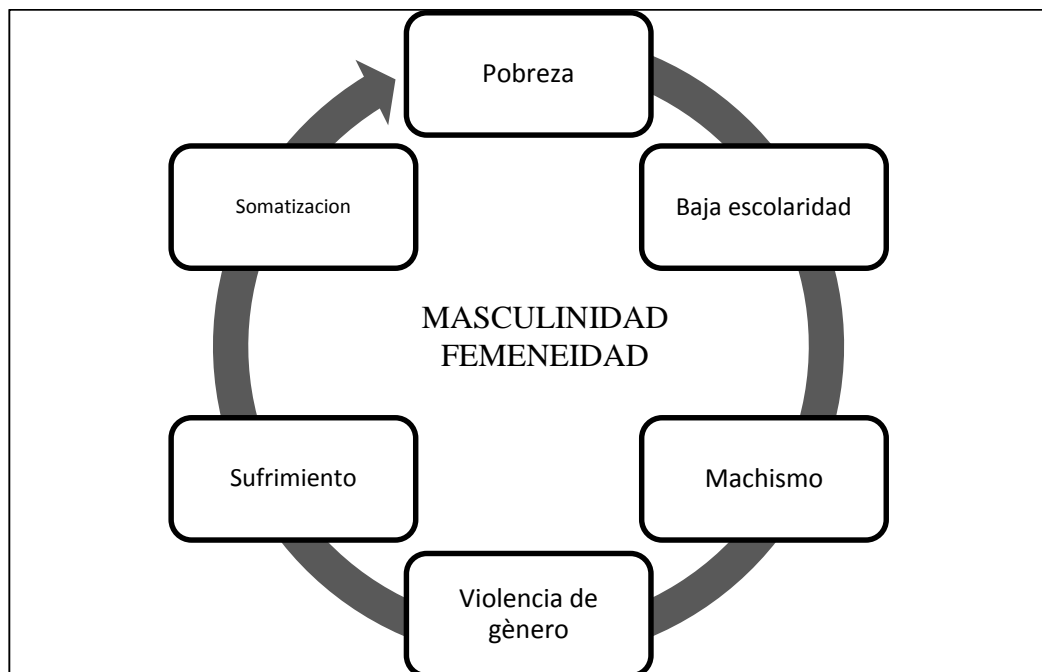


Gráfico 8. Características de la población entrevistada en la construcción del ser hombre y ser mujer en estas poblaciones

Elaborado por: Las investigadoras.

4.1.2 El contexto en el que se desenvuelven en el trabajo en el campo

En primer lugar, se triangula rápidamente en todos los discursos estudiados, la impotencia del hombre frente a la naturaleza, el río, las tormentas, los deslaves, las serpientes.

... yo bajé a piedra de vapor montada a caballo y sólo ver el río siempre tenía terror, ya en la orilla del río para subir a la Canoa la gente empezaba a subir y empecé a ver que la Canoa se empezaba a hundir, por lo cual me regresé al paso del caballo llorando, con miedo de que mi mamá me ha de pegar porque no me fui. (Mujer, 58 años, San Miguel de los Bancos) (Perfil 5)

...El mayor sufrimiento era atravesar el río verde éramos seis hijos era la primera, yo salía al campo, a ver al ganado, sacar leche, me gustaba eso si tocaba salir, salía con mi papá o mi mamá, el río nos daba miedo, cuando nos tocaba cruzar en el invierno en canoa, había tarabitas por esos cables horribles, del miedo que tenía me caí. (Mujer, 78 años, Pedro Vicente Maldonado) (Perfil 12)

El hombre en zona rural ve como normatizadores, los eventos catastróficos, todos los entrevistados muestran temor y respeto a la naturaleza, no es un rechazo es parte del compartir diario en un mundo donde los inquilinos son los pobladores y la tierra les permite vivir y subsistir, por lo que los eventos adversos, que se pueden producir son secundarios a la mala utilización de los recursos naturales de parte de la comunidad.

Existe una autopercepción de su ubicación en el fondo de la escala social; los entrevistados se ven como pobres jornaleros, agricultores o como pobres profesores que fueron enviados a zonas rurales sin poder escoger. Las condiciones económicas desde su infancia no han sido las mejores, la lucha por subsistir con lo poco que se les ha dado ha sido constante

...Era siempre lo económico, no se digo yo, como era la primera, con los uniformes que a uno apenas iba con la falda y medias, no tenía para ponerse, zapatos tampoco, y todo ahora, se da a nuestros hijos, pero a uno tocaba pasar vergüenzas, ir mal vestidos y no tener ni para el refrigerio. Eso era la vida del colegio. (Mujer, 49 años, Puerto Quito) (Perfil 16)

Una permanente sensación de incertidumbre, por las condiciones precarias en las que han vivido.

...Y me los traje, pero plata no tengo mami, allá te hemos de dar, hay también pagué el carro para todos, pagué el arriendo cuando llegué de todo eso pero nunca, nunca dijeron mami toma esto, está plata te devuelvo o ya te daré así de poco a poco, ella cuando vivía con el primer marido estaba yo ahí, cuando ella dio a luz a una niña Que tiene también, son cuatro que tiene ella, pero el marido nunca estuvo ahí de todo eso me decía préstame, préstame hasta el día de hoy, cuando tengo problemas familiares me siento sola Ahorita mismo le

digo que nadie me pregunta que debo 3 meses de arriendo. (Mujer, 45 años, San Miguel de los Bancos) (Perfil 3 Historia de Vida)

El hecho aprendido es “de que si en esta vida, se nació pobre, es para sufrir”, ante los grandes escasos de fuentes de empleo, o de ascenso social, se enseña y refuerza como aprendizaje comunitario, “el conformarse con lo que se tiene y no buscar mas allá por que no se puede”. Con la metáfora de una torta “si alguien consigue un trozo grande, necesariamente alguien se quedará con menos, y para que alguien gane necesariamente otro debe perder”; “los ricos son ricos porque roban”.

... siempre creí que el problema era yo, yo gano en mi trabajo y cojo \$57 porque todo ha sido para la casa, para ayudar a pagar el carro a él (mi esposo), Entonces me he endeudado totalmente y cuando yo necesito quien me dé no hay nadie. (Mujer, 38 años, San Miguel de los Bancos) (Perfil 4)

Cuando mi cuñado dijo Gonzalito, ayuda, en Pedro Vicente están haciendo lotizaciones vamos a coger que todavía podemos y ahí dijo que no podía porque no tenía plata y ahí le digo como quiera hemos de pagar vaya a coger como siempre les decía a mis hijos, aunque sea con yuca y verde la hemos de pasar, pero el asunto es que comprendemos. (Mujer, 40 años, Pedro Vicente Maldonado) (Perfil 2 Historia de vida)

Mi hija es la que mayores problemas económicos tiene, eso es lo que me afecta tenemos necesariamente que ayudarle yo me jubilé en sucres mi esposo ya en dólares yo ganaba 1.800.000 sucres más que menos y cuando se transformó a dólares más o menos ganaba \$80. (Mujer, 78 años, Pedro Vicente Maldonado) (Perfil 12)

Ósea qué mi mami trabajaba en esa casa, en esa finca me dijeron que si yo quería estudiar Yo le dije que sí y me fui para allá a vivir; ellos me dieron educación todo hasta quinto grado de ahí vuelta a mi mami, los señores se fueron a vivir, se iban a vivir en el extranjero Y quería una autorización de mi mamá, pero mi mamá no, no autorizó y me trajo otra vez a ese mundo feo devuelta me fui a los 13 creo, siguieron intentando usarme. (Mujer, 40 años, Pedro Vicente Maldonado) (Perfil 2 Historia de vida)

Se consideran seres vulnerables en su pensamiento, porque dependen en extremo de la comunidad para satisfacer la mayoría de las necesidades, además la persona que desee, cualquiera, puede herirnos o acabar con nuestra vida ya que para eso se vino a este mundo a sufrir, además hay que esforzarse para sobrevivir, al ser una comunidad con muchas necesidades insatisfechas, no es predominante el pensamiento occidental de triunfar o alcanzar grandes metas, sino únicamente vivir.

... Yo ya con él tenía mis cuatro hijos nosotros no fuimos ricos ni nada Él tampoco tuvo nada absoluto, Yo siempre decía no importa que sea pobre que no tenga nada Y así fue el trabajo 8 años en el cuerpo de ingenieros y venía cada 22 días él también tuvo bastante sufrimiento porque el trabajo de Él era bien fuerte en retroexcavadora estuvo en vías. (Mujer, 45 años, San Miguel de los Bancos) (Perfil 3 Historia de vida)

Vivir y estar en donde están es lo porque así les toco, “Así Dios los quiso” “esta vida fue la que me tocó”, creen que hay pocas oportunidades para salir de donde están, se conforman con lo que les tocó y hay rechazo por el miedo al cambio, su tierra es lo único que tienen, sus posiciones económica y social es la que merecen, se perpetua la pobreza, así como el sufrimiento expresado como somatización.

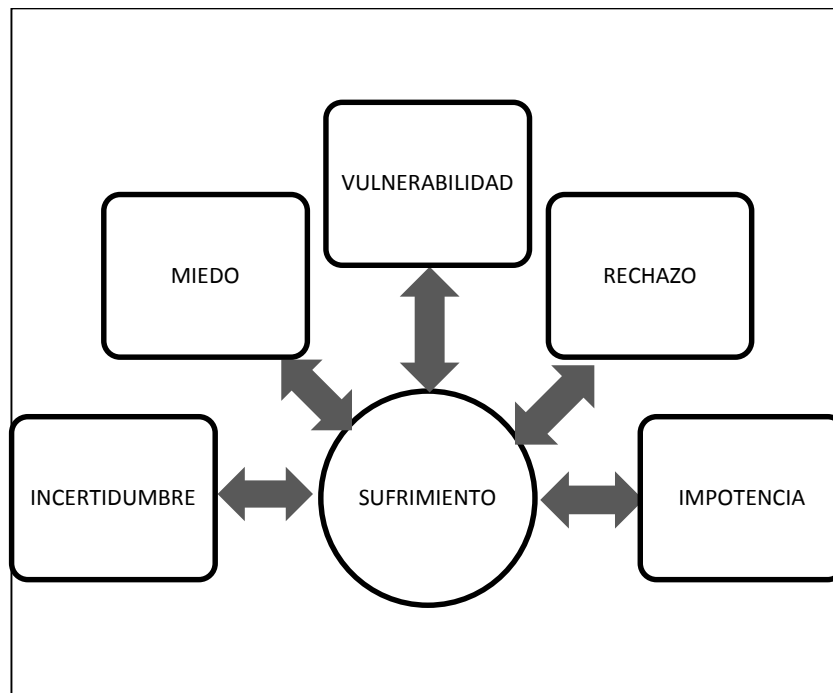


Gráfico 9. Características de la población entrevistada en el contexto en que se desenvuelven

Elaborado por: Las investigadoras.

4.1.3 Medicalización de la comunidad

La medicalización de la comunidad se ha vivido gradualmente, para graficar este fenómeno, vamos a describir a llegada a la población de la medicina occidental y sus practicantes. El primer médico Dr. Oswaldo Rocha médico urólogo, llegó a partir de 1971, quien tenía consultorio particular y se trasladaba por los tres cantones, los sábados. Por las malas condiciones de las carreteras, los carros solo llegaban al

kilómetro 115 antes de llegada a Pedro Vicente Maldonado, de ahí tocaba el traslado a pie para llegar al resto de los cantones, ya para los 90 existe el Centro de Salud de la fundación FACSA, del Dr. Vicente Hidalgo, además de contar con dos consultorios médicos privados, el Ministerio de Salud pública, contaba con un médico de planta y un médico rural, las emergencias médicas eran resueltas en el centro de salud Padre Damián en la Independencia las que alcanzaban a llegar, conocida como el kilómetro 48. En el año 2000 se abre el hospital Pedro Vicente Maldonado y con el llegar los primeros médicos especialistas y el primer postgrado en zonas rurales en Latinoamérica (Herrera D. , 2013).

Existieron varios inconvenientes luego de la construcción del primer Hospital, catalogados para algunos de sus habitantes como la “Promesa Rota”, ya que este hospital se construyó con fondos extranjeros ante la necesidad de atención médica oportuna; el proyecto fue socializado con el fin de integrar a la comunidad y varios pobladores participaron en su construcción, sin embargo, para solventarlo se brindó atención a bajo costo lo que generó en los ahora involucrados, sentimientos de rechazo y con el inicio de un conflicto que ya dura 18 años, podemos entender esto como parte del rechazo de la comunidad, a la llegada de la Medicina Occidental.

La población cree que la enfermedad también puede ser originada por causas naturales, por lo que, para su curación, utilizan plantas medicinales y acuden a los curanderos o shamanes, sin embargo, estas prácticas curativas se han ido diversificando a través de los años, con la incorporación de nuevas plantas traídas de otros lugares, así como objetos a los que se les ha asignado simbología

Reconocen muy bien la función de los doctores, pero existe una incompatibilidad clara, también presente con los mestizos entre la medicina autóctona y la occidental, de forma que un caso de brujería no puede ser tratada por el doctor el cual empeoraría los daños.

Se evidencian personas escépticas que dicen no creer en rituales de curanderos o shamanes, pero realizan rituales diarios como realizar la cruz antes de salir de sus

hogares, además de los fieles seguidores, aunque se ve una adopción de la medicina occidental como la idea de prevención y el concepto de higiene y dieta.

Consideran la debilidad como la “deseccación y debilitamiento general” de cuerpo y para ello reciclan nuevas técnicas como incorporación de vitaminas.

Las curaciones son eventos colectivos, por tanto, la comunidad no puede abandonar a los enfermos, lo que no hace la medicina pública ya que esta individualiza la enfermedad.

Existe una ruptura generacional, algunos consideran a los ancianos como fuera del tiempo, quienes optan principalmente por remedios naturales, lo que en nuevas generaciones también es practicada pero no ejercida, considerado en muchas ocasiones como acciones innecesarias, precarias, carentes de significados para ellos, esto genera enfrentamiento entre las generaciones ya que, al tener grados de instrucción, y con los diferentes medios de comunicación se han creados otras maneras pensar sin que esto signifique lo correcto.

4.1.4 El itinerario terapéutico en los pobladores del Noroccidente de Pichincha.

Al tratar de reconocer los caminos de la cura que siguen los pacientes con síntomas somáticos pudimos identificar que el paciente, primero escuchan a sus allegados quienes con un sinnúmero de “remedios caseros” y rituales simbólicos, indican poder ayudar.

... Tengo problemas de gastritis también, Pero supuestamente dicen que es bueno el jugo de la papa rallada y eso me estoy tomando yo unos 15 días con sangre de drago y para que estaba siempre con malestar y tocaba tomar Omeprazol, pero ahora, esto me está ayudando bastante. (Hombre, 18 años, San Miguel de los Bancos)

... Ella cogió una foto mía y se ha ido la Concordia donde a un curandero le ha mostrado la foto y le ha dicho que esta persona está así que esto, que el otro y ese curandero, es que le ha dicho a él le ha hecho daño a una chica. (Hombre, 36 años, Puerto Quito) (Perfil 1 Historia de vida)

El siguiente paso, es un camino desconocido, lleno de indicaciones, entre medicinas, yerbas, farmacéuticos, limpiadores, curanderos, chamanes, samanes, existiendo una elección caótica del camino a seguir.

...Somos libres de seguirlas o no si no deseamos, con un manejo de energías y un proceso de cura, siendo "el curador" un intermediario para que cierta energía al curado fluya armonizándose en su ser, por lo tanto, el hombre no es solo cuerpo sino un todo. (Mujer, 70 años, San Miguel de los Bancos) (Perfil 6)

"El contexto subjetivo", el camino de sanación para construir una mediación entre las condiciones materiales de vida y la experiencia subjetiva de la salud y la reproducción, hay que hacer uso del concepto de sentido común, entendiendo por éste "un sistema cultural", compartido por una comunidad de individuos y que existe como consecuencia de la convicción de dichos individuos de que es un saber práctico, significativo y correcto" (Castro, 2002).

...En esos tiempos no había carro las vías eran feas y si teníamos una persona enemiga la señora va y trae y me limpia y me dice Casi la mata que tenía fuerte ojo y me dijo que me han ojeado y me empezó a poner esos Montes y me cura y me pasó nunca más me volvió a dar eso y en el huevo salía una vela gigante qué era el ojo, Por eso yo también si limpio a mis hijos aquí o nos limpiamos nosotros mismos sea o no funciona y decía que debo utilizar algo de acero porque con eso ayuda para que eso no le dé. (Mujer. 49 años, Puerto Quito) (Perfil 16)

Se elabora y se modifica continuamente un sistema de oposiciones y correlaciones mediante una traducción simbólica de estas formas o figuras del trayecto hacia la cura, que busca integrar todos los elementos de una situación total, en la que las representaciones y prácticas, ocupan un lugar bien articulado (Sanchez, 1982).

...No es por nada, pero desde que nos casamos yo siempre sufría, pero no continuamente pero sí me daba me casé tuve el anillo de oro y eso me bajó totalmente y ya no me daba y no muy de repente y la última vez me dio hace un mes dos meses. (Mujer, 40 años, Pedro Vicente Maldonado) (Perfil 2 Historia de Vida)

...limpiaban con todos esos montes me daban una pastilla y me acostaba y me levantaba bien y me cogió siquiera 15, 6 años que eso me daba bastante y me limpiaba y me pasaba decían que era un mal aire fuerte. (Hombre, 38 años, Pedro Vicente Maldonado) (Perfil 9)

...Siempre siento dolor paso una semana, estoy bien y enseguida me coge vuelta a los malestares seguiría con lo mismo y lo mismo estos últimos días me estoy sintiendo bastante mejor estoy con este problema desde hace 2 a 3 años porque incluso me fui a Santo Domingo donde un médico naturalista y me dio un poco de medicinas naturales y me sentí bastante bien, pero pasa el tiempo y vuelve lo mismo problemas. (Hombre 36 años, Puerto Quito) (Perfil 1 Historia de Vida)

...Es que le ha dicho a él le ha hecho daño a una chica Blanca alta churrón, ósea le daba como las especificaciones perfectas, entonces de allá viene acá, Y dice: no vez ella te ha hecho daño incluso dice que me ha hecho el mal cogiendo el semen en un pañuelo que me ha puesto en no sé qué, no sé cuánto y no sé dónde. (Hombre 36 años, Puerto Quito) (Perfil 1 Historia de Vida)

Por tales motivos estos caminos hacen de ellos un modelo a seguir siendo un reforzamiento de la comunidad, a las expresiones corporales como un sentir del sufrimiento. Para construir una mediación entre las condiciones materiales de vida y la experiencia subjetiva de la salud y la reproducción, hay que hacer uso del concepto de sentido común, entendiendo por éste "un sistema cultural, compartido por una comunidad de individuos y que existe como consecuencia de la convicción de dichos individuos de que es un saber práctico, significativo y correcto (Miller, 2011).

La sociedad se rige por un código restringido, cuyo vocabulario, gramática y organización discursiva se encuentran normados, estereotipados y ritualizados, que se manifiestan a través de frases hechas que todos repiten sin criticidad (Herrera D. , 2018).

Toda cultura tiene una particular forma de comunicación, por lo tanto, deberá interrogarse siempre que significa y que quiere decir tal enunciado, tal forma o contenido comunicacional (Herrera D. , 2018).

Se evidencia un rechazo al discurso médico ya que no cumple con las creencias culturales ya establecidas, ya que no se realiza una búsqueda del motivo real de la consulta.

Son pacientes hiperfrecuentadores de los servicios de salud, de múltiples prácticas simbólicas, e incluso muchas veces su primera opción es acudir directamente a farmacias para su automedicación.

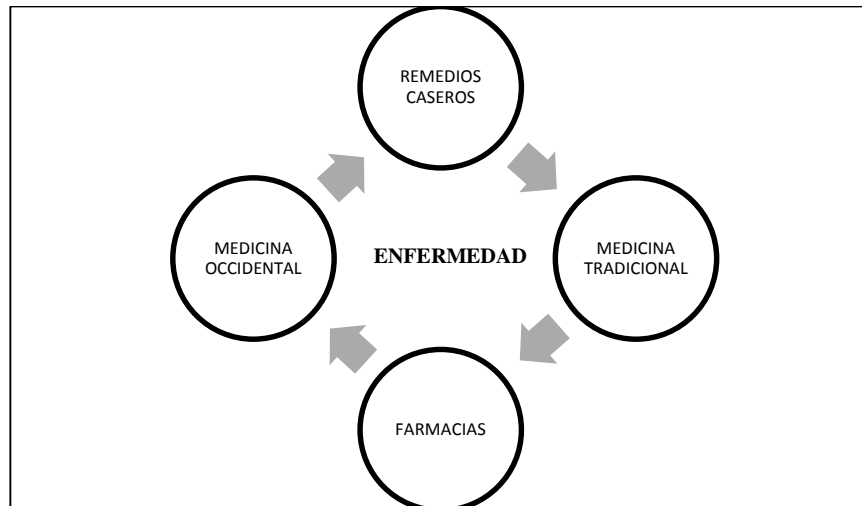


Gráfico 10. Características de la población según el itinerario terapéutico en los pobladores del Noroccidente de Pichincha.

Elaborado por: Las investigadoras.

4.1.5 Cómo la comunidad refuerza el sufrimiento

La comunidad del noroccidente de Pichincha refuerza en sufrimiento mediante el dogma religioso “él que más sufre más recibirá el perdón del Señor”, ya que con una vida de sufrimiento lo que le espera en una “vida infinita a lado del creador”, buscan inspirar en el resto sentimientos de compasión que les otorgue el derecho de recibir ayuda de cualquier índole.

... Mi mamá sufría y sufría en todo momento, nunca tuve familiares cercanos, mi papá era una persona muy fuerte tenía una finca era carpintero él cruzaba el río en mulas, en la noche había mucha oscuridad. (Mujer. 78 años, Pedro Vicente Maldonado) (Perfil 12)

...Yo reprimía mis preocupaciones, mi sentir, mi sufrimiento para evitar preocupar a otras personas, callado sin avisar a nadie e incluso mi familia ahora esta última vez se enteró que estuve enfermo, mi mamá incluso vino acá, estoy un poco enfermo y como anduve de ahí por al lado a lado de médico y

médico me hicieron unos exámenes no me salió nada. (Hombre, 18 años, San Miguel de los Bancos) (Perfil 1)

...Entonces le habían dicho que habían conversado entre ellos y querían mis padres que me case con un hombre desconocido, y me dijeron que así igualito les pasó a ellos, no conocían a su pareja y se casaron así es la vida me dijeron. (Mujer, 36 años. Puerto Quito) (Perfil 15)

El sufrimiento así como la enfermedad no son experiencias similares para todas las personas, la vivencia de estas crisis, está determinada, por cómo la sociedad ha definido como se deben manejar estas circunstancias, a esto denominan, “representaciones culturales del sufrimiento” (Herrera, 2018).

Los pobladores están acostumbrados al sufrimiento de la comunidad siendo esta una forma de comunicación diaria, el saludo diario de ¡hola! ¿Cómo estás? Y la respuesta casi inmediata de “ahí más o menos” indica que el estar bien no es una respuesta bien vista, se considera que no es aceptado por el entorno, al adjudicar que el que está bien es porque algo no aprobado por la comunidad está haciendo.

4.1.6 Develar si existe Relación entre la expresión de síntomas somáticos y el sufrimiento

Para develar, si existe relación entre la expresión de síntomas somáticos y el sufrimiento, primero debemos entender, cuál es la experiencia de vida y cómo se expresa el sufrimiento en estas comunidades, cómo es vivida, cómo la experiencia de vida o de sufrimiento, se expresa en el discurso comunitario de lo común, o, aunque suene terrible “lo normal”.

...yo no sabía porque después mi papá me explicó y me dijo y me hizo sentar delante de ellos sólo me dijo que era mi marido yo no le conocía ese día me mandaron con él ese día el abusó de mí, sin mi consentimiento cuando me separé, como le dije nunca fui enamorada de él nunca le llegué a tener afecto. (Mujer, 45 años; San Miguel de los Bancos) (Perfil 3 Historia de Vida)

La ficción como estrategia para comprender la realidad reincorpora el registro de lo imaginario como parte fundamental en la comprensión de “lo real”, para recorrer el proceso del sufrimiento social en estas poblaciones usaremos extractos de los discursos obtenidos de las Historias de Vida.

...El dolor de cabeza empieza con los problemas en el hogar, es lo que desencadena estos malestares como discusiones en la casa muchas de las veces

de estas discusiones son con mi señora ella, es de un carácter bastante fuerte y muchas de las veces se tienen problemas yo pienso que también a veces de eso me afecta bastante, porque muchas de las veces uno sale al trabajo después de haber discutido o alguna cosa uno se siente bastante mal. (Hombre, 38 años; Pedro Vicente Maldonado) (Perfil 9)

...Yo creo que mis molestias son por el trajín del trabajo, del estrés tengo problemas de gastritis, mis compañeros que también tienen problemas en sus casas también tienen gastritis. (Hombre, 18 años; San Miguel de los Bancos) (Perfil 1)

La internalización de la desigualdad de género y la familiaridad con la violencia; hace que esta sea negada, los niños y las mujeres se inventan estas historias de abuso y maltrato, cuando en vez de quejarse, deberían aprender a vivir con esto.

... Yo tuve una experiencia de abuso de niña cuando yo tenía 7 años, fue mi padrastro sí recuerdo todo más bien me tocaba, pero si quería introducir el pene de él en mi vaginita y no sé por qué no pasó, pero yo tenía mucho miedo, pero los crueles eran los hermanos de ese señor también intentaron abusar. (Mujer, 45 años, San Miguel de los Bancos) (Perfil 3 Historia de vida)

...Yo viví amenazada que iban a matar a mi mamá, pero después le conté a mi mamá, pero ella no me creyó me dijo que me estaba inventando de ahí me fui a vivir a Quito desde los 7 años. (Mujer, 36 años, Puerto Quito) (Perfil 15)

...Llegó con amigos a tomar afuera y allá afuera tomaron y tomaron, y me dijeron que le preparara trago como a la 1 de la mañana, y les dije que no, que no estaba para preparar tragos a esa hora, entonces sólo por eso. Y ahí sí me dijo, que si estuviera mi mozo hay si te levantarás breve, breve, a atenderle a darle haciendo cualquier cosa, pero si yo te pido que me des haciendo el trago no me quieres dar; y por eso me pegó ahí lo dejé votando ahí es cuando me puso en la cabeza contra el filo de la cama. (Mujer 47 años, Pedro Vicente Maldonado) (Perfil 11)

...Pero ya como es decir ya estaba amortiguada ya no me dolía los golpes que él me daba, ya por último ya me causó chiste, Entonces me di la vuelta y avancé a coger ese palo y le metí de una un garrote, pero no sé a dónde le cayó. (Mujer, 45 años, San Miguel de los Bancos) (Perfil 3)

...Me fui a los 13 creo siguieron intentando usarme, pero ya sólo mí padrastro nomás, mi mami me dejaba encargada con los hermanos de él, pero ya no era mucho, más era mi padrastro, siempre sólo fue manoseo, me fui otra vez de la casa comencé a ir a trabajar y dejé de estudiar comencé a trabajar en quehaceres domésticos. (Mujer, 40 años Pedro Vicente Maldonado) (Perfil 2 Historia de vida)

Hace tres años hubo un abuso y mi hija también, el caso se quedó ahí en la fiscalía, y no hubo relación no abusaron completamente, también fue manoseo, yo también le dejaba encargada a mi hija y la intentaron violar, la dejaba con mi hermana, la intentó violar mi cuñado, mi hija me comentó no inmediatamente. (Mujer, 40 años Pedro Vicente Maldonado) (Perfil 2 Historia de vida)

...padre de mi segunda hija qué tanto era la maldad tratando de aconsejar a mis hijas porque como mujer, hay que ser fuerte y no hay que permitir alzarse la mano y de ahí hablando le conté que estaba en una fiesta sobre el padre de mi segunda hija y en la noche me voy y me acuesto una casita que me dieron y me acosté a un ladito cuando escucho que sube alguien era el hermano del padre de mi hijo y según él quiso abusar de mí. (Mujer, 25 años, Pedro Vicente Maldonado) (Perfil 8)

...mi primera violación, siempre creía que con el hombre que estaba tenía que estar, hasta que pensé que era muy joven tenía 17 años cuando pasó por 4 años se puede decir que viví bajo amenazas que, decía que si tú avises a tu papá primero decía que era obligación de estar con él y segundo que si yo avisaba mis papás ellos me iban a castigar si me deje influenciar gracias a Dios no me quedé embarazada. (Mujer, 25 años, Puerto Quito) (Perfil 14)

Las familias del noroccidente de Pichincha esta expuestas a la violencia, el abuso, la violencia intrafamiliar, el castigo corporal y el abuso sexual; son tan frecuentes que lastiman no solo el cuerpo de las personas que son heridas, sino existen cicatrices sociales que no se pueden sanar.

En el discurso la percepción reiterada del sentir “ser víctimas” constantes de explotación y abuso por parte de los propios y de otros actores sociales; es algo reiterativo en el discurso analizado

...cuando llegó un profesor que le hacía maltrato a mi hermana éramos sumisos por el miedo, en cambio mi hermano aprendía rapidito, a mi hermana la profesora le cogió contra la pared la cabeza, contra esas vigas le dio y ella lloraba y yo no podía hacer nada yo no quería llorar porque la profesora me dijo que si yo lloraba me iba a ser lo mismo. (Hombre, 58 años, Puerto Quito) (Perfil 17)

...Me fui a vivir a Quito desde los 7 años o a los 8 porque me fui a primer grado o de segundo no recuerdo bonito, porque allá también tuve una experiencia de las mismas no en escuela, sino que había un médico un odontólogo que a mí me mandaron a ese odontólogo y él me sabía tocarme hacía asustar con ese taladro esa es otra triste experiencia. (Mujer, 36 años, Puerto Quito) (Perfil 15)

Otra conclusión del análisis del discurso estudiado, es la percepción de la impotencia del sistema formal para detener esta realidad

...Este proyecto tiene muchas dificultades hay muchos casos de abuso sexual hay padres separados, hay niños abandonados, niños sin sus padres, mucho maltrato mucha violencia, eso existe en este momento, eso me afecta últimamente fatal, porque no se resuelven los casos las autoridades no actúan no hacen nada. (Mujer, 40 años, Pedro Vicente Maldonado) (Perfil 2 Historia de Vida)

No nos dijo por qué se enfermó el psicólogo, él se daba contra la pared todo eso y decíamos porque sufre, pero eran tantos casos, que no se podían resolver. Y este año me tocó vuelta a mí enfermarme, no sé por ver esos casos hay casos similares a los que Yo viví y hay niños que tienen así mismo. (Mujer, 38 años; San Miguel de los Bancos) (Perfil 4)

Se puede evidenciar que los que han generado o ejercido la violencia, el maltrato o el abuso son autoridades como el profesor, el cura, el médico que aparte de generar un maltrato físico les deja un daño para siempre Los pobladores de estas comunidades se consideran, explotados, víctimas impotentes ante los demás actores sociales, desacreditar las instituciones sociales recién llegadas, es la forma en la que ellos rechazan con fuerza la modernidad, y el sistema social modernizador, pues la realidad es que la violencia se la vive tanto en el nivel macro como el micro sistema familiar o doméstico.

Vivir en el mundo es casi análogo a soportarlo, lo que explica el peso que le dan a la noción de "aguantar" frente a sus condiciones precarias y su alta resignación ante lo inamovible, designio de que uno viene al mundo es para sufrir, el mundo la sociedad, la vida es una serie de infortunios que ellos no pueden evitar, su cuerpo está cansado de los abusos, pero no se puede decir nada

...me regreso a mi casa, me siento pesada, tengo un peso en el cuerpo como cansada. Cómo que hasta la ropa me apretara. (Mujer, 15 años, Puerto Quito) (Perfil 13)

Este sufrimiento reprimido solo puede ser valorado si simbólicamente se convierte en dolencia en enfermedad

... Me dolía la cabeza, pero ahora sólo está partecita de aquí y eso no sé ni pensar qué es, cuando el papá de mis hijos me pegaba una vez me pegó en la

cabeza con el filo de la cama y me golpeó de este lado y no sé, eso llevo dentro a raíz de eso me comenzó a doler la cabeza. (Mujer, 40 años, Pedro Vicente Maldonado) (Perfil 2 Historia de vida)

La diferencia de la dimensión “*illness*” sufrimiento de “*diseases*” enfermedad. El sufrimiento puede ser analizado como símbolo importante a partir del cual se desenvuelve en una forma de red semántica (usando como vía el lenguaje), un universo de creencias, valores, experiencias y emociones socialmente validados (Herrera D. , 2018).

... No trabajo ahora cómo le explicaba ayer al doctor. No trabajo ya hace casi 3 años por la causa que tuve de los mareos todo eso y por la pérdida de mi hijo me quedé así, de ahí no mis dos varones que viven conmigo no me han dejado ir a trabajar. (Hombre, 36 años, Puerto Quito) (Perfil 1 Historia de Vida)

La distinción entre “enfermedad y sufrimiento” *illness* vs *disease* es una debate del por qué la diferencia de términos en el inglés esto es además la base de nuestra discusión, que es lo que realmente funciona en el cuidado de la salud, generalmente “*disease*” causa “*illness*” pero sufrimiento sin enfermedad, es lo que se analiza en los “trastornos somatomorfos”, aquellos que causas síntomas físicos pero sin ninguna causa orgánica que se pueda interpretar en un examen médico, entonces nosotros como médicos debemos analizar el contexto en que nuestros pacientes se desenvuelven y de esta manera realizar un abordaje biopsicosocial (Miller, 2011). El sufrimiento colectivo está dado por:

...las representaciones culturales autorizadas por una comunidad moral y sus instituciones elaboran diferentes modos de sufrimiento. Así las diferencias locales –genero, edad, grupo, clase, etnicidad, y por supuesto, subjetividad- como también la penetración de un proceso global en mundos locales hacen de esta influencia social parcial y compleja. (Kleinman, 1998)

La primera aclaración entre una curación occidental y comunitaria es que la una solo se ocupa de dolencias corporales y la última considera el contexto social como esencial para la cura, participando de esta manera toda la comunidad otorgándole un sentido y eficacia, la pregunta es ¿funciona esto? La respuesta es sí, ya que, al darse un apoyo social, actúa como un sistema de protección comunitario (Miller. 2000).

Capítulo 5 .

HISTORIAS DE VIDA

5.1. Resultados

Se realizaron tres historias de vidas en paciente entre los 36 y 45 años de vida, siendo estas de ambos sexos, se tomó estas edades por ser las personas de mayor recurrencia a nuestra unidad de salud, las Historias de Vida han sido recabadas en un tiempo más extendido de entrevistas, se lo realiza en varias visitas tanto en el consultorio como en sus lugares de viviendas, donde desde el punto de vista etnográfico se inicia con la observación de condiciones socio-económicas, comportamientos, y actuaciones como los principales actores y personajes de la investigación.

Se toman datos de su estructura de viviendas y contenidos en sus hogares desde cuadros en sus casas, hasta aquella jardinería que rodea su hogar.

Al escuchar los relatos de estas personas, inicialmente llama la atención historias de sufrimiento, relatados de manera reiterada con un discurso repetitivo, que refuerza los objetivos ya planteados en esta investigación en donde el sentimiento de rechazo, incertidumbre, el respeto por la naturaleza se reitera, se escucharon historias de maltrato, abuso sexual y físico, además del reiterado padecimiento de enfermedades no resueltas.

Siendo el varón quien puede hacer como cabeza de hogar, proveedor de recursos, haciendo de esto, un poder, siendo culturalmente aceptado, permitiéndose el abuso a las mujeres quienes han aprendido a callar y mantenerlo en sus generaciones.

Además, se reproduce la medicina “no-formal” como aquella aceptada, siendo inicialmente practicados en el interior de las familias, con las personas de edad avanzada quienes replican estas prácticas, e iniciándose de esta manera un itinerario terapéutico que se ha descrito a través de sus seguimientos, esto lo hacen en dependencia de la gravedad de sus dolencias siendo estas clasificadas en

“enfermedades tradicionales” de aquellas adquiridas por el contacto con la “cultura colonial”.

Se visualiza en sus historias como lo desarrollan y esto afecta a sus vidas cotidianas si no son resueltas, haciendo pensamientos de miedos e incertidumbre haciéndose sentir enfermo del miedo de estarlo sin serlo realmente, pensamientos que no se pueden controlar, fobias en las cuales formas y objetos adquieren significaciones diversas y espantosas.

Utilizamos la historia de vida como una estrategia en esta investigación, encaminada a generar versiones alternativas de la historia social, mediante la reconstrucción de las experiencias personales, lo que generó en los pacientes sentimientos de ser escuchados y desahogo, incluso de eventos jamás contados a otros, estas fueron sumadas como parte de los objetivos ya que nos permitió seguir validando lo ya evidenciado en las entrevistas.

Capítulo 6 . **DISCUSIÓN**

En el Noroccidente de Pichincha existen condiciones tanto demográficas como socio culturas que hacen que este territorio sea considerado como zona rural, no como referencia a lo perteneciente o relativo a la vida en el campo si no como referencia de atraso económico, educativo y en servicios básicos.

Hay carencia de servicios de Salud con un único hospital privado con convenio con el IESS, donde acuden los pacientes de los tres cantones, y quienes pueden acceder son aquellos pacientes que se encuentran afiliados a un seguro social, el resto de pacientes acuden a centros de salud que son atendidos únicamente por médicos rurales, sin experiencia suficiente para manejar la complejidad de la “ruralidad”, la otra alternativa con que cuentan son médicos generales, que ejercen por muchos años una medicina basada en la experiencia.

Los servicios tradicionales siguen teniendo fieles seguidores incluso en nuevas generaciones, los rituales siguen siendo parte del diario vivir, aunque se evidencia incorporación en algunos casos de la medicina occidental y en otros un choque entre ambas que se manifiesta con rechazo a uno u otra.

El ser masculino o el ser femenino es una construcción social que todos conocen de manera distinta, pero se llega a consensos de la realidad social a través del compartir “conocimiento”, siendo el lenguaje; la producción de signos, símbolos y códigos los que tienen el “poder” de volver a la vida cotidiana como elementos “objetivamente” reales.

En estas comunidades, es el hombre el proveedor de los recursos económicos, las mujeres se dedican a los quehaceres domésticos, aunque en el medio hospitalario en el que nos movemos no se ve una distinción clara ya que son las mujeres las que más acuden a la consulta, siendo ellas las que aportan al seguro como docentes y trabajadoras de palmito.

Los pobladores se desenvuelven en el campo, el llamado “monte”, para ellos es el más normal de los lugares, consideran normal vivir en la carencia, no contar con los servicios básicos, no contar con educación adecuada, “no creen merecer algo más”. Es normal que una catástrofe producida por la naturaleza cobre víctimas o acabe con toda la inversión, no se considera, se pueda prevenir, nadie puede luchar contra la naturaleza que reclama su territorio, para ellos cualquier evento que tenga que ver con la naturaleza, es un castigo por la mala utilización de los recursos. Existe un arraigado respeto y temor hacia la madre naturaleza.

Todo esto hace que su autopercepción en la escala social sea mala, nacieron pobre y vivirán pobres por que las condiciones y la vida así los quiso, estaban predestinados para estar donde están y para vivir en estas condiciones, sin embargo, aprendieron a convivir con la incertidumbre y en una especie de “resiliencia forzada”, están preparados para superar la adversidad.

Se presentan como seres vulnerables en su pensamiento, seres que nacieron para sufrir, en un medio que no les da oportunidades y que tiene que recompensarles por sus carencias.

La mayoría de pacientes muestra una historia clara de sufrimiento, donde la violencia, el abuso físico, sexual, la explotación se ve normalizado, cada quien tiene una historia de perpetuación de sufrimiento, saben que ese evento les lastima, pero la sociedad calla haciendo que estos sean vistos como caso aislados, mientras ocurren con mayor frecuencias que la que nosotros quisiéramos, frente a esta realidad ni la comunidad, ni las autoridades hacen nada para detener.

Este sufrimiento, este diario menosprecio de la sociedad, solo se puede expresar con la manifestación biológica de síntomas, si el ser humano es un ser complejo, al que no podemos ver como dualidad, en el que se integran tanto factores biológicos y psicosociales, este espacio de exteriorización, el espacio médico, es el único espacio formal en el que, tantas vivencias que generan sufrimiento se pueden expresar ante una sociedad sorda, una sociedad que busca el beneficio personal, en donde la desigualdad

persiste y donde estas poblaciones y pobladores empobrecidas y perdedoras son ocultadas socialmente.

Ellos a su vez rechazan el discurso medico hegemónico, ¿por qué en un mundo de desigualdades se les debe imponer la medicina occidental?, si ha sido por decenas de años la tierra su único recurso y su medio de supervivencia, ¿por que creer en medicamentos traídos por esa persona desde afuera?, ¿porque creer en personas foráneas que menosprecian sus creencias, sus vivencias?, esas personas que no escuchan sus gritos desesperados de dolor, esos ciudadanos recién llegados no conocen el campo ni la realidad local, Pero ellos tienen algo que los pobladores no tienen, el poder del conocimiento que permite, dar nombre de una enfermedad, a su dolor y sufrimiento,

A pesar de acudir voluntariamente a los centros de salud occidentales, rechazan los tratamientos que se les prescribe, iniciando, una constante peregrinación por distintos actores de salud, el cual perpetua el sufrimiento y la pobreza de estas familias.

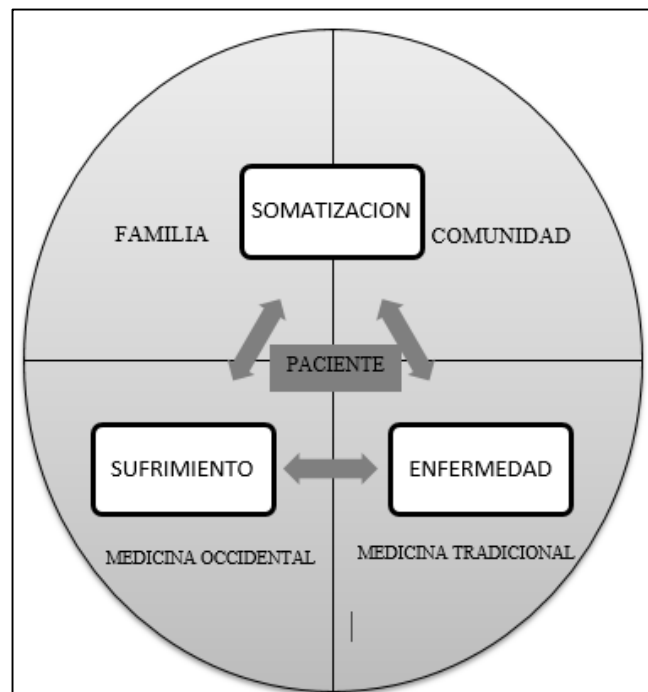


Gráfico 11. El paciente y su relación con la enfermedad, sufrimiento y somatización
Elaborado por: Las investigadoras

Capítulo 7 .

CONCLUSIONES

1. La masculinidad, como un esquema culturalmente construido, en donde se presenta al varón como esencialmente dominante y que sirve para discriminar y subordinar a la mujer es predominante en estas poblaciones.
2. La internalización de la desigualdad de género y la familiaridad con la violencia hace que exista un silencio ante tales eventos, lo que hace que se perpetúen dejando secuelas irreversibles.
3. Las familias del Noroccidente de Pichincha están expuestas a la violencia, el abuso, la violencia intrafamiliar, el castigo corporal y el abuso sexual, que en conjunto con explotación laboral y condiciones precarias de vida hacen que estos pacientes demuestren sentimientos de sufrimiento silenciado.
4. En todos los discursos estudiados, se puede establecer, la impotencia del hombre frente a la naturaleza, la comunidad, normaliza los eventos catastróficos naturales, asumiendo su responsabilidad ante estas, La Comunidad estudiada no mantiene la pretensión occidental del dominio sobre la naturaleza.
5. Existe una autopercepción de su ubicación en el fondo de la escala social con una permanente sensación de incertidumbre, por las condiciones precarias en las que han vivido.
6. Se consideran seres vulnerables en su pensamiento, porque dependen en extremo de la naturaleza y la comunidad, para satisfacer la mayoría de las necesidades en el caso de los Campesinos o Ganaderos.
7. Una percepción reiterada del sentir “ser víctimas” constantes de explotación y abuso por parte de los propios y de otros actores sociales.
8. Los pobladores acuden primero a la medicina ancestral, son los remedios caseros la primera opción ya que estos son validados por la comunidad, en cambio hay un rechazo a la medicina occidental que nada tiene que ver, según su óptica, con sus raíces ni son dados por la madre tierra.

9. En todas las entrevistas predomina, un discurso de sufrimiento, en todos los pacientes con diagnóstico de somatización. El cual es reforzado por la comunidad.
10. Hay una relación de los síntomas somáticos. con la respuesta emocional al sufrimiento, la comunidad del Noroccidente de Pichincha refuerza el sufrimiento, mediante el discurso religioso clásico y la validación de este por las familias y la comunidad.

Capítulo 8 .

RECOMENDACIONES

- 1.- Se debe establecer una redefinición de enfermedades como somatización por ser muy ambiguas y porque no han sido contextualizadas culturalmente.
- 2.- Las intervenciones terapéuticas alrededor de estos trastornos deben ser culturalmente sensibles y adaptadas.
- 3.- En las comunidades rurales, existe una carencia de servicios de salud mental, en el Noroccidente de Pichincha la especialidad de Psicología y Psiquiatría no es reconocida por las comunidades.
- 4.- Por la alta prevalencia de los “trastornos de somatización” en zonas rurales, el Médico de Familia que acude a trabajar en estas zonas, debe recibir una adecuada formación, en el abordaje y tratamiento de los problemas psiquiátricos más comunes.
- 5.- El Médico de Familia debe adquirir destrezas para trabajar con estas patologías más frecuentes en poblaciones que carecen de servicios de Salud mental.
- 6.- Desde la economía de salud existen altos costos para los sistemas de Salud, que atienden una gran población con diagnóstico de “trastornos de somatización”, los equipos de salud rurales, deberían contar con las destrezas para manejar en el primer nivel, estos pacientes.
7. Todos los pacientes deben ser abordado de manera integral con enfoque no solo a la parte biológica sino también a la parte psicosocial tomando en cuenta el contexto cultural en el que se desenvuelve.
8. Consideramos que la educación del paciente no se puede realizar solo desde un consultorio médico, es en la escuela y los hogares donde se enseña la cultura, estos son los escenarios primordiales.
- 9.- Su intervención es compleja por lo que no es solo abrir “la caja de pandora”, es buscar medios que puedan ayudar a estos pacientes, en ocasiones la simple escucha


activa puede generar un cambio. En otras ocasiones será necesario un abordaje integral con especialidades como psicología, siempre y cuando el paciente tenga empatía con el grupo de intervención.

Anexos

**CONSENTIMIENTO PARA ENTREVISTA PARA PADRES Y
ASENTIMIENTO PARA PARTICIPANTES MENORES DE EDAD.**

Anexo 1. Asentimiento informado para los padres de Familia de los participantes menores de edad de la investigación.

1

 <p>PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR</p> <p>"SOMATIZACION COMO PARTE DE LA RESPUESTA EMOCIONAL AL SUFRIMIENTO EN LAS FAMILIAS RURALES RESIDENTES EN LAS ZONAS DE AFLUENCIA DEL HOSPITAL PEDRO VICENTE MALDONADO" LOCALIZADO EN EL CANTON PEDRO VICENTE MALDONADO, PROVINCIA DE PICHINCHA, REPUBLICA DEL ECUADOR, 2018"</p> <p>Este asentimiento tiene como propósito proveer a los padres de familia y/o representantes, acerca de esta investigación con una clara explicación del propósito y naturaleza de la misma. </p> <p>Esta investigación es conducida por Susana Magdalena Peñafiel Mendoza y Andrea Alexandra <u>Tufiño Aguilar</u> estudiantes de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. La meta de este estudio es "Somatización como parte de la respuesta emocional al sufrimiento en las familias rurales residentes en las zonas de afluencia del Hospital Pedro Vicente Maldonado" localizado en el cantón Pedro Vicente Maldonado, Provincia de Pichincha, república del Ecuador, 2018"</p> <p>Si usted accede a otorgar la autorización de para participar en este estudio a su representado, se realizará una entrevista individual y familiar en su hogar con los participantes de este estudio Teniendo una duración aproximada de 1hora.</p> <p>La participación en este estudio es con participación voluntaria y la información que sea recolectada será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de lo que está escrito en esta investigación. Al participar en esta investigación su</p>
--

representado no tendrá ningún riesgo ya que obtendremos la información mediante la entrevista por lo tanto no tendrá repercusiones en su salud.

Desde ya agradecemos su participación.

Acepto participar en esta investigación conducida por Susana Magdalena Peñafiel Mendoza y Andrea Alexandra ~~Tuñi~~ Tuñi Aguilar. He sido informado (a) de la meta de este estudio y se me ha indicado que se me realizará una entrevista a mi representado, acerca de mi Familia, mi Cultura, Salud/Enfermedad, con una duración aproximada de una hora.

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

Si desea más información comunicarse con:

Susana Peñafiel
Teléfono : 0980048492
Correo : smmm896@hotmail.com

Andrea ~~Tuñi~~ Tuñi
Teléfono:0984251766
Correo : andreatuñi23@hotmail.com

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Hospital Docente "Pedro Vicente Maldonado"; Av. Manuel Córdova Galarza y 23 de septiembre; Teléfonos: 022392772

ASENTIMIENTO PARA PARTICIPANTES MENORES DE EDAD

Anexo 2. Asentimiento informado para los participantes menores de edad de la investigación



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

**“SOMATIZACION COMO PARTE DE LA RESPUESTA
EMOCIONAL AL SUFRIMIENTO EN LAS FAMILIAS RURALES
RESIDENTES EN LAS ZONAS DE AFLUENCIA DEL HOSPITAL PEDRO
VICENTE MALDONADO” LOCALIZADO EN EL CANTON PEDRO
VICENTE MALDONADO, PROVINCIA DE PICHINCHA, REPUBLICA
DEL ECUADOR, 2018”**

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

Esta investigación es conducida por Susana Magdalena Peñafiel Mendoza y Andrea Alexandra ~~Tufiño~~ Aguilar estudiantes de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. La meta de este estudio es “Somatización como parte de la respuesta emocional al sufrimiento en las familias rurales residentes en las zonas de afluencia del Hospital Pedro Vicente Maldonado” localizado en el cantón Pedro Vicente Maldonado, Provincia de Pichincha, República del Ecuador.

Si usted accede a otorgar la autorización para participar en este estudio, se le realizará una entrevista individual y familiar en su hogar con los participantes de este estudio Teniendo una duración aproximada de 1 hora.

La participación en este estudio es con participación voluntaria y la información que sea recolectada será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de lo que está escrito en esta investigación. Al participar en esta investigación usted no tendrá ningún riesgo ya que obtendremos la información mediante la entrevista por lo tanto no tendrá repercusiones en su salud.

Desde ya agradecemos su participación.

Acepto participar en esta investigación conducida por Susana Magdalena Peñafiel Mendoza y Andrea Alexandra Tufiño Aguilar. He sido informado (a) de la meta de este estudio y se me ha indicado que se me realizará una entrevista, acerca de mi Familia, mi Cultura, Salud/Enfermedad, con una duración aproximada de una hora.

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

Si desea más información comunicarse con:

Susana Peñafiel
Teléfono : 0980048492
Correo : smpm896@hotmail.com

Andrea Tufiño
Teléfono:0984251766
Correo : andrestufi23@hotmail.com

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Hospital Docente "Pedro Vicente Maldonado"; Av. Manuel Córdova Galarza y 23 de septiembre; Teléfonos: 022392772

CONSENTIMIENTO PARA ENTREVISTA EN PARTICIPANTES MAYORES DE EDAD

Anexo 3. Consentimiento informado para los participantes mayores de edad de la investigación



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

**“SOMATIZACION COMO PARTE DE LA RESPUESTA
EMOCIONAL AL SUFRIMIENTO EN LAS FAMILIAS RURALES
RESIDENTES EN LAS ZONAS DE AFLUENCIA DEL HOSPITAL PEDRO
VICENTE MALDONADO” LOCALIZADO EN EL CANTON PEDRO
VICENTE MALDONADO, PROVINCIA DE PICHINCHA, REPUBLICA
DEL ECUADOR, 2018”**

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

Esta investigación es conducida por Susana Magdalena Peñafiel Mendoza y Andrea Alexandra Tufiño Aguilar estudiantes de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. La meta de este estudio es “Somatización como parte de la respuesta emocional al sufrimiento en las familias rurales residentes en las zonas de afluencia del Hospital Pedro Vicente Maldonado” localizado en el cantón Pedro Vicente Maldonado, Provincia de Pichincha, República del Ecuador.

Si usted accede a otorgar la autorización para participar en este estudio, se le realizará una entrevista individual y familiar en su hogar con los participantes de este estudio Teniendo una duración aproximada de 1 hora.

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

no tendrá ningún riesgo ya que obtendremos la información mediante la entrevista por lo tanto no tendrá repercusiones en su salud.

Desde ya agradecemos su participación.

Acepto participar en esta investigación conducida por Susana Magdalena Peñafiel Mendoza y Andrea Alexandra Tufiño Aguilar. He sido informado (a) de la meta de este estudio y se me ha indicado que se me realizará una entrevista, acerca de mi Familia, mi Cultura, Salud/Enfermedad, con una duración aproximada de una hora.

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

Si desea más información comunicarse con:

Susana Peñafiel
Teléfono : 0980048492
Correo : smpm896@hotmail.com

Andrea Tufiño
Teléfono:0984251766
Correo : andrestufi23@hotmail.com

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Hospital Docente "Pedro Vicente Maldonado"; Av. Manuel Córdova Galarza y 23 de septiembre; Teléfonos: 022392772

CONSENTIMIENTO PARA HISTORIA DE VIDA A PARTICIPANTES MAYORES EDAD.

Anexo 4. Consentimiento informado para los participantes de la investigación



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

**“SOMATIZACION COMO PARTE DE LA RESPUESTA
EMOCIONAL AL SUFRIMIENTO EN LAS FAMILIAS RURALES
RESIDENTES EN LAS ZONAS DE AFLUENCIA DEL HOSPITAL PEDRO
VICENTE MALDONADO” LOCALIZADO EN EL CANTON PEDRO
VICENTE MALDONADO, PROVINCIA DE PICHINCHA, REPUBLICA
DEL ECUADOR, 2018”**

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

Esta investigación es conducida por Susana Magdalena Peñafiel Mendoza y Andrea Alexandra Tufiño Aguilar estudiantes de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. La meta de este estudio es “Somatización como parte de la respuesta emocional al sufrimiento en las familias rurales residentes en las zonas de afluencia del Hospital Pedro Vicente Maldonado” localizado en el cantón Pedro Vicente Maldonado, Provincia de Pichincha, República del Ecuador.

Si usted accede a otorgar la autorización para participar en este estudio, se le realizará una entrevista individual y familiar en su hogar con los participantes de este estudio Teniendo una duración aproximada de 1hora.

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

no tendrá ningún riesgo ya que obtendremos la información mediante la entrevista por lo tanto no tendrá repercusiones en su salud.

Desde ya agradecemos su participación.

Acepto participar en esta investigación conducida por Susana Magdalena Peñafiel Mendoza y Andrea Alexandra Tufiño Aguilar. He sido informado (a) de la meta de este estudio y se me ha indicado que se me realizará una entrevista, acerca de mi Familia, mi Cultura, Salud/Enfermedad, con una duración aproximada de una hora.

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

Si desea más información comunicarse con:

Susana Peñafiel
Teléfono : 0980048492
Correo : smpm896@hotmail.com

Andrea Tufiño
Teléfono:0984251766
Correo : andrestufi23@hotmail.com

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Hospital Docente "Pedro Vicente Maldonado"; Av. Manuel Córdova Galarza y 23 de septiembre; Teléfonos: 022392772

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Anexo 5. Entrevista semiestructurada

‡



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

Tema:

“Somatización como parte de la respuesta emocional al sufrimiento en las familias rurales residentes en las zonas de afluencia del Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado localizado del cantón Pedro Vicente Maldonado, provincia de Pichincha, república del Ecuador, 2018”

Sexo: _____

Edad: _____

Estado Civil: _____

Cantón de Procedencia: _____

Ocupación: _____

1.- ¿Qué entiende usted por “Enfermedad”?

2.- ¿Con que frecuencia siente malestar en su cuerpo o dolores relacionados?

3.- ¿Siente usted que se enferma con frecuencia?

4.- ¿Cuál cree que es el motivo de sus enfermedades?

4.- ¿Siente usted que las oportunidades económicas, no han sido las mejores y como están han afectado su salud?

6.- ¿Cuándo usted percibe malestar en su casa, familia, amigos como se siente?

7.- ¿Con que frecuencia usted sufre o siente que no le va del todo bien en relacion a sus semejantes?

8.- ¿Se siente usted desafortunado?

9.- ¿Qué experiencias vividas han generado en usted malestar tanto psicológico como físico?

10.- ¿A quién solicita ayuda cuando ha experimentado sufrimiento?

11.- ¿Cree usted que ha reprimido su sentir o sus dolores para evitar preocupaciones a otras personas?

12. ¿Cuándo usted se siente mal tanto en el contexto físico y mental a quien acude?

HISTORIA DE VIDA

Anexo 6. Historia de vida



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

Tema:

“Somatización como parte de la respuesta emocional al sufrimiento en las familias rurales residentes en las zonas de afluencia del Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado localizado del cantón Pedro Vicente Maldonado, provincia de pichincha, república del Ecuador, 2018”

Sexo: _____

Edad: _____

Estado Civil: _____

Cantón de Procedencia: _____

Ocupación: _____

- 1.- ¿Qué recuerda usted de su niñez?
- 2.- ¿Cuáles acontecimientos cree usted que han marcado durante esa etapa?
- 3.- ¿Qué recuerda usted de su adolescencia?
- 4.- ¿Cuáles acontecimientos cree usted que marco su adolescencia?
- 5.- ¿Cuáles acontecimientos cree usted que han marcado su madurez?
6. ¿Siente que ha logrado su realización?
7. ¿Cuándo se siente usted más enfermo?

Fotos



Fotografía 1: Se evidencia una comunidad lejana con precarias condiciones económicas, además del difícil acceso a la ciudad por las carreteras que son de segundo orden.

Elaborada por: Las Autoras



Fotografía 2: Demuestra la comunidad y la falta de acceso a servicios básicos y de salud, además de su área circundante sin redes de apoyo adecuadas.

Elaborada por: Las autoras



Fotografía 3: Se evidencia el trabajo de campo sin distinción de género, en donde el hombre demuestra su masculinidad y la sustentación en sus hogares.

Elaborada por: Las autoras



Fotografía 4: En la cual se evidencia la impotencia del hombre frente a la naturaleza, y no existe control ante eventos naturaleza debido a la grandeza de esta.

Elaborada por: Las autoras



Fotografía 5: Las marcadas diferencias sociales, al ver niños, quienes tienen un acceso a educación mientras otros, deben dedicarse a tareas que demande producción en la tierra y animales

Elaborada por: Las autoras



Fotografía 6: Se toman datos de su estructura de viviendas y contenidos en sus hogares donde la pobreza denota la falta de apoyo y creencia en la modernidad.

Elaborada por: Las autoras



Fotografía 7: El transporte usado como un riesgo en las carreteras que la comunidad debe recurrir para poder llegar desde lugares lejanos, en ocasiones por varias horas.

Elaborado por: Las Autoras



Fotografía 8: Fuente de sustentación diaria, aferrados a la naturaleza y sus productos para comercialización, además del respeto a la madre tierra quien es la que alimenta a la comunidad.

Elaborado por: Las Autoras



Fotografía 9: Las construcciones pobres y de baja calidad como un conformismo a la falta de oportunidades en el ámbito económico.

Elaborado por: Las Autoras



Fotografía 10: Campesinos y ganaderos quienes en su pensamiento se consideran seres vulnerables, porque dependen en extremo de la naturaleza y la comunidad, para satisfacer la mayoría de las necesidades.

Elaborado por: Las autoras

Bibliografía

- Alarcón, W. (2012). *Medicina paliativa y Atención del Dolor En Atención Primaria*. Buenos Aires.
- Álvarez, C. Á. (11 de 04 de 2008). *Gazeta de Antropología*, 2008, 24 (1), artículo 10 . . Obtenido de <http://hdl.handle.net/10481/6998>
- Carrasco, J. M., & Febrel, M. (2014). *Métodos y técnicas de investigación cualitativa*. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
- Castro, R. (2002). La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. *Region y sociedad*, 541pp.
- Chen , G.-M., & Starosta, W. (2011). *Foundation of Intercultural Communication* (Séptima ed.). University Press of America.
- Garcia , M., & Tamami, E. (2017). “Validación del instrumento “the somatic symptom scale-8 (SSS - 8)” para la evaluación de la carga de síntomas somáticos en pacientes en el cantón Pedro Vicente Maldonado, durante el año 2017”. Pedro Vicente Maldonado.
- Garzón, A. (2015). Masculinidad y Feminidad hegemónicas y sus consecuencias en la salud de hombres y mujeres. *AL SUR DE TODO.*, 10.
- Geertz, C. (2003). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa S.A.
- Giddens , A. (2000). *Sociología*. Madrid: Alianza Editorial S.A.
- Gimenez , G. (2010). La Cultura como Identidad y la Identidad como Cultura. *UNAM*
- Google Maps. (2018). *Parroquia Pedro Vicente Maldonado*. Obtenido de [GoogleMaps.www.google.com.ec/maps/de/QuitoPichincha/Pedro Vicente+Maldonado](http://www.google.com.ec/maps/de/QuitoPichincha/Pedro+Vicente+Maldonado)

- Guzmán, R. (2011). Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(3). Recuperado el 30 de enero de 2018
- Hammersley, M. y. (2004). ¿Qué es la Etnografía? En M. y. Hammersley, *¿Qué es la Etnografía?* (págs. 1-3).
- Harnecker, M. (1972). *Clases sociales y lucha de Clases*. Chile: Editora Nacional Quimantú. Recuperado el 15 de febrero de 2018, de URL : <http://168.96.200.17/ar/libros/martah/clases.rtf>
- Hebdige , D. (2000). *Subculture; the Meaning of the Style*. Nueva York: Routledge.
- Herrera.D (24 de 05 de 2018). *El abordaje integral e intercultural del paciente* . Obtenido de Biblioteca SALUDESA: <http://biblioteca.saludesa.org.ec/2018/05/24/el-abordaje-integral-e-intercultural-del-paciente/>
- Herrera, D. (2011). Estructura y funcionalidad Familiar en el Mundo Rural. *Salud Rural*, 1(1), 2-6. Recuperado el 30 de enero de 2018, de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Wa21tmeRiKwJ:saludrural.org/index.php/anteriores/article/download/142/204+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=ec>
- Herrera, D. (2013). El camino de Pedro Vicente Maldonado. *Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado*, 13.
- Herrera, D. (04 de 05 de 2018). *Biblioteca Saludesa*. Obtenido de <http://biblioteca.saludesa.org.ec/2018/05/24/el-abordaje-integral-e-intercultural-del-paciente/>
- INEC. (2010). *Instituto Nacional de Estadística y Censos*. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec>

- Jean Langdon, E., & Braune Wiik, F. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(3). Recuperado el 15 de enero de 2018
- Keininman, A. (1998). *Violence and Subjectivity*. California: University of California Press.
- Kurlansik, S., & Maffei, M. (Junio de 2016). Somatic Symptom Disorder. *American Family Physician*, 1(93 (1)), 49-54 (A). Recuperado el 13 de enero de 2018, de ://
- Levenson, J. (febrero de 2018). Somatic symptom disorder: Epidemiology and clinical presentation. *Uptodate*. Recuperado el 13 de enero de 2018, de <https://www.uptodate.com/contents/somatic-symptom-disorder-epidemiology-and-clinical-presentation>
- Levenson, R. (2005). The nature of Emotions: Fundamental Questions. *Human emotion. A functional view*, 123.
- Lopez-Barajas Zayas, E., & Ruiz Corbella, M. (2009). *Derechos humanos y educación*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Miller, B. (2011). *Antropología Cultural* (Quinta Edición ed.). Madrid, España: Pearson Educación, S.A.
- Ministerio de Cultura y Patrimonio. (2017). *Población* . Recuperado el 30 de enero de 2018, de Ministerio de Cultura y Patrimonio: <http://www.culturaypatrimonio.gob.ec/>
- Orejudo Hernandez, S., Soler, J., & Alparicio, L. (2014). *Inteligencia emocional y Bienestar*. Madrid: Universidad de Zaragoza.
- Puyana, Y. (1994). La historia de vida:Recurso en la investigación cualitativa. *Reflexiones metodológicas*, 12.

- Quecedo, R., & Castaño, C. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*. Recuperado el 15 de febrero de 2018, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17501402>
- Rocker , R. (1998). *Nacionalismo y Cultura*. Montreal: Black Rose Books.
- Rodríguez Jorge, Z. M. (2006). *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastre*. Washington, D.C: PAHO.
- Rodríguez, J., Zaccarelli, M., & Pérez, R. (2006). *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres*. Washington: Organizaci[on Panamericana de Salud. Recuperado el 14 de enero de 2008, de http://www.who.int/mental_health/paho_guia_practicade_salud_mental.pdf
- Rivero Rosa, A., Bellelli, G., & Bakhurst, D. (2000). *Memoria colectiva e identidad nacional*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Sanchez, P. J. (1982). *Los caminos de la cura*. Quito: CAAP.
- Sánchez-García, M. (2013). Procesos psicológicos en la somatización: la emoción. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(2), 255-270. Recuperado el 12 de enero de 2018, de <http://www.ijpsy.com/volumen13/num2/360/procesos-psicologicos-en-la-somatizacin-ES.pdf>
- Santander, P. (15 de 03 de 2011). *Cinta de Moebius*. Obtenido de Revista de Epistemología de Ciencias Sociales: <http://www2.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/41/santander.html>
- Schriefer, I. (2010). *Investigación y puesta en valor de los recursos gastronómicos del ecuador cantón Pedro Vicente Maldonado*. PedroVicente Maldonado.
- Smith , A. (2011). *Comunicacion y Cultura I*. Buenos Aires: Nueva visión.

Spaemann, R. (2007). El sentido del sufrimiento. *Interrogantes*, 1. Recuperado el 10 de enero de 2018, de <https://www.interrogantes.net/robert-spaemann-el-sentido-del-sufrimiento/>

Suardíaz Pareras, J. H. (2011). Aspectos bioéticos y antropológicos. *Bioética*, 18-25. Recuperado el 20 de enero de 2021, de <http://www.cbioetica.org/revista/53/531825.pdf>

Velasco, A. (2017). *Agenda de desarrollo zonal*.