

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST GRADO



"FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS FAMILIAS
PARA EL USO DE LA MEDICINA TRADICIONAL"

TESIS

QUE EN OPCION AL GRADO DE MAESTRIA EN
ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD EN
SALUD COMUNITARIA

PRESENTA:

LIC. EN ENF. ROSA MARIA AGUILAR HERNANDEZ

MONTERREY, N. L.

ABRIL DE 1992

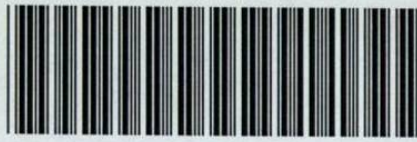


TM

RC81

A3

C.1



1080070866



BIBLIOTECA



BIBLIOTECA

000005

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST GRADO



"FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS FAMILIAS
PARA EL USO DE LA MEDICINA TRADICIONAL"

TESIS

QUE EN OPCION AL GRADO DE MAESTRIA EN
ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD EN
SALUD COMUNITARIA

PRESENTA:

LIC. EN ENF. ROSA MARIA AGUILAR HERNANDEZ

MONTERREY, N. L.

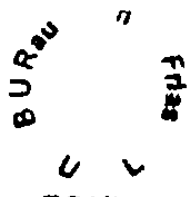
ABRIL DE 1992

TM
RC8L

A3



(70866)



FON
TEMA MAESTRIA

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST-GRADO

MAESTRIA EN ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD

EN SALUD COMUNITARIA

**" FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS FAMILIAS
PARA EL USO DE LA MEDICINA TRADICIONAL "**

ALUMNA:

LIC. EN ENF. ROSA MARIA AGUILAR HERNANDEZ

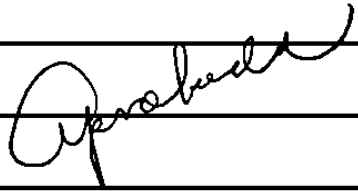
ASESORA:

LIC. EN ENF. MAGDALENA ALONSO CASTILLO

MONTERREY, N. L. ABRIL DE 1992



NOTA DE APROBACION



COMISION DE TESIS


PRESIDENTA

LIC. EN ENF. MAGDALENA ALONSO CASTILLO


SECRETARIA

LIC. EN ENF. AMPARO PEREZ ELIZONDO


VOCAL

DRA. EN MED. ADELA CASTILLO DE ONOFRE

MONTERREY, NUEVO LEON. ABRIL DE 1992

A MIS PADRES:

SR. RAFAEL AGUILAR CONTRERAS

SRA. UBALDINA HERNANDEZ DE AGUILAR

**Que por su amor, entrega y sacrificio
por la familia que han formado, son el
estímulo para mi superación personal
y profesional.**

A MIS HERMANOS:

**Amparo, Ubalдина, Yolanda, Ma. del
Rosario, Martha Leticia, José de Jesús
y Norma Nelly.**

**Por su cariño, comprensión y apoyo
incondicional en todos los momentos
de mi vida.**

El presente trabajo fué realizado con la supervisión académica de la Licenciada en Enfermería Magdalena Alonso Castillo, a quien agradezco por su acertada conducción, su paciencia y comprensión durante el proceso de la investigación hasta obtener el resultado esperado.

En forma especial agradezco a la Doctora en Medicina Adela Castillo de Onofre, por su valiosa ayuda en el procesamiento y análisis estadístico de la información y por sus acertadas observaciones que ayudaron a mejorar el trabajo.

A la Licenciada en Enfermería Bertha Cecilia Salazar de Menchaca, por su apoyo y conducción en la elaboración del proyecto y por su disposición en todo momento que necesité de su ayuda, mil gracias.

AGRADECIMIENTOS

**A LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE TAMAULIPAS Y A LA FACULTAD DE
ENFERMERIA EN H. MATAMOROS, TAMAULIPAS:**

**Por el apoyo y las facilidades brindadas para la realización
de la Maestría.**

**A LA FACULTAD DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE
NUEVO LEON, A LA SECRETARIA DE POST GRADO, A LA FUNDACION
KELLOG Y A LA COORDINACION DEL PROGRAMA DESARROLLO E
INNOVACION EN ENFERMERIA:**

**Por su trabajo constante para lograr el desarrollo de la
Enfermería y por su lucha por mejorar el futuro de la
profesión.**

A TODOS MIS MAESTROS:

**Por compartir conmigo sus conocimientos y experiencias y por
sembrar en mí la semilla que pronto dará sus frutos.**

**A TODO DEL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE POST GRADO:
ANITA, MARIBEL, ROXANA, SOCORRO, MIRIAM, IRMA Y MIGUEL:
Por sus finas atenciones durante toda mi estancia en la
Facultad de Enfermería.**

**A LA PASANTE DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA, MA. GUADALUPE
MORENO MONSIVAIS:
Por su interés y dedicación en el manejo de los sistemas de
computación para el procesamiento y análisis estadístico de
la información.**

**A LA SRA. ROSA MA. MATA DE GARCIA:
Por su entusiasmo y esmero en la elaboración del escrito.**

RESUMEN

El estudio se realizó para conocer los factores que influyen en las prácticas de medicina tradicional en una comunidad suburbana.

Se estudiaron 90 familias mediante entrevista con una guía semiestructurada. Las madres con un mínimo de tres años de radicar en esa comunidad constituyeron la unidad de investigación.

Los resultados fueron: 58.9 por ciento de las familias practica la medicina tradicional en sus diferentes modalidades. Además, existe una coincidencia entre las patologías y los problemas tradicionales referidos, entre las primeras se encuentran enfermedades respiratorias, de la piel y gastroenteritis; y los problemas tradicionales fueron anginas, calentura, jaquecas, empacho y mal de ojo. Entre los tratamientos empleados en estos, están los medicamentos y las sustancias naturales mezcladas con medicina mágico-religioso.

Se encontró asociación positiva moderada en las variables problemas de salud con lugar de nacimiento, ingreso y seguridad social, y de esta última con causas de las enfermedades; así como asociación positiva entre problemas tradicionales y el uso simultáneo de la medicina científica y tradicional. Los problemas tradicionales correlacionados con ingreso, escolaridad, seguridad social, religión y origen tuvieron una asociación positiva débil y covariancia de 0.09 a 0.16.

Se sugiere que la enfermera comunitaria considere las creencias, costumbres y recursos existentes, para planear acciones que tengan impacto en la salud de la comunidad.

I N D I C E

CAPITULO I

<u>INTRODUCCION</u>	1
1.1 Planteamiento del problema.....	6
1.2 Objetivos.....	7
1.3 Importancia del estudio	7
1.4 Limitaciones del estudio	8
1.5 Etica del estudio	9
1.6 Definición de términos.....	10

CAPITULO II

REVISION DE LA BIBLIOGRAFIA (MARCO TEORICO)

<u>MEDICINA TRADICIONAL</u>	13
2.1 Origen histórico de la medicina tradicional.....	14
2.2 Atención primaria de salud y medicina tradicional.	15
2.3 Estado actual de las medicinas tradicionales	
en el mundo	17
2.4 La medicina tradicional en México.....	20
2.5 La interrelación de la medicina tradicional en el	
Instituto Mexicano del Seguro Social.....	24
2.6 La medicina tradicional en el norte del país.....	26
2.7 La influencia de la cultura en las prácticas	
de salud.....	29

CAPITULO III

<u>METODOLOGIA</u>	35
3.1 Sujetos.....	36
3.2 Material.....	37
3.3 Procedimiento.....	38

CAPITULO IV

<u>RESULTADOS</u>	40
4.1 Descripción de los hallazgos.....	40
4.2 Análisis de los datos.....	75

CAPITULO V

<u>DISCUSION</u>	80
5.1 Interpretación de los resultados	80
5.2 Conclusiones.....	83
5.3 Recomendaciones.....	84
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	87

ANEXO 1 Plano de la Comunidad estudiada

ANEXO 2 Guía de la entrevista

ANEXO 3 Instructivo para la entrevista

ANEXO 4 Programa para el procesamiento y análisis
de la información.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	ESCOLARIDAD.....	41
FIGURA 2	LUGAR DE NACIMIENTO.....	43
FIGURA 3	RELIGION.....	44
FIGURA 4	INGRESO.....	47
FIGURA 5	SEGURIDAD SOCIAL.....	48
FIGURA 6	USO DE SEGURIDAD SOCIAL.....	49
FIGURA 7	RAZONES DE LA ASISTENCIA DE LAS FAMILIAS A INSTITUCIONES DE SALUD.....	51
FIGURA 8	CONCEPTO QUE SOBRE LA SALUD TIENE LA ENTREVISTADA.....	52
FIGURA 9	PROBLEMAS DE SALUD.....	53
FIGURA 10	CAUSAS DE ENFERMEDADES.....	55
FIGURA 11	PRIMERA ALTERNATIVA EN LA ATENCION DE SALUD.....	56
FIGURA 12	SEGUNDA ALTERNATIVA EN LA ATENCION DE SALUD.....	57
FIGURA 13	CONFIANZA EN LA MEDICINA CIENTIFICA..	58
FIGURA 14	OPINIONES DE LA CONFIANZA EN LA MEDICINA CIENTIFICA O TRADICIONAL....	59
FIGURA 15	PROBLEMAS TRADICIONALES.....	61
FIGURA 16	TRATAMIENTO.....	62
FIGURA 17	SOLICITUD DE ATENCION CON SANADORES TRADICIONALES.....	65
FIGURA 18	MEJORIA POR ATENCION CON SANADORES TRADICIONALES.....	67
FIGURA 19	USO SIMULTANEO DE MEDICINA CIENTIFICA Y TRADICIONAL.....	68
FIGURA 20	IMPORTANCIA DE LA MEDICINA TRADICIONAL.....	72

LISTA DE CUADROS

CUADRO 1	EDAD Y ESTADO CIVIL DE LA ENTREVISTADA....	40
CUADRO 2	OCUPACION DE LA ENTREVISTADA.....	42
CUADRO 3	TIEMPO DE RADICAR EN LA COLONIA DE LA ENTREVISTADA.....	42
CUADRO 4	NUMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA.....	45
CUADRO 5	CAUSAS POR LO QUE LAS FAMILIAS NO UTILIZAN LA SEGURIDAD SOCIAL.....	46
CUADRO 6	ASISTENCIA A INSTITUCIONES DE SALUD EN LOS DOS MESES ANTERIORES A LA ENTREVISTA.....	46
CUADRO 7	PERSONA QUE EFECTUO LOS TRATAMIENTOS TRADICIONALES EN LA FAMILIA.....	63
CUADRO 8	PERSONA QUE ENSEÑO A LA ENTREVISTADA LOS TRATAMIENTOS TRADICIONALES.....	64
CUADRO 9	SANADORES TRADICIONALES CONSULTADOS POR LAS FAMILIAS DURANTE EL AÑO ANTERIOR A LA ENTREVISTA.....	66
CUADRO 10	RAZONES DE LA ENTREVISTADA PARA EL USO SIMULTANEO DE TRATAMIENTOS MEDICOS Y TRADICIONALES.....	69
CUADRO 11	USO DE SUBSTANCIAS O AMULETOS POR LAS FAMILIAS.....	70
CUADRO 12	"MANDAS" O PROMESAS EFECTUADAS A DIVINIDADES RELIGIOSAS POR LA ENTREVISTADA...	70
CUADRO 13	RAZONES DE LA ENTREVISTADA PARA EFECTUAR LAS "MANDAS" O PROMESAS.....	71
CUADRO 14	RAZONES DE LA INCLINACION QUE LA ENTREVISTADA MUESTRA POR LA MEDICINA TRADICIONAL.....	73
CUADRO 15	RAZONES DE LA ENTREVISTADA PARA OTORGAR O NO IMPORTANCIA A LA MEDICINA TRADICIONAL..	74
CUADRO 16	CORRELACION DE PROBLEMAS DE SALUD CON LUGAR DE NACIMIENTO, INGRESO Y SEGURIDAD SOCIAL.....	76

CUADRO 17	CORRELACION DE SEGURIDAD SOCIAL CON CAUSAS.....	76
CUADRO 18	CORRELACION DE PROBLEMAS TRADICIONALES CON UNION DE MEDICINA CIENTIFICA Y TRADICIONAL.....	77
CUADRO 19	CORRELACION DE PROBLEMAS TRADICIONALES CON CONCEPTO, LUGAR DE NACIMIENTO, INGRE- SO, SEGURIDAD SOCIAL, ESCOLARIDAD, RELI - GION Y OCUPACION.....	78

CAPITULO I

INTRODUCCION

La salud, como uno de los aspectos fundamentales del bienestar social, es considerada un indicador importante del nivel de desarrollo de los países, por lo cual constituye una preocupación constante de los gobiernos. En México, esto se refleja en el Plan Nacional de Desarrollo (1989-1994), que menciona al respecto:

Entendida en un sentido amplio, la salud no es sólo la ausencia de enfermedad sino un estado de completo bienestar físico y mental, en un contexto ecológico y social propicio para su sustento y desarrollo. La salud descansa en la esfera de prácticamente todas las interacciones económicas, sociales y culturales, y es, con ellas, un componente sinérgico del bienestar social. Así, la salud es un elemento imprescindible del desarrollo y, en una sociedad que tiene como principio la justicia y la igualdad sociales, es un derecho esencial de todos.

En los últimos años, no obstante las severas restricciones de recursos que ha enfrentado el país, se han conseguido avances en materia de salud... La mayoría de los mexicanos tiene acceso a establecimientos permanentes de servicios de salud... sin embargo, en las zonas marginadas urbanas y rurales aún no se alcanza la cobertura total de los servicios de salud, ni la calidad deseable, y subsisten en general limitaciones.

México tiene un compromiso con la Organización Mundial de la Salud y sus países miembros, de buscar estrategias y

alcanzar la meta de "Salud para todos en el año 2000"; para lograrlo se requiere del concurso de todos los sectores de la población y del compromiso y participación de la propia comunidad, buscando la coordinación de esfuerzos y la optimización de los recursos existentes.

A pesar de los esfuerzos realizados por el Gobierno y las autoridades en materia de salud del país, por ampliar la cobertura de servicios de salud, las condiciones de salud de la población mexicana continúan siendo muy precarias.

La población no siempre acepta los servicios de salud que están a su alcance y es difícil establecer las razones de la aceptación o rechazo. La gamma de opciones y decisiones que una persona puede recorrer involucra desde la necesidad percibida de solicitar un servicio (en la que influyen educación y cultura entre otros factores) hasta su uso, el cual estará condicionado por la oferta en cuanto a la accesibilidad geográfica y económica, la disponibilidad, suficiencia y continuidad de la atención, y la aceptabilidad de la oferta por la población usuaria (Coplamar, 1982).

De acuerdo a las experiencias obtenidas en la Jefatura de Planeación y Supervisión Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (Rojas, 1988) se establece que el derechohabiente que demanda servicios, tiene ideas preconcebidas sobre la enfermedad, la forma de curar, quien debe atender al enfermo y donde debe atendersele. Estas ideas están modeladas por el patrón sociocultural (costumbres, tradiciones, creencias, supercherías) propias del grupo social y de la familia.

La percepción que la población tiene sobre el proceso salud-enfermedad, está determinada por los elementos culturales (formas de vida, de concepción del mundo, costumbres, creencias). Este saber de la población, mantenido a través

del tiempo por medio de la tradición y modificado mediante el contacto y mezcla con diferentes grupos étnicos y sociales, es lo que se conoce como medicina indígena, medicina folklórica o medicina tradicional. Estos conocimientos que conforman un verdadero cuerpo de doctrina sobre el origen de la enfermedad, su clasificación y tratamiento, son utilizados actualmente por un amplio porcentaje de la población, especialmente de las zonas rurales y urbano-marginadas (Kroeger y Luna, 1987).

La medicina tradicional se ha considerado por la Organización Mundial de la Salud como un elemento importante de la atención primaria de salud. Las palabras del Doctor Malher en 1974, siendo el Director General de la Organización Mundial de la Salud, son las siguientes:

La meta "Salud para todos en el año 2000" es inasequible con las actuales disponibilidades, siendo evidente que hay que recurrir a soluciones heterodoxas para llevar la empresa a buen término en tan corto tiempo. Para decenas de millones de personas los únicos agentes de salud son los curanderos, los yerberos y las parteras tradicionales. En la mayoría de las zonas rurales de los países en desarrollo faltan médicos y auxiliares de la salud (un auxiliar por cada 10,000 personas, por término medio). Incluso hay lugares donde existen posibilidades de asistencia médica moderna, pero son desdeñadas por la inmensa mayoría de la población, que prefiere poner su confianza en los curanderos tradicionales (Casillas, 1990).

Por otro lado, de acuerdo al estudio realizado sobre las necesidades esenciales en México en el rubro Salud (Coplamar, 1982), la cobertura total de las instituciones que prestan servicios personales de salud en el país era, en 1978, un 54.7 por ciento de la población total del país, el resto 45.3 por ciento tendría a su alcance los remedios caseros, la medicina

tradicional, el consumo directo de fármacos y las medicinas paralelas como la homeopatía, los quiroprácticos y la acupuntura. Aún cuando no se ha documentado suficientemente su oferta y demanda, se puede afirmar que la medicina tradicional se practica sobre todo en el área rural y las poblaciones urbano marginadas, así como las medicinas paralelas en las ciudades. Ninguna está regulada, ni siquiera en forma mínima, y su práctica es predominantemente comercial, aunque la medicina tradicional tenga múltiples modalidades.

Un dato más sobre la deficiente cobertura es el proporcionado por Laurell en 1978 (citado por Zolla, 1986), quien mencionó la existencia de 15 a 20 millones de mexicanos al margen de los sistemas médicos profesionales, los cuales vienen a formar parte de los pacientes de la medicina popular, ya que tienen que recurrir a los curanderos, hueseros y yerberos. Pero además, afirma Rojas Soriano (1984), junto a los servicios médicos de seguridad social, la medicina asistencial y la medicina privada, reconocida oficialmente por las autoridades, coexiste la llamada medicina tradicional.

Además, los autores Kumate, Cañedo y Pedrotta (1978), en su obra "La salud de los mexicanos y la medicina en México" (citado por Zolla, 1986), afirman que en las áreas rurales, los distintos tipos de curanderos son consultados con más frecuencia que los médicos. En sus métodos utilizan conocimientos de etnomedicina, magia y en ocasiones medicina moderna, y configuran una base social muy importante para la preservación de la salud en estas zonas, ya que la mayor parte de los pacientes atribuyen su enfermedad a razones mágicas o religiosas. Por otro lado, la automedicación a través de rituales curativos aún conserva su fuerza desde la tradición prehispánica. Los autores mencionados reconocen, además, que no están en condiciones de evaluar objetivamente la participación de los curanderos tradicionales en el mejoramiento de la

salud en las áreas rurales y urbano marginadas, aunque no desconocen la gravitación individual y social que actualmente tienen.

Es importante reflexionar en que sólo faltan ocho años para la llegada del año 2000 y que se deben buscar estrategias para lograr la salud de la población más desprotegida. Enfermería, como profesional de área de la salud, tiene un gran compromiso, y su papel en conseguir cambios esenciales en los sistemas de salud basados en atención primaria es claro. Las enfermeras representan la categoría mayor dentro del personal de salud y están en contacto directo con la mayoría de la población, son frecuentemente la conexión entre el individuo y la familia, y con el resto del sistema de salud. Trabajando con la gente, las enfermeras diariamente son testigos de la pobreza en que viven grandes sectores de la población, de la incapacidad creciente de los servicios de salud para dar respuesta a las necesidades también crecientes, de los sistemas de salud inadecuadamente concebidos para atender las enfermedades y de la urgencia de transformarlos. Por estar conscientes de ello, por su formación y especialmente por ser un personal sensibilizado, las enfermeras pueden representar los sentimientos del público al cual sirven y generar credibilidad y apoyo. Por tanto, como grupo constituyen una fuerza social importante en la comunidad ([Mahler, 1986] citado por Manfredi, 1988).

Tomando en cuenta lo anterior, se requiere que la enfermera como profesional de la salud, identifique las características del contexto sociocultural en que se desenvuelve su acción para llevar a la práctica estrategias de atención primaria de salud como parte fundamental del desarrollo humano y socioeconómico que requiere la búsqueda de salud de las comunidades.

La enfermera debe comprender los procesos sociales, económicos y culturales subyacentes a la vida de la población, que determinan el estado de salud-enfermedad así como su interpretación por parte de sus miembros (Kroegeer y Luna, 1987).

Con el propósito de contribuir al logro de los planteamientos anteriores, se realizó un estudio para conocer las prácticas de la medicina tradicional en la colonia 31 de Diciembre de Ciudad Guadalupe, Nuevo León. Se identificaron además, los factores presentes en esta comunidad relacionados con las prácticas tradicionales de salud.

Se eligió la colonia 31 de Diciembre porque tiene algunas características de las comunidades tradicionales, referidas por los autores consultados.

Además, se presumió la existencia del fenómeno porque de acuerdo al último diagnóstico de salud efectuado en 1991, un 42.4 por ciento no tienen seguridad social; y de las personas que enfermaron sólo un 53.8 por ciento utilizaron los servicios de salud.

Por otro lado, la comunidad estudiada se encuentra a dos kilómetros del centro de salud, y existen en la colonia por lo menos tres curanderas con alta demanda de servicios.

1.1 Planteamiento del problema.

En la búsqueda de referencias sobre las prácticas que de medicina tradicional realiza la población, no se encontró nada relacionado al tema que haya sido efectuado por enfermería. Solamente existen estudios socioantropológicos que permiten ubicar al problema; sin embargo, es necesario que la profesión de enfermería se interese por producir conocimiento sobre las prácticas de la medicina tradicional y de los factores que

condicionan su utilización, ya que como se mencionó anteriormente y de acuerdo a la literatura revisada, la medicina tradicional es un componente importante de la atención primaria de salud y la enfermera comunitaria es un elemento clave para desarrollar en la práctica las estrategias de atención primaria.

Para llevar a cabo su tarea la enfermera comunitaria debe ajustarse a la realidad de su entorno, comprender los problemas de salud de la comunidad con la cual trabaja, así como sus ideas y conceptos sobre la salud y las prácticas para recuperarla; con el fin de planear e implementar acciones de salud acorde a las circunstancias que prevalecen a su alrededor.

La pregunta de investigación es la siguiente:

¿ Cuáles son los factores que influyen en las familias de la colonia 31 de Diciembre de Cd. Guadalupe, N. L. para el uso de la medicina tradicional ?.

1.2 Objetivos.

- 1.2.1 Identificar a las familias que utilizan la medicina tradicional.
- 1.2.2 Conocer el tipo de prácticas de medicina tradicional que utilizan las familias.
- 1.2.3 Determinar las causas por las cuales las familias utilizan las prácticas de medicina tradicional.
- 1.2.4 Detectar si las familias utilizan la medicina tradicional combinada con la medicina científica.

1.3 Importancia del estudio.

La salud de la comunidad es el punto de interés para la enfermería comunitaria y las estrategias utilizadas para lograrla deben estar basadas en un conocimiento profundo de los valores y elementos varios de la cultura.

En este momento socio-histórico en el que existe un apoyo por autoridades en el campo de la salud a nivel internacional hacia la medicina tradicional; y además, la reconocen como una solución viable para lograr la salud de la población de las zonas más desprotegidas, enfermería no debe permanecer al margen y tiene que incorporarse al estudio de las comunidades y sus condicionantes del proceso salud-enfermedad. Los resultados de dichos estudios pueden utilizarse como punto de partida en la planeación y puesta en marcha de programas de salud efectivos. Programas de salud que sean aceptados y utilizados por la población a quien están dirigidos, que tengan como resultado un mejoramiento en las condiciones de salud, objetivo del trabajo de la enfermera comunitaria.

Al encontrar resultados satisfactorios en las actividades realizadas en la comunidad, es posible que la enfermera sienta mayor satisfacción y encuentre la motivación necesaria para trabajar eficazmente aún bajo las condiciones adversas que prevalecen en las poblaciones rurales y urbano marginadas.

1.4 Limitaciones del Estudio.

En el presente estudio se identificó el problema y las características de la población, pero no fué posible establecer dichas características como condicionantes de las prácticas tradicionales.

Los resultados de este trabajo podrán generalizarse a la comunidad estudiada, incluyendo a toda el área de influencia del centro de salud Tamaulipas, que son las colonias 31 de Diciembre, Tamaulipas y Coahuila, ya que tienen características semejantes.

Sin embargo, esta generalización no es válida para otras comunidades urbano marginadas con características y necesidades diferentes a las de la comunidad estudiada, como ubicación

geográfica, antigüedad, origen de la población, características de su fundación y servicios básicos.

Por otro lado, el estudio estuvo restringido a las mujeres, madres de familia, porque los estudios revisados muestran que históricamente la mujer asume el rol de proveedor de cuidado a la salud en la familia.

En cuanto a la aplicación del instrumento, hubo una variante en relación a lo planeado, se pretendía que las entrevistas fueran realizadas en su totalidad por el responsable de la investigación, pero por razones de tiempo se solicitó la participación de tres estudiantes de pregrado de séptimo semestre de Licenciatura, quienes recibieron capacitación y se les proporcionó el instructivo para la guía de la entrevista. Las entrevistas se realizaron en una sola visita, debido a que la práctica en esta comunidad se desarrolló en un año, lo que facilitó el acercamiento a la comunidad. Fué difícil llevar un control minucioso de la información, en virtud de que es un tema que la gente no está acostumbrada a tratar con personal de salud y existe cierto nivel de desconfianza por lo que fué necesario establecer empatía a fin de que las personas se pudieran expresar abiertamente. Pero no se descarta la posibilidad de que algunas personas no hayan respondido con absoluta sinceridad, omitiendo datos que pudieran ser importantes para el estudio.

1.5 Ética del Estudio.

Para realizar la investigación se solicitó la autorización a la Dirección del Programa de Salud Guadalupe, ya que la colonia 31 de Diciembre es área de influencia del centro de salud Tamaulipas, el cual pertenece a dicho Programa.

De igual manera se solicitó autorización del coordinador de enfermería y del responsable del centro de salud comunita-

rio Tamaulipas.

A las personas seleccionadas para el estudio se les solicitó su participación voluntaria para la entrevista; se les explicó el objetivo del estudio y los beneficios que para ellas tendrán los resultados que se obtengan. Así mismo se les aseguró que la información solamente se utilizaría para los fines del estudio. También se les dijo que tendrían libertad de retirarse del estudio si así lo deseaban.

1.6 Definición de términos.

Atención primaria de salud. Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. ([Declaración de Alma Ata, Rusia, 1978] citado por Kroeger y Luna, 1987).

Automedicación. Uso de medicamentos por iniciativa propia, que a juicio de las personas resuelven problemas de salud que fueron efectivos en enfermedades semejantes.

Cobertura de servicios de salud. Accesibilidad de recursos sanitarios para la población. No se refiere a la utilización real sinó a la simple presencia de un establecimiento o servicio en un área geográfica (San Martín, 1980).

Contexto sociocultural. Conjunto de circunstancias que caracterizan a una población, como la cultura, la religión, las condiciones de la clase social, la movilidad y el medio ambiente. ([Webster, 1960] citado por Write y Leahey, 1984).

Cultura. Modo de vida que adoptan las poblaciones.

Incluye todo aquello que es inventado o aprendido por el hombre y luego transmitido de generación en generación: hábitos, costumbres, conocimientos, actitudes, creencias. La cultura se adquiere por un proceso consciente e inconsciente. No se transmite por herencia biológica sino por herencia social a través de la comunicación y el aprendizaje (San Martín, 1980).

Enfermera en salud comunitaria. Profesional del equipo de salud con orientación a las necesidades de salud de la comunidad, buscando la participación de los sujetos para la identificación y solución de sus propias necesidades, tomando en cuenta los recursos disponibles. Actúa como facilitador para la consecución de un mejor nivel de salud.

Entrevista. Comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto (Canales, H. de, 1990).

Espiritismo. Doctrina que consiste en provocar la manifestación de seres inmateriales o espíritus, sobre todo las almas de los difuntos, con frecuencia para invocar la recuperación de la salud.

Factores. Condiciones económicas, sociales y culturales, dentro del contexto familiar, que propician el uso de la medicina tradicional.

Medicina tradicional. Conjunto de acciones que realizan las personas para atender los problemas de salud, basados en las creencias y costumbres de sus ancestros o como resultado de la cultura en salud de su entorno.

Medicina popular. Prácticas terapéuticas en las que se recurre indistintamente a los llamados remedios caseros, a la autoprescripción de medicina de patente (sulfas, antibióticos, analgésicos, jarabes) o a las prácticas rituales del espiritismo (Herrero, 1988).

Proceso salud-enfermedad. Conjunto de las fases en la

variación biológica hacia alguno de los dos extremos (salud o enfermedad), cuya resultante es el éxito o el fracaso del organismo para adaptarse física y mentalmente a las condiciones variables del ambiente (San Martín, 1980).

Remedios caseros. Alternativa común para atender los problemas de salud sencillos que incluyen el uso empírico de sustancias de origen animal, vegetal o mineral, algunas veces mezcladas con medicamentos que fueron probados con anterioridad en la experiencia propia o por recomendaciones de familiares, amigos o vecinos. Forma parte de la llamada medicina popular.

Sanador tradicional. Persona reconocida por la propia comunidad como poseedora del conocimiento y experiencia para atender los problemas de salud que aquejan a la población. Sus prácticas son coherentes con los conocimientos, actitudes y creencias de la comunidad. Emplean en sus tratamientos productos vegetales, animales y minerales; combinándolos con medicamentos de patente y con prácticas religiosas.

CAPITULO II
REVISION DE LA BIBLIOGRAFIA
(MARCO TEORICO)

Los profesionales en el campo de la salud, principalmente de la salud comunitaria, se encuentran interesados en la búsqueda de estrategias que permitan mejorar las condiciones de salud de las comunidades donde se desenvuelve su acción. Es por ello que cada vez más se promueven acciones conjuntas tanto de instituciones como de diversas profesiones que tienen interés común en las poblaciones, su comportamiento y las condiciones de vida determinadas por su cultura, así como su repercusión en la salud colectiva. Dichas acciones son subvencionadas por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, cuya principal función es estudiar y dar respuesta a los problemas relacionados con la salud de los habitantes de las zonas del mundo más desprotegidas, sumidas en el subdesarrollo económico y social que determina la salud de sus pobladores. Es en estas poblaciones, por sus características e influenciados por su cultura, donde tiene lugar la medicina tradicional.

Numerosos estudios muestran la discrepancia entre algunos conocedores del tema, existe optimismo entre aquellos que se han dedicado desde años atrás al estudio de la medicina tradicional, estudios en su mayoría de orden antropológico y social. Ellos apoyan el estudio, fortalecimiento y hasta la integración de los sistemas médicos tradicionales con el sistema médico moderno. A los que recientemente se les ha planteado esta alternativa, entre ellos los médicos, se muestran escépticos sobre las prácticas de estas medidas.

Los estudios revisados tratan, entre otras cosas, las medicinas tradicionales en diferentes países del mundo, el

apoyo que la Organización Mundial de la Salud le está dando a la medicina tradicional para que sea utilizada con un componente de la atención primaria de salud para el logro de la meta "Salud para todos en el año 2000".

2.1 Origen Histórico de la Medicina Tradicional.

Desde que el hombre existe en el mundo, ha luchado por satisfacer sus necesidades esenciales, siendo una de ellas la salud, adquiriendo para ello conocimientos en su contacto con la naturaleza a través de la experiencia por el método de ensayo y error. Por ello se entiende que estas prácticas ancestrales que con todas sus variantes hoy se identifican como tradicionales, son más antiguas que la medicina moderna, científica u oficial.

La medicina moderna, también llamada occidental, cuyo origen grecolatino se estableció en Europa, es el resultado de un conocimiento cultural que, formando parte de una tradición, se desarrolló paulatinamente en aquel continente. Conservado y enriquecido este conocimiento por la cultura árabe, retorna a la Europa del Renacimiento para, posteriormente, acompañar el vertiginoso auge que la cultura occidental le imprime en su desarrollo de los siglos siguientes (Lozoya, 1982).

Con anterioridad al año 500 antes de Cristo hubo la creencia de que la enfermedad estaba causada por espíritus malignos que se introducían en el cuerpo humano. Los remedios eran en gran parte de índole mágico religioso y consistían en invocaciones mágicas, encantamientos y maleficios. Sin embargo, en la antigua Grecia, durante los siglos V y IV antes de Cristo, se originó una escuela médica totalmente diferente de cualquier otra existente hasta entonces. Por primera vez, y formando parte de una más amplia revolución intelectual, los hombres comenzaron a ejercer la práctica médica con una preocupación desapasionada y más o menos científica (Rodney,

1984).

Por lo anterior se entiende que la medicina tradicional tiene una tradición milenaria y que precede en sus orígenes a la medicina científica. De acuerdo a lo afirmado por el Doctor Campillo Sainz en su discurso de bienvenida al taller sobre el futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos, celebrado en la ciudad de México en septiembre de 1986:

... la medicina científica nace de la medicina tradicional, porque aquello a lo que se le llama científico ya estaba contenido en la medicina tradicional, la cual paulatinamente le entrega a la otra medicina observaciones válidas confirmadas una y otra vez; en muchas ocasiones establece claramente las relaciones causales, e inclusive, algunas concepciones generales que son producto genuino de la razón humana, como bien lo prueba el hecho de su persistencia a través de los siglos.

2.2 Atención Primaria de Salud y Medicina Tradicional.

La política de salud denominada "Salud para todos en el año 2000" fué aceptada por todos los países del mundo en una Asamblea de la Organización Mundial de la Salud, en 1977. Para el logro de la meta quedó establecido, en la reunión de Alma Ata, Rusia, en 1978, la estrategia de Atención Primaria de Salud. En las acciones de atención primaria la propia comunidad debe participar y tomar decisiones sobre su propia salud, siendo influídos por factores ideológicos, políticos, sociales y culturales. Por otra parte, se debe pugnar por la vinculación de grupos ya organizados de la comunidad a las actividades de salud, en lugar de promover nuevos grupos con fines exclusivos relacionados con las acciones de salud (Kroegeer y Luna, 1987).

La mayoría de los países en desarrollo han formulado políticas y planes para la atención primaria de salud. Sin embargo, los servicios de salud a disposición de las poblaciones social y geográficamente periféricas, no han mejorado apreciablemente desde que hace algunos años se hizo el llamado a la acción en pro de la atención primaria de salud. Con algunas excepciones notables, los proyectos faltos de coordinación, son hoy día probablemente de escasa trascendencia en muchos países (Smith, 1982).

Tal vez como respuesta a ese problema en muchos de los países en desarrollo ha surgido un interés creciente por la medicina tradicional, y están utilizando recursos tradicionales e indígenas en los programas nacionales de salud, centrándose en el uso de esos recursos para la atención primaria, ya que la mayoría de los habitantes de estos países cuando enferman, recurren a los curanderos tradicionales. Para el 80 por ciento de la población de esos países atención primaria de salud es sinónimo de medicina tradicional (Banneman, 1982).

Al reconocer que los habitantes de poblaciones apartadas que no cuentan con cobertura de servicios resuelven sus problemas a través de la medicina tradicional, la Organización Mundial de la Salud ha aceptado un Programa de Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional como parte de la cruzada "Salud para todos en el año 2000", que sintetiza la política de acción de esta organización para el resto del siglo con recursos propios, provengan de donde provengan, tengan el origen que tengan, lo importante es que cada nación del mundo pobre logre modificar el nivel de salud, porque configura las dos terceras partes de la población mundial que vive en el subdesarrollo del cual se habría de salir antes de que se inicie el nuevo siglo. Y dentro de estos recursos, se reconoce a las medicinas tradicionales como instrumento para

el cambio.

La determinación de la Organización Mundial de la Salud en dar apoyo a la medicina tradicional se vió influenciada por la experiencia de la República Popular de China, quien ingresó a la Organización Mundial de la Salud en 1979, creando conmoción en esta organización al dar a conocer sus estrategias en el manejo de la atención primaria de la salud de los entonces casi 600 millones de chinos.

De 1970 a 1980 el movimiento internacional de apoyo y promoción a la medicina tradicional alcanzó su cúspide. El documento 622 de la Serie de Informes Técnicos de la Organización Mundial de la Salud (1978) marca la concertación ideológica y política alcanzada en ese, el mejor momento del proceso de promoción de la medicina tradicional a nivel mundial (Lozoya, 1986).

2.3 Estado Actual de las Medicinas Tradicionales en el Mundo.

Durante los últimos años ha tenido lugar en todo el mundo un cambio en el enfoque de la medicina, el cual se perfila hacia el final del siglo. Parece que se dirige al predominio de una medicina holística, que se fundamenta en la combinación cultural que haya de ocurrir de muchas y variadas prácticas terapéuticas, las cuales paradójicamente habrán de provenir en buena medida de las concepciones médicas tradicionales de países que hasta hace poco eran considerados primitivos.

Hablar de medicina tradicional obliga hablar de China, este país ha sido un ejemplo para el mundo entero por sus logros en la integración de la medicina tradicional y la moderna. A partir de 1958, la medicina dió un gran cambio tratando de combinar lo mejor de la medicina tradicional china (la cual se basa en aproximadamente 15 por ciento de acupuntura y 85 por ciento de remedios simples de origen principalmen-

te vegetal, además de otros de origen animal o mineral) y de la medicina occidental. Antes de Mao, los gobernantes del país menospreciaban la medicina y la farmacología tradicionales, elementos importantísimos de la cultura nacional. Los que deseaban estudiar o practicar la herbolaria medicinal eran ridiculizados o perseguidos. La medicina tradicional en cuanto a ciencia articulada estuvo a punto de extinguirse, a pesar de que había escasez crónica de personal médico y medicamentos eficaces.

Las medidas de integración han dado nacimiento al sistema llamado nueva medicina tradicional, que consiste esencialmente en la aplicación de los principios científicos modernos al antiguo sistema chino.

Los médicos tradicionales chinos siguen usando preparaciones de hierbas, además de la acupuntura, sin desdeñar los demás medios de prevención y tratamiento, según las necesidades de cada paciente, y han aportado una contribución decisiva a la salud y al bienestar del pueblo chino y al renacimiento de una parte de la cultura injustamente postergada durante largo tiempo.

En las zonas rurales los médicos descalzos (nombre con que se conocen a los auxiliares de salud) forman la primera línea de prevención y tratamiento de las enfermedades, resolviendo los problemas que planteaba anteriormente la escasez de personal médico y de medicamentos eficaces. Gracias a los médicos descalzos está ya asegurada la salud de los campesinos humildes y de la clase media baja en las zonas rurales (Casillas, 1990).

Entre los sistemas de medicina tradicional más difundidos en distintas regiones del planeta, destaca además de la medicina china, la medicina ayurvédica o ayurveda. El ayurveda es

la medicina tradicional más difundida en la India, formando parte de los tres grandes sistemas de medicina autóctona, siendo los otros dos, el unaní, procedente de la antigua Grecia e importado por los musulmanes; y el siddha, que es una rama especializada del ayurvedismo. Hay casi 70 personas por 1000 habitantes que practican algunos de esos sistemas (Fendal, 1982).

En algunos países de África como Guinea y Malí se están haciendo esfuerzos por lograr la interacción de ambos sistemas de salud (Kikhela et al, 1981), sin embargo se piensa que los cambios sólo pueden darse en forma muy gradual, ya que la integración requerirá cambios profundos en las actividades de todos los interesados: los terapeutas de cada uno de los dos sistemas, sus pacientes y los administradores, cuya actitud hacia la medicina tradicional ha sido por lo general recelosa e incluso opresiva. Por otro lado, en otros países de África como la Costa de Marfil y Kenya, se considera ilegal la medicina tradicional, justificando esto por su deseo de modernidad y progreso. Adoptar esa solución es engañarse o vivir en un mundo imaginario ya que está en completa contradicción con el modo de vida real de la población, porque el recurso de los curanderos tradicionales sigue siendo un aspecto básico de la asistencia médica de la población. Existen además otros países en donde se han logrado avances en el campo de la medicina tradicional, como por ejemplo Nigeria, Birmania, Vietnam del Norte, Sri Lanka, Rusia, Francia e inclusive México (Casillas, 1990).

La medicina tradicional en Latinoamérica contiene elementos aborígenes, españoles, portugueses y africanos, según la composición de la población de la zona de que se trate. Practican esa medicina principalmente grupos tribales indígenas, poblaciones rurales y sectores urbanos de bajos ingresos. Los sanadores populares tales como herbolarios,

masajistas, hueseros y espiritistas, coexisten con los profesionales de la salud, y en muchos casos ocupan su lugar. En los países latinoamericanos los servicios de la partera empírica se aprecian de manera especial (Velimirovic y Velimirovic, 1978).

2.4 La Medicina Tradicional en México.

La medicina de los aztecas, cuya cultura predominó en Mesoamérica, habiéndose nutrido de la interacción de varios cauces a lo largo de los siglos anteriores, presentaba un panorama de desarrollo bastante homogéneo, en la medida en que se pueda identificar una cosmovisión prevalente en todo el territorio. De profunda raigambre religiosa, en un sistema cultural que asociaba su concepción del mundo con el ejercicio de un conocimiento de los recursos que podían aliviar la enfermedad, la medicina indígena había alcanzado un grado importante de sistematización. El registro sobre el alcance teórico y el desarrollo del pensamiento médico de aquella cultura desapareció casi en su totalidad como consecuencia de la conquista, y solamente en épocas recientes se ha ido descifrando lentamente el grado de complejidad que alcanzó (Casillas, 1990). Sobre el mismo punto, señala Viesca (1986), que al finalizar la conquista había quedado una población indígena relativamente numerosa, con creencias muy arraigadas, aunque éstas fuesen declaradas falsas y supersticiosas dentro del nuevo orden reinante. Sin embargo, la habilidad práctica de médicos y cirujanos nativos había sido altamente apreciada por algunos de los conquistadores, quienes habían hecho uso de ella, primero por necesidad, a falta de médicos europeos, después por convicción. Por otra parte, en el médico indígena, responsable oficial durante algunos años del cuidado de los enfermos de su propia raza, se concentró también el mantenimiento de las creencias en los antiguos dioses, ahora equiparados con Jesucristo, La Virgen y los santos cristianos

en un sincretismo que impidió su reconocimiento por parte de los frailes e inquisidores.

Los remedios indígenas eran combinados con elementos europeos provenientes incluso de textos clásicos. Esto marca la aparición de la segunda gran raíz de la medicina tradicional mexicana, que es la española.

De esta manera se fué constituyendo, a través del tiempo, un cuerpo de conocimientos, creencias y prácticas que ya no es, desde ningún punto de vista, indígena en el sentido de lo prehispánico, ni tampoco español; la medicina tradicional mexicana es "tequitzi", mestiza (Viesca, 1986).

Consolidada la independencia de México, la influencia de la ilustración francesa, el desarrollo del positivismo y la búsqueda de una conciencia nacional tuvieron un importante impacto en la cultura y la organización del conocimiento. Se iniciaron las primeras investigaciones oficiales sobre las características botánicas y propiedades curativas de las plantas medicinales, pero descontextualizándolas de su relación ideológico cultural, ya que el saber popular se ha identificado con la ignorancia y la superstición. Es evidente que para entonces los grupos de intelectuales que asumían estas posiciones, eran resultado de una burguesía nacional que se debatía en el conflicto de su propia identidad cultural.

Después de la Revolución de 1910 y aún sin reconocimiento, las prácticas curativas tradicionales persistieron y por supuesto, se continuaron sucediendo interrelaciones asimétricas con el modelo médico dominante, que por otra parte, recibía la influencia del desarrollo científico tecnológico de la medicina norteamericana; sus fundamentos teóricos basados en el carácter biologista de la enfermedad; su práctica médica de carácter curativo y rehabilitador; su sistema de enseñanza

y su modelo de servicio asistencialista.

En este contexto, la medicina tradicional como una de las respuestas sociales al fenómeno salud-enfermedad, en tanto patrimonio cultural y única opción de atención a la salud para gran parte de las poblaciones rurales, ha sobrevivido en ellas con la introducción de algunos cambios que directamente resultan de los contactos con la medicina dominante. Su accesibilidad cultural y económica, su eficacia simbólica y su escaso grado de medicamentación, ha permitido su reproducción y uso cotidiano en amplios sectores de la población, a tal grado que el autodiagnóstico y la autoatención resuelven gran parte de los problemas de salud colectiva. Es pertinente destacar que la accesibilidad de la medicina tradicional no sólo se da en el medio rural, sino que alcanza a grupos sub urbanos y en buena medida a familias urbanas de la clase media (Herrero [editor], 1988).

En años recientes se ha acaparado un mayor interés de parte de la comunidad médica y científica nacional en la medicina tradicional y en particular de la herbolaria medicinal.

El estudio y la difusión de la medicina tradicional, y en particular de las plantas medicinales, se han favorecido por las investigaciones y el trabajo en general de diversas instituciones. Entre las principales se encuentran la Universidad Autónoma de México; la Universidad Autónoma de Chapingo; el Instituto Nacional de Antropología e Historia; la Secretaría de Educación Pública, a través de su Dirección General de Culturas Populares; el grupo de Promoción de Servicios de Salud y Educación Popular, A.C.; el Instituto Mexicano de Medicinas Tradicionales "Tlahuilli", A. C.; el Instituto Nacional Indigenista y el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de su Unidad de Investigaciones Biomédicas en

Medicina Tradicional y Desarrollo de Medicamentos [centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud reconocido] (Casillas, 1990).

Además existe una asociación que trabaja en pro de la medicina tradicional, que es la Academia Mexicana de Medicina Tradicional; y en el discurso de inauguración del IV Congreso Internacional de Medicina Tradicional y Folklórica, celebrado en San Cristóbal de las Casas, Chiapas; en diciembre de 1990; el Doctor Oscar Hutter Ariza, presidente de la Academia, declaró:

La medicina tradicional mexicana se ha academizado desde hace diez años, intentando estructurar en base a un marco teórico filosófico-conceptual las líneas de investigación, docencia y defensa cultural de la praxis milenaria de nuestros pueblos, favoreciendo el entendimiento del humano compromiso de ayudar a nuestro prójimo, allegándole los medios de atención y elementos del entorno que mitiguen sus 'dolencias' con un trato afable que enriquezca la comunicación interpersonal, acercándose al logro de la curación, que al contacto con la 'civilización' no deteriorará más la relación médico-paciente que constatamos cotidianamente en la medicina oficial... a pesar de que México es reconocido y admirado internacionalmente por sus aportaciones en la medicina tradicional, el rezago de nuestro país de su aplicación en estos campos es considerable.

De acuerdo a lo que dice Viesca (1986), es ya el momento de reconocer y de redefinir el papel de la medicina tradicional en la atención primaria de la salud, y establecer las políticas adecuadas para ello; de recorrer el velo de su invisibilidad y responsabilizarla en la medida de su participación a nivel tanto de las creencias como de los recursos terapéuticos en la lucha por la salud.

2.5 La interrelación de la Medicina Tradicional en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

En mayo de 1979 el Gobierno Federal y el Instituto Mexicano del Seguro Social firmaron un convenio con el fin de brindar atención médica a más de 10 millones de habitantes de las zonas rurales marginadas, donde se encuentran numerosas localidades habitadas por campesinos pobres pertenecientes a diversos grupos étnicos.

Entre los diversos problemas técnicos y económicos que se enfrentaron al tratar de ampliar la cobertura de servicios a estas zonas, se encontraron con que la población no aceptaba los servicios que se les brindaban. Esta limitación estaba dada en gran parte por las diferentes culturas y las distintas formas de entender el proceso salud-enfermedad; y por otro lado la gente de estas localidades de alguna manera había venido resolviendo sus problemas de salud con sus propios recursos tradicionales. Ante esta situación, las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social, apoyadas por la recomendación dada por la Organización Mundial de la Salud, iniciaron actividades de interrelación de la medicina tradicional con los servicios médicos del programa IMSS-COMPLAMAR (Moreno, 1986).

Este programa de interrelación de la medicina tradicional y la medicina institucional se viene llevando a cabo desde 1982, teniendo como objetivo fundamental lograr que ambas medicinas dejen de ser paralelas y se conviertan en complementarias, de esta forma se pretende mejorar los servicios de salud en las comunidades rurales del país y ampliar su cobertura (Gutiérrez, 1985). Para el estudio se diseñó la logística de la encuesta nacional más numerosa que sobre medicina tradicional se haya realizado en el país. Participaron tres mil localidades rurales de la República Mexicana. Más de trece mil terapeutas tradicionales fueron encuestados

directamente por personal del programa IMSS-COPLAMAR. Se obtuvieron datos sobre las definiciones de enfermedad, los datos de morbilidad, las nosologías, los procesos diagnósticos y los recursos y prácticas terapéuticas; en cuanto a esto último, la encuesta puso de manifiesto la existencia de casi 3000 plantas medicinales mencionadas por los terapeutas. Destacándose un grupo de 200, que son empleadas en todo el país, muchas veces con independencia de las condiciones ecológicas, por haber sido cultivadas y domesticadas en pequeña escala en el ámbito familiar (Zolla, 1986).

Otro de los datos encontrados es lo relativo al sexo de los practicantes de la medicina tradicional, el 61 por ciento son mujeres, y al respecto comenta Zolla que ello es indicativo de la función de la mujer dentro del grupo doméstico; la mujer es la principal responsable del cuidado de la familia, es protagonista esencial en la atención al embarazo, parto y puerperio, y depositaria ancestral del saber médico.

En cuanto a la proporción de terapeutas tradicionales por habitantes en los diferentes Estados, se encontró que en los Estados de Nuevo León, Coahuila, Sinaloa, Chihuahua, Tamaulipas y Zacatecas, la existencia de un terapeuta tradicional por cada 1000 o 2000 habitantes; cifras similares se encontraron en los Estados de Oaxaca, Chiapas y Campeche (Zolla, 1986).

Las diez principales causas de demanda de atención de la medicina tradicional referida por los terapeutas tradicionales son: mal de ojo, empacho, susto-espanto, caída de mollera, disentería, aires, diarrea, torceduras (músculo-esqueléticas), daño (brujería) y anginas. Es necesario aclarar que aún en una misma región del territorio nacional coexisten ideas diferentes entre la población usuaria de la medicina tradicional y así lo han registrado los investigadores (Herrero [Editor],

1988). Así mismo, los recursos terapéuticos para cada problema son diversos y variados y sería difícil describirlos aquí, pero de una manera general existe un amplio componente religioso, la fé es grande, tanto en el curandero como en Dios y los santos de su devoción. Utilizan plantas diversas ya sea para "barridas" o para ser tomadas en té; otros recursos como huevos, sahumerios, incienso, imágenes religiosas, velas, agua bendita, limpias, cataplasmas, amuletos, "sobamientos", rezos, conjuros, mandas, penitencias, peregrinaciones, ofrendas. También estas prácticas varían de una región a otra, utilizando en algunas de ellas recursos vegetales, animales y minerales, haciendo combinaciones de ellos.

Resumiendo sobre los resultados de la investigación en las comunidades tradicionales, Lozoya concluye:

Se ha logrado cimentar el proceso orgánicamente y el Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta por primera vez en su historia, con información detallada que sobre medicina tradicional del país requiere para iniciar las acciones de capacitación y operación de un programa de atención de primer nivel a las poblaciones rurales que incorpore recursos humanos y conceptos de la cultura popular que facilitarán el logro de sus objetivos: mejorar las condiciones de salud de la población, haciendo uso de lo mejor de todos sus recursos institucionales y tradicionales y devolviendo a la medicina mexicana su trascendente identidad nacional (Lozoya, 1985).

2.6 La Medicina Tradicional en el Norte del País.

Los estados el norte del país tienen una característica que los hace diferentes de los demás, son atrayentes por su vecindad con los Estados Unidos. El espejismo de las grandes ciudades del norte de México y la posibilidad de emigrar hacia el vecino país es lo que motiva a muchos de los habitantes de

poblaciones del centro y sur del país a abandonar sus lugares de origen. La población migrante, generalmente de zonas rurales, se ve obligada a abandonar el campo debido a las situaciones precarias que ahí prevalecen y espera encontrar en las ciudades mejores posibilidades de vida, ya que en ellas existe una mayor diversidad de trabajos que puede desempeñar.

De acuerdo a lo que menciona Nolasco (1978), es sabido que la población rural migrante no cambia sus costumbres, sus ideas y sus creencias con la misma rapidez con que cambia de domicilio y de municipio, sino que las conserva por algún tiempo.

Cuando ocurre la migración urbana-rural, se presenta el fenómeno de ruralización del proceso de urbanización, es decir, de que hechos, ideas y creencias de origen rural, en flagrante contradicción con las ideas, creencias e instituciones urbanas, pero existiendo con ellas o junto con ellas como una contradicción transitoria. Cuando la migración es continua, el fenómeno transitorio se convierte en permanente, pues siempre existen nuevos inmigrados que le dan vida.

El cúmulo de creencias y conocimientos que sobre la salud trae consigo el inmigrante y el poco acceso que tiene a la medicina oficial le permite mantenerse dentro de un sistema médico propio, situación que se fortalece al encontrar eco entre sus vecinos y familiares. Sin embargo, una vez que le ofrecen otro tipo de servicios médicos acude a ellos y los pone a prueba; lo que no significa que en todos los casos los apruebe y continúe usando. Uno de los factores que motiva para que no los utilice es la patología que con frecuencia se encuentra en este tipo de población que se debe casi siempre a su propia situación socioeconómica, y por tanto, la acción

aislada del médico es poco efectiva (Casillas, 1978).

Otra de las causas de la no utilización de los servicios médicos modernos, es el concepto que sobre la salud y la enfermedad, así como de sus formas de tratamiento, tiene la población demandante de los servicios del sistema médico moderno que no concuerda con los del personal de salud que los atiende. Como por ejemplo, cuando se presentan problemas para ellos comunes como el susto, mal de ojo, mollera caída, el médico los regaña y algunas veces se burla de ellos, ya que para la medicina moderna esos padecimientos no existen. Por estas razones este tipo de población recurre al médico moderno sólo en casos extremos, cuando ya la automedicación, la curación con hierbas o los curanderos, no dieron resultado (Nolasco, 1988).

En general, la gente recurre a la medicina tradicional como a la moderna, según la enfermedad y el resultado obtenido con el tratamiento de la primera.

En un estudio llevado a cabo en Houston (Cheney y Gómez, 1976.[referido por Aguirre, 1978]), se encontró que casi la mitad de los 40 pacientes incluidos en la muestra, consultaban tanto a personal no profesional como clínico. Una gran mayoría continuaba observando las costumbres de la medicina tradicional. Casi todas las personas que sufrían artritis utilizaban los servicios de las sobadoras, las que experimentaban ataques epilépticos consultaban con los espiritistas, algunas con los yerberos para la medicación empleada en infusiones y cataplasmas curativos; y muchas encontraban alivio en la variante tradicional de oraciones y rituales que acompañan al ministerio de los curanderos con orientación religiosa.

En relación a las prácticas que sobre medicina tradicional se conocen en el norte de México y sur de Estados Unidos,

existe una película preparada en el Estado de Nuevo León (Olson, 1971 [citado por Aguirre, 1978) que ofrece información sobre el empleo de la medicina tradicional en esta región. Dos veces al año, el pueblo de Espinazo, Nuevo León, se ve invadido por unos 10,000 o 15,000 peregrinos de los Estados Unidos de América y México que tratan de obtener la cura o la ayuda de los agentes médium del Niño Fidencio, quien practicó la medicina popular en ese lugar, desde los primeros años del decenio de 1920 hasta su muerte en 1938. Así mismo, en diversas áreas sub urbanas de Monterrey, N. L., existen sanadores tradicionales que ejercen la cura con el poder que les transfiere el espíritu del Niño Fidencio y de otros espíritus menos conocidos (según dicen ellos mismos y sus seguidores). Estos curanderos utilizan además, hierbas y hasta medicinas de patente, incluyen en sus prácticas los cantos y cuentan con altares e imágenes religiosas diversas.

El espíritu del Niño Fidencio ayuda a una serie de curanderos que se extienden desde la Florida hasta California y desde Illinois hasta Guatemala (Macklin, 1978).

Los curanderos de la región que trabajan con el Niño Fidencio realizan prácticas muy semejantes a las efectuadas por un grupo espiritualista de Jalapa, Veracruz; referido en el estudio realizado por Lagarriga Attías en 1966 (Lagarriga, 1975).

2.7 La influencia de la Cultura en las Prácticas de Salud.

Hoy en día, cuando la civilización moderna ha llegado a una alta refinación en conocimientos y en medios tecnológicos para tratar la enfermedad, causa una gran insatisfacción saber que muchos de esos medios no se hallan al alcance de grandes cantidades de seres humanos; también se comprueba que, además de la técnica, la curación de un mal requiere que existan la fe necesaria para que la medicina surta efecto, y el deseo de

sanar (Instituto Nacional Indigenista, 1986).

Así mismo, los avances en tecnología biomédica no parecen tener repercusiones importantes en la disminución de la mortalidad, por ello, en los últimos cinco años se ha dado mayor valor al conocimiento de la cultura de la salud y a la forma como las creencias favorecen la presencia de estilos de vida saludables o no saludables. Entre estos últimos se encuentran la automedicación, el tabaquismo y el sedentarismo. Estos estilos de vida se transforman en riesgos relativos a la salud y provocan, muchas veces, mosaicos epidemiológicos difíciles de entender sólo con el conocimiento biológico (Pender, 1982).

Por otro lado, muchos investigadores han tratado de buscar la explicación al fenómeno de la no aceptación de los servicios de salud cuando éstos se ponen al alcance de grupos de poblaciones rurales o urbano marginadas; y los hallazgos han sido similares: las costumbres y tradiciones de estas comunidades no son respetadas por los trabajadores del moderno sistema de salud, abriendo con ello una brecha cultural que neutraliza los programas de educación sanitaria. El estudio realizado por Lagarriga sobre este fenómeno muestra que la preferencia por el curandero y el hecho de que se le vea con más asiduidad que al médico, se debe tanto a factores de orden cultural como económico, y agrega, que quizá los más importantes resulten ser los culturales (Lagarriga, 1975).

En un estudio efectuado por Trotter y Chavira (1978), se encontró que la población recurre a la medicina tradicional en caso de padecimientos específicos de su cultura (mal de ojo, susto, empacho, etc.) que no están reconocidos como enfermedades en el sistema convencional; algunas personas acuden al curandero porque así no se enfrentan con problemas de comunicación con el que los va a atender, contrariamente a

lo que ocurre con el profesional del sistema convencional de salud, a consecuencia de las barreras de cultura.

Una de las manifestaciones fundamentales de la cultura es la medicina, entendida como el cúmulo de conocimientos y prácticas a los que recurre el hombre para mantener su equilibrio con la naturaleza, y por ende, su salud. Este fenómeno surge con el hombre mismo, y en la medida en que su cultura transita por un continuo proceso de cambio, la medicina debe nutrirse de esta dinámica (Ortiz Quezada [editor], 1982).

Las resultantes del contacto de pueblos étnicos de cultura simple con sociedades económica y socialmente más avanzadas han sido motivo de estudio cuidadoso por la antropología, que le conoce como proceso de aculturación (Aguirre Beltrán, 1982). Sin embargo, tales estudios principalmente de tipo descriptivo, han incursionado poco en la problemática desde una perspectiva epidemiológica del fenómeno y menos aún con el propósito de establecer el impacto que esta cultura médica podría ejercer en el futuro sobre la salud de los mexicanos.

A pesar de que los planificadores de los servicios de salud han puesto la determinante cultural en un irrelevante segundo plano, las grandes mayorías resuelven muchos de los problemas de salud a través de la medicina tradicional desde hace 500 años. Con o sin acceso a la medicina occidentalizada, con o sin recursos económicos de por medio, la población continúa recurriendo al uso de las diversas prácticas de la medicina tradicional por razones culturales, económicas y de eficacia (Lozoya, 1986).

Por tanto, es necesario entender que la medicina tradicional forma parte de un conjunto muy amplio de la cultura,

como también la medicina occidental o la tecnología occidental, que a su vez son parte de un conjunto cultural coherente. En este sentido, la medicina tradicional no se reduce a una serie de recetas para hacer infusiones y curarse un dolor, sino que tiene mucho que ver con la concepción del mundo, con la concepción misma de la enfermedad y con la concepción del cuerpo humano. Hay que entender esa coherencia de los sistemas curativos en términos de estas concepciones.

Curar el cuerpo es como reparar una parte esencial del mundo de la cultura. Así, la medicina tradicional no es solamente el uso de las propiedades curativas de las plantas, sinó también la concepción de que esa propiedad está apoyada, cimentada, en un mundo sobrehumano, en un mundo que está por encima de los humanos y al cual se invoca para efectuar la curación (Herrasti y Ortiz [entrevista a Andrés Fábregas], 1986).

La relación del hombre con la salud-enfermedad, está mediada por el conjunto de creencias, valores y signos que se ha apropiado de la cultura de la que forma parte y en la que se compromete el sentido personal de su vida eligiendo lo que le es comprensible y utilitario y lo que le comunica emociones gratificantes. Lo que se dice y se hace en relación a la salud-enfermedad, tiene que ver con el significado que el hombre le atribuye a la naturaleza, con su capacidad de poder y dominio sobre ella y con su afán de trascendencia (Herrero [editor], 1988).

Las teorías sobre las enfermedades varían ampliamente tanto en relación con el grupo como con el individuo. Se ha advertido un cambio en las creencias con tendencia hacia una compleja combinación de teorías etiológicas indígenas y occidentales (Scrimshaw y Burleigh, 1978).

En las culturas indígenas el ser humano, cuerpo y espíritu, es considerado una entidad que vive en relación armónica con el ambiente que le rodea, y es la ruptura de ese orden cósmico lo que acarrea la enfermedad. Esta es vista como un castigo que las fuerzas sobrenaturales envían contra aquel que ha roto las normas que establece el grupo; o puede ser causada por la irrupción de agentes que pretenden destruir el equilibrio de las energías humanas y sobre-humanas.

Así, tanto la etiología de la enfermedad como la posibilidad de su curación constituyen actos sociales que tienen repercusión tanto en el mundo terrenal como en el espiritual. Por eso, la curación involucra una serie de actos y técnicas que van desde la utilización de plantas y hierbas con propiedades curativas, hasta la invocación de fuerzas divinas que ejercen su poder para restablecer el equilibrio cósmico perdido o amenazado (Instituto Nacional Indigenista, 1986).

Los conceptos tradicionales, que se transmiten de una generación a otra, se modifican actualmente en virtud de nuevas experiencias y de conocimientos nuevos. Han desaparecido en gran medida las actitudes predominantes de la generación anterior respecto de las enfermedades y a los jóvenes les sigue atrayendo la idea de abandonar su hogar tradicional para sumarse a la expansión de los centros urbanos. Se ha debilitado la antigua sociedad rural, y el medio social duro e indisciplinado del inmigrante urbano, en el que reina a menudo la inseguridad, ha dado origen a su propia cultura desarraigada. Los hábitos de una cultura se derivan del instinto de preservación, pero eso supone que el medio ambiente permanece estable; las nuevas sociedades urbanas y la nueva cultura urbana son fundamentalmente inestables.

Como se mencionó anteriormente, una cultura casi nunca es estática, y por lo general, puede dar cabida a nuevas ideas,

a condición de que no se le planteen amenazas aparentes. Respecto a la salud y la enfermedad es probable que la cultura determine las actitudes y respuestas de cualquier sociedad, por compleja que sea. Es indispensable por tanto, que el personal del campo de la salud conozca las diferentes modalidades de este fenómeno, no sólo para promover la salud de la comunidad sino también para comprender los procesos de la enfermedad. Por consiguiente, todos los integrantes del equipo sanitario deben estudiar ese aspecto de la cultura para poder superar los obstáculos que se oponen a la consecución de la meta "Salud para todos en el año 2000".

CAPITULO III

METODOLOGIA

El estudio fué realizado en la Colonia 31 de Diciembre de Ciudad Guadalupe, Nuevo León. Esta colonia pertenece al área de influencia del centro de salud de la colonia Tamaulipas, el cual se encuentra dentro del Programa de Salud Guadalupe de la Universidad Autónoma de Nuevo León. El centro de salud Tamaulipas depende además de la Secretaría Estatal de Salud.

La colonia 31 de Diciembre fué seleccionada para este estudio en virtud de que posee algunas de las características de poblaciones que utilizan la medicina tradicional, de acuerdo a los autores consultados. Dichas características son: a) sin seguridad social, 42.4 por ciento de la población; b) institución de salud más cercana a aproximadamente dos kilómetros de la colonia; c) el 40.0 por ciento de la población se automedica y el 13.3 por ciento de los que enfermaron no recibieron atención médica; y d) el 76.0 por ciento de la población económicamente activa percibe un salario mínimo o menos. Estos datos fueron obtenidos para el diagnóstico de salud en el año de 1990, y fué realizado por maestros de la Facultad de Enfermería del Programa de Desarrollo e Innovación de Enfermería.

Otro dato que motivó el estudio fué el conocimiento de que existen tres curanderos en la comunidad.

Las colonias 31 de Diciembre, Coahuila y Tamaulipas, difieren de otras comunidades urbano marginadas en cuanto a las características de su origen, el sector en el que se encuentran ubicadas era originalmente un área campestre y en el año de 1964 fué loteado para satisfacer las necesidades de familias de bajos recursos. Las familias obtuvieron la propiedad con el compromiso de realizar una obra de beneficio colectivo, esto es un pozo de agua.

La investigación se desarrolló durante los meses de noviembre y diciembre de 1991, sin embargo, esto no fué la primera aproximación a la comunidad, ya que un año anterior a la fecha del estudio se tuvo contacto con ella, durante las prácticas académicas.

3.1 Sujetos.

Se seleccionaron 90 familias cuyos criterios de inclusión fueron ser del sexo femenino, tener tres años o más de radicar en la colonia y aceptar participar en el estudio. La unidad de investigación fueron las madres de familia. Esta decisión se tomó porque de acuerdo a estudios realizados por Zolla (1986) la mujer es la principal responsable del cuidado de la familia, incluyendo la salud, además está considerada como depositaria ancestral del saber médico.

La selección de los sujetos de estudio se efectuó mediante muestreo probabilístico aleatorio simple. Utilizando una tabla de números aleatorios se seleccionaron las 90 familias, en un plano de la colonia, con las viviendas previamente numeradas para este fin, se identificaron las familias que conformaron la muestra (anexo 1).

La muestra representó el 9.7 por ciento del total de la población (n=924). Para el cálculo de la muestra se utilizó un nivel de confianza de 0.95 y una precisión de 0.07, cabe aclarar, de acuerdo a Rojas Soriano (1991) que el nivel de precisión (E) no es el complemento del nivel de confianza (Z). Los valores de la proporción fueron p=0.85 y q=0.15

La fórmula es:

$$n = \frac{Z^2 (pq)}{E^2}$$

Obteniéndose una muestra de 100 familias, pero como el tamaño de la población era conocido (924), se utilizó el factor de corrección finito (Rojas Soriano, 1991) cuya fórmula es:

$$n = n_0 \frac{N}{N + n_0 - 1} \quad \text{Sustituyendo } n = 100$$

$$n = \frac{100}{1 + 0.107} = \frac{100}{1.107} = 90 \text{ muestra}$$

El tipo de estudio fué exploratorio, descriptivo y transversal; se indagó la presencia del fenómeno y sus características, sin buscar explicaciones y la información fué obtenida en una sola ocasión (H. de Canales, 1990).

3.2 Material.

El instrumento para la recolección de la información fué una guía semi-estructurada para la entrevista, la cual fué elaborada especialmente para la presente investigación y validada a través de la prueba piloto (Anexo num. 2).

Para el diseño del instrumento se tomó en cuenta la pregunta de investigación y la bibliografía consultada, principalmente para la sección de preguntas sobre las enfermedades tradicionales y sus tratamientos (Lozoya, 1985 y 1988) (Zolla, 1986).

Se consideró importante conocer los problemas de salud que presenta la comunidad desde su propio esquema conceptual y posteriormente buscar la relación de sus ideas, prácticas y costumbres con otras características estudiadas.

La respuesta a la pregunta de investigación se buscó al relacionar las conductas tradicionales con las diversas características estudiadas en la población.

Los aspectos explorados mediante la guía para la entrevista semiestructurada son los siguientes:

- Datos generales.
- Seguridad social y uso de servicios de salud.
- Frecuencia en la asistencia a instituciones de salud.
- Concepto de salud-enfermedad.
- Morbilidad familiar en el último año y creencias de sus causas.
- Prioridades en la atención a los problemas de salud.
- Confianza en la medicina científica para la solución de todos los problemas de salud.
- Problemas tradicionales en la familia durante el último año, tratamientos efectuados, quien los realizó. Si la entrevistada los realizó, de quién aprendió.
- Asistencia con sanadores tradicionales, resultados de la atención.
- Uso simultáneo de tratamientos médicos y tradicionales.
- Uso de amuletos o sustancias y su relación con la salud y el bienestar.
- Promesas o "mandas" efectuadas a santos o divinidades religiosas, y razones de ello.
- Inclinação por las prácticas tradicionales, razones de ello, e importancia de la medicina tradicional para la salud de la comunidad.

3.3 Procedimiento.

Las entrevistas fueron realizadas por la persona responsable de la investigación con la colaboración de tres estudiantes de pre grado, del séptimo semestre de la carrera de Licenciatura en Enfermería.

Las entrevistas tuvieron lugar en el hogar de las sujeto de estudio, verificando previamente la antigüedad de residencia requerida y la presencia de la madre de familia.

Se les explicó el objetivo de la investigación y se les solicitó su participación voluntaria, garantizándoles que los datos proporcionados serían utilizados únicamente para los fines del estudio.

La información fué procesada asignando un número a cada variable y codificando las categorías de cada una, se capturaron los datos en la computadora, utilizando el programa estadístico SPSS por sus siglas en inglés, Statistical Package for the Social Sciences. Se analizaron 34 variables en forma individual utilizando las estadísticas descriptivas.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 Descripción de los hallazgos.

Aún cuando la fuente informante fué la madre de familia, algunos datos corresponden a la entrevistada y otros a la familia.

Los datos generales, más relevantes, de la entrevistada son:

84.5 por ciento son casadas; predomina el grupo de edad de 30 a 39 años con 37.8 por ciento (cuadro 1).

CUADRO 1 EDAD Y ESTADO CIVIL DE LA ENTREVISTADA

ESTADO CIVIL	EDAD (años)	20-29 %	30-39 %	40-49 %	50 y + %	TOTAL %
SOLTERA		1.1	1.1	.0	.0	2.2
CASADA		14.5	34.5	13.3	22.2	84.5
UNION LIBRE		1.1	2.2	.0	.0	3.3
VIUDA		1.1	.0	1.1	6.7	8.9
SEPARADA		.0	.0	1.1	.0	1.1
TOTAL		17.8	37.8	15.5	28.9	100.0

n=90

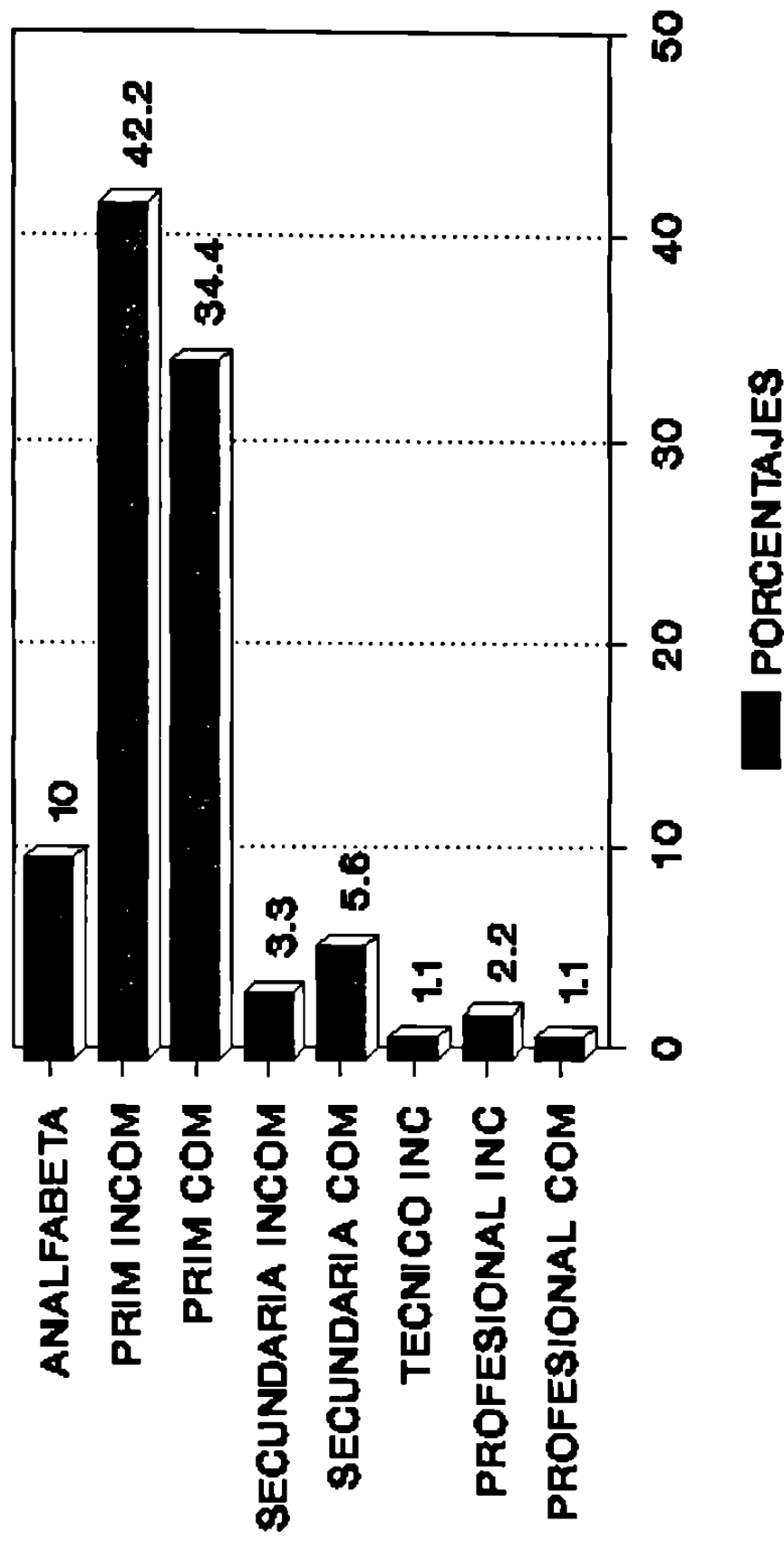
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

En relación a la escolaridad, el 10.0 por ciento son analfabetas; 42.4 por ciento con primaria incompleta; 34.5 por ciento primaria completa y 13.3 por ciento otros estudios más avanzados (figura 1).

FIGURA 1

ESCOLARIDAD

POR CIENTO



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

El 92.3 por ciento se dedican a labores del hogar (cuadro 2).

CUADRO 2 OCUPACION DE LA ENTREVISTADA

CATEGORIA	PROPORCION
LABORES DEL HOGAR	92.3
EMPLEADA	5.6
PROFESIONISTA	2.1
TOTAL	100.0

n=90

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

51.1 por ciento nacieron en el estado de Nuevo León, y la mitad de ellas en el área metropolitana; 11.1 por ciento son originarias del Estado de Tamaulipas; 20.0 por ciento de San Luis Potosí; 7.8 por ciento nacieron en el Estado de Coahuila y 9.9 por ciento en otros estados de la república (figura 2).

En cuanto a los datos de la familia, el 77.8 por ciento son católicas (figura 3); 61.1 por ciento tienen 10 años o más de radicar en esa comunidad (cuadro 3).

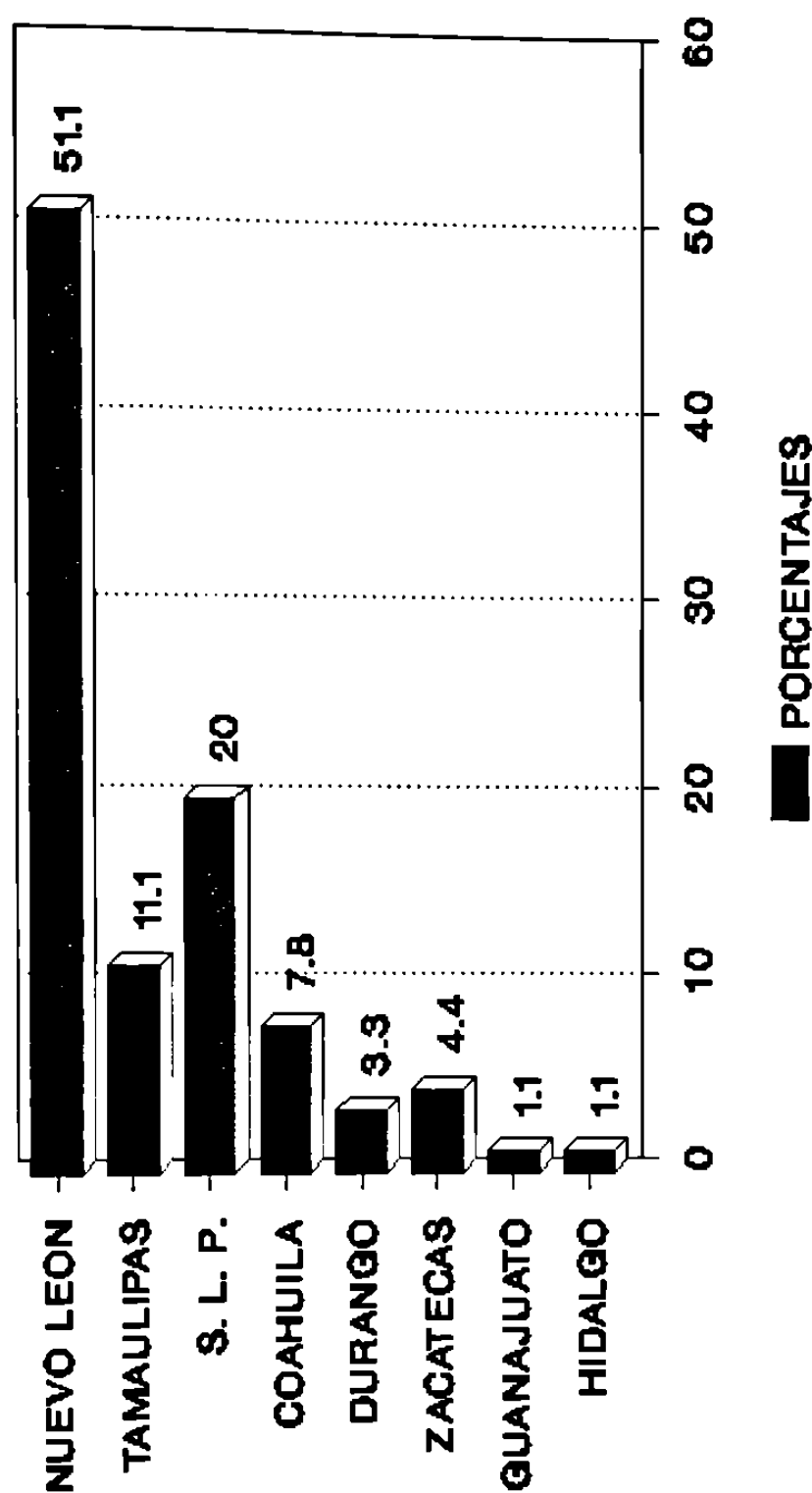
CUADRO 3 TIEMPO DE RADICAR EN LA COLONIA DE LA ENTREVISTADA

CATEGORIA	PROPORCION
10 O MAS AÑOS	61.1
6 A 9 AÑOS	23.3
3 A 5 AÑOS	15.5
TOTAL	100.00

n=90

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

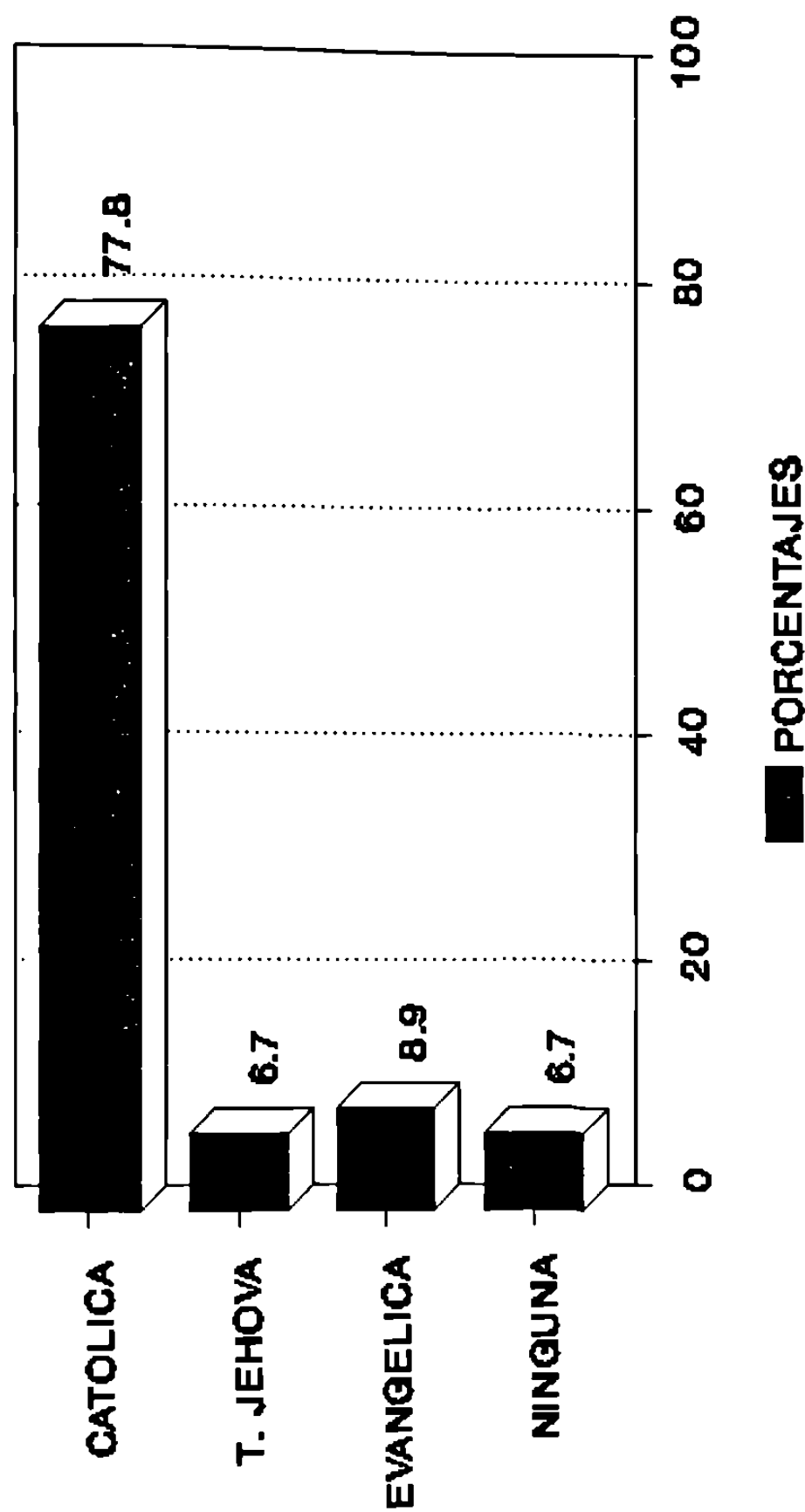
FIGURA 2 **LUGAR DE NACIMIENTO**



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

FIGURA 3

RELIGION



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

55.6 por ciento están constituidas por cinco miembros o más (cuadro 4).

CUADRO 4 NUMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA

CATEGORIA	PROPORCION
5 A MAS MIEMBROS	55.6
2 A 4 MIEMBROS	41.1
UN MIEMBRO	3.3
TOTAL	100.0

n= 90

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En relación al ingreso familiar, el 32.2 por ciento perciben un salario mínimo; 28.9 por ciento dos salarios mínimos; 15.6 por ciento tres salarios mínimos; 8.9 por ciento cuatro o más salarios mínimos; 12.2 por ciento menos del salario mínimo y 2.2 por ciento no tienen ingreso (figura 4).

Las familias que cuentan con seguridad social son el 67.8 por ciento, y de estas, el 60.0 por ciento están afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social y el 7.7 a otras instituciones de salud. El 32.2 por ciento no tiene seguridad social (figura 5).

En relación al uso de la seguridad social, se reportó que el 53.3 por ciento se la usa y el 14.5 por ciento no (figura 6).

Las causas referidas para no usar la seguridad social, en 5.7 por ciento porque la institución está lejos del domicilio; 2.2 por ciento no cree en la medicina científica; 2.2 por ciento, los tratamientos son los mismos e igual porcentaje solo utiliza los servicios en enfermedades graves (cuadro 5).

**CUADRO 5 CAUSAS POR LO QUE LAS FAMILIAS NO UTILIZAN LA
SEGURIDAD SOCIAL**

CATEGORIA	PROPORCION
NO APLICA	85.5
INSTITUCION DE SALUD LEJOS DEL DOM.	5.7
NO CREE EN LA MEDICINA CIENTIFICA	2.2
NO CAMBIAN LOS TRATAMIENTOS	2.2
SOLO LO USAN EN ENFERMEDADES GRAVES	2.2
NO SE HAN ENFERMADO	1.1
ACUDEN CON MEDICO PARTICULAR	1.1
TOTAL	100.0

n=90

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En cuanto a la asistencia a instituciones de salud en los últimos dos meses, se encontró que el 16.7 por ciento acudió cuatro o más veces; 13.3 por ciento dos veces; 12.2 por ciento una vez y 7.8 por ciento tres veces. El 50.0 por ciento de las familias no tuvieron necesidad de acudir ninguna vez (cuadro 6).

**CUADRO 6 ASISTENCIA A INSTITUCIONES DE SALUD EN LOS DOS
MESES ANTERIORES A LA ENTREVISTA**

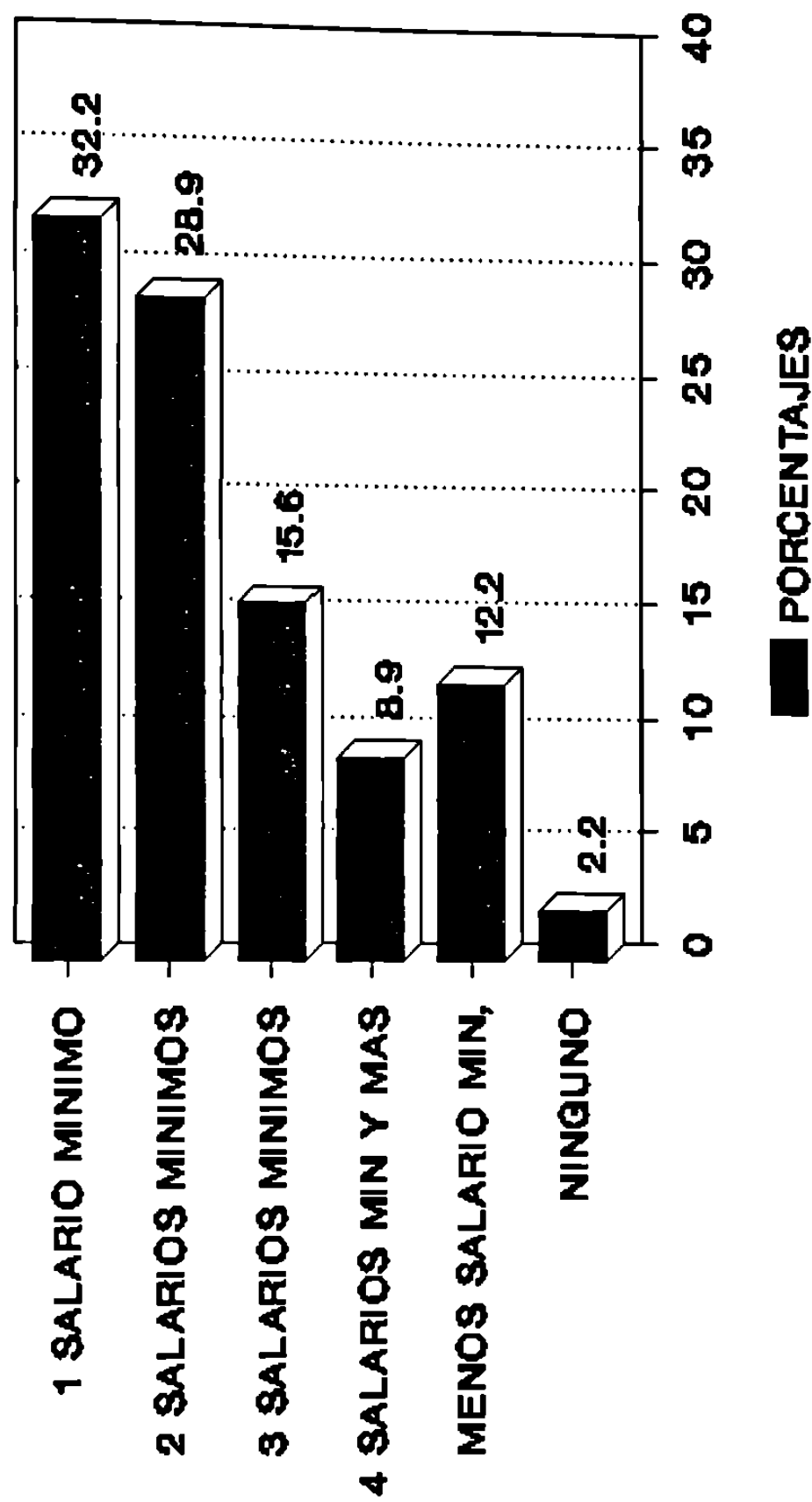
CATEGORIA	PROPORCION
NINGUNA	50.0
CUATRO VECES Y MAS	16.7
DOS VECES	13.3
UNA VEZ	12.2
TRES VECES	7.8
TOTAL	100.0

n= 90

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

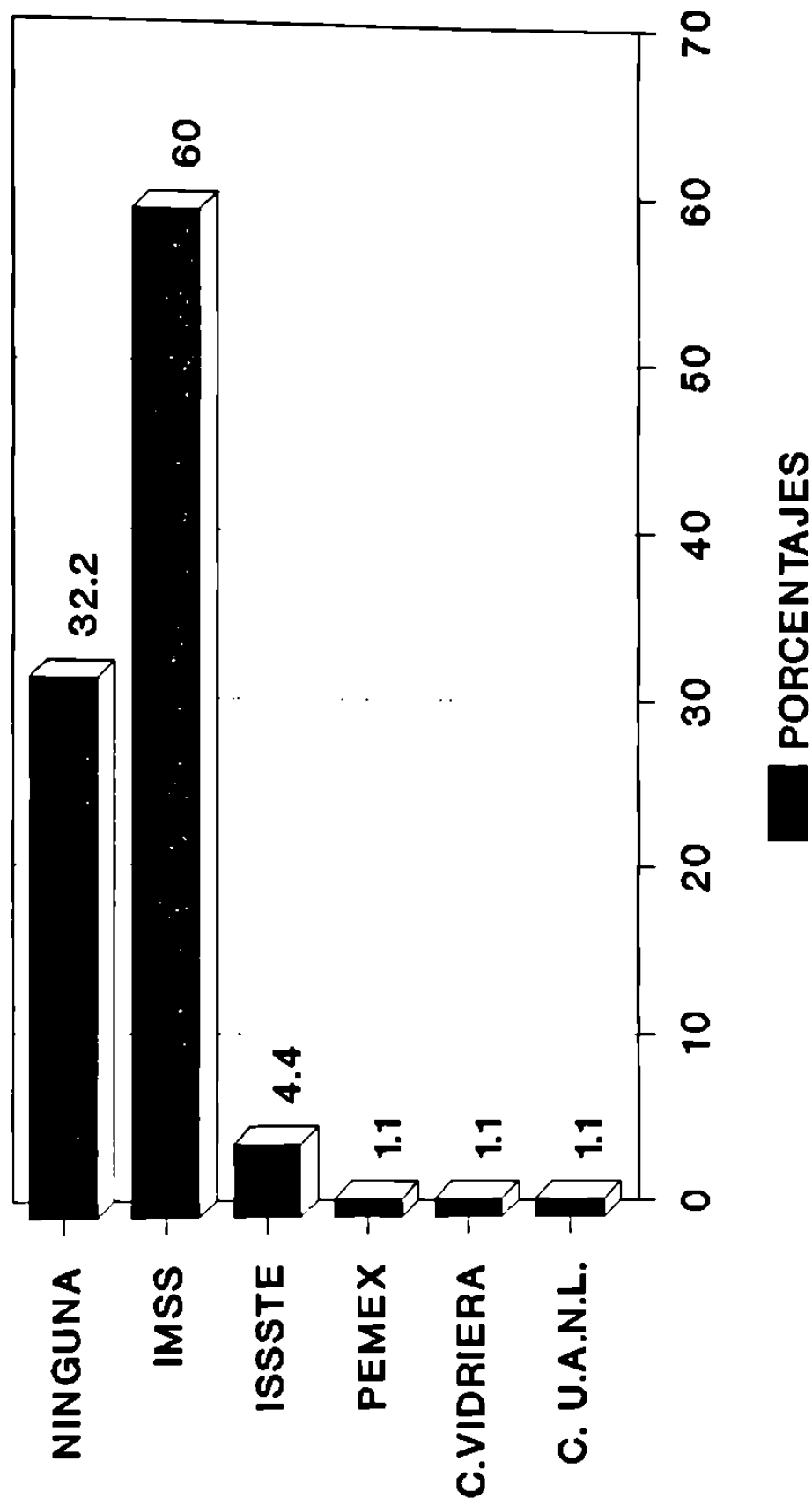
FIGURA 4

INGRESO



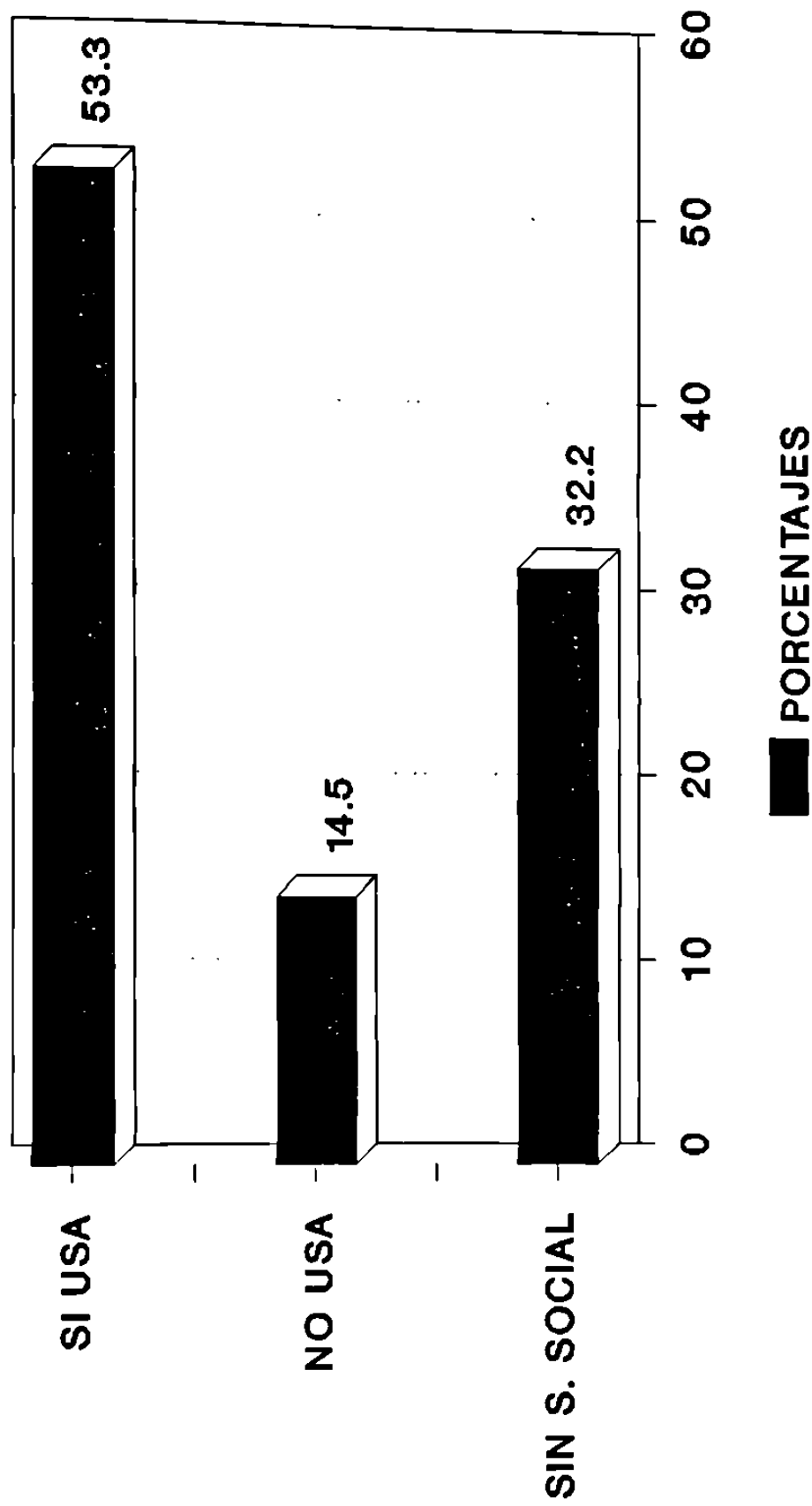
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

FIGURA 5
SEGURIDAD SOCIAL



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

FIGURA 6 **USO DE SEGURIDAD SOCIAL**



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO



Los motivos para solicitar los servicios de salud fueron en 42.4 por ciento de las familias para atención curativa; 5.4 por ciento para asistencia preventiva y 2.2 por ciento por atención de urgencia (figura 7).

En lo que se refiere al concepto de salud que tiene la entrevistada, para el 46.7 por ciento salud significa bienestar; 31.3 por ciento dijo que la salud es lo más importante; para el 10.0 por ciento tener salud es no enfermarse; para el 8.9 por ciento es estar bien con Dios y el 3.3 por ciento expresó que estar sano es tener disposición para el trabajo (figura 8).

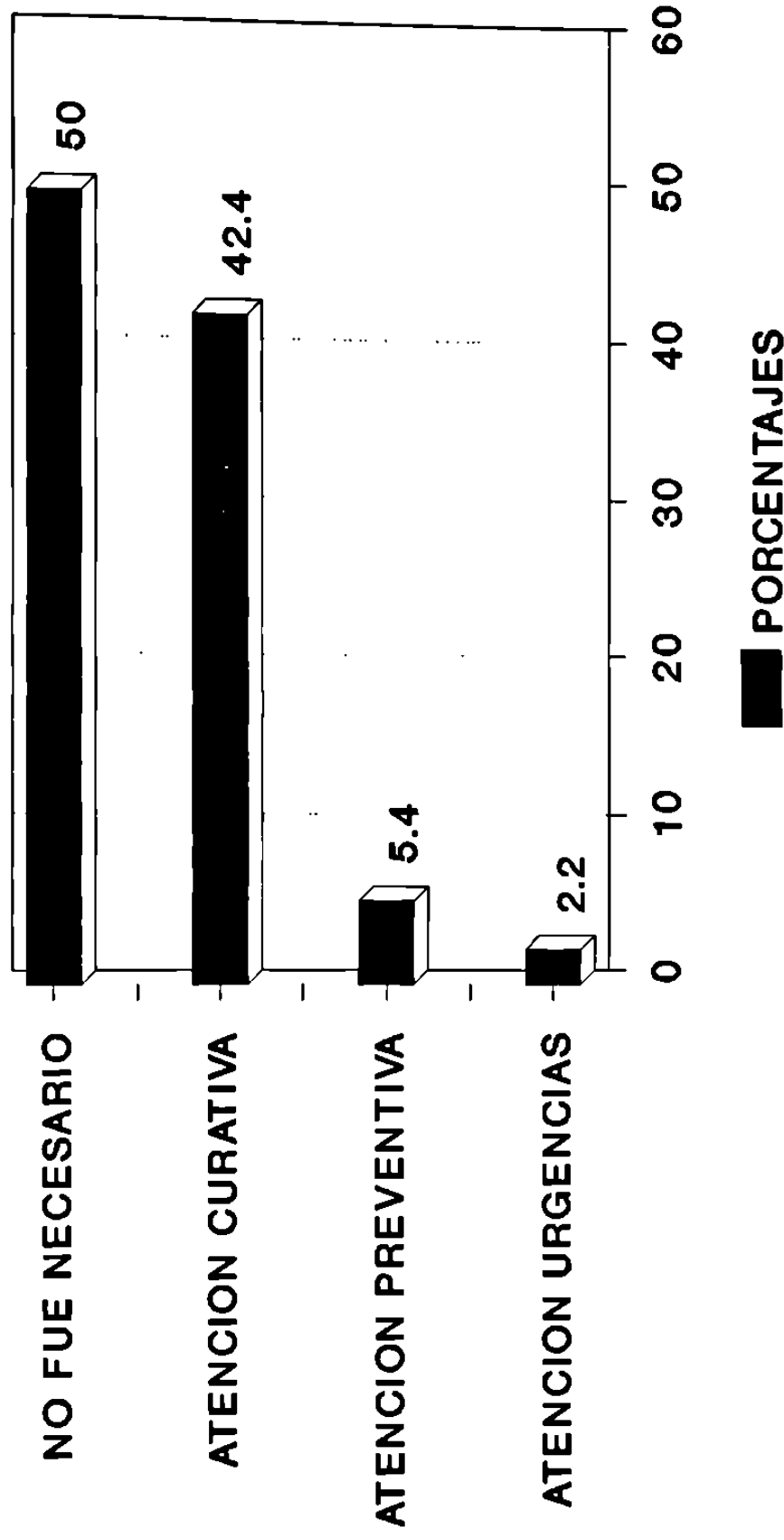
En cuanto a los problemas de salud que se presentaron en la familia dentro del año anterior a la entrevista, se encontró que hubo 182 casos, de los cuales el 40.1 por ciento fueron enfermedades respiratorias; 12.1 por ciento gastroenteritis; 8.2 por ciento enfermedades de la piel; 7.7 por ciento, hipertensión; 4.9 por ciento fracturas o esguinces; 3.3 por ciento alergias; 2.7 por ciento diabetes; 2.2 por ciento gastritis y 18.8 por ciento otras enfermedades diversas (figura 9).

Las causas a las que las madres de familia le atribuyen las enfermedades referidas son las siguientes: el 31.9 por ciento de los casos fueron atribuidos a factores ambientales no específicos, elementos diversos de la naturaleza como aire, agua, tierra y fuego; creencias que datan de los siglos XVI y XVII.

El 16.4 por ciento de los casos se atribuyeron a estado descompuesto de los alimentos, por mala higiene o por

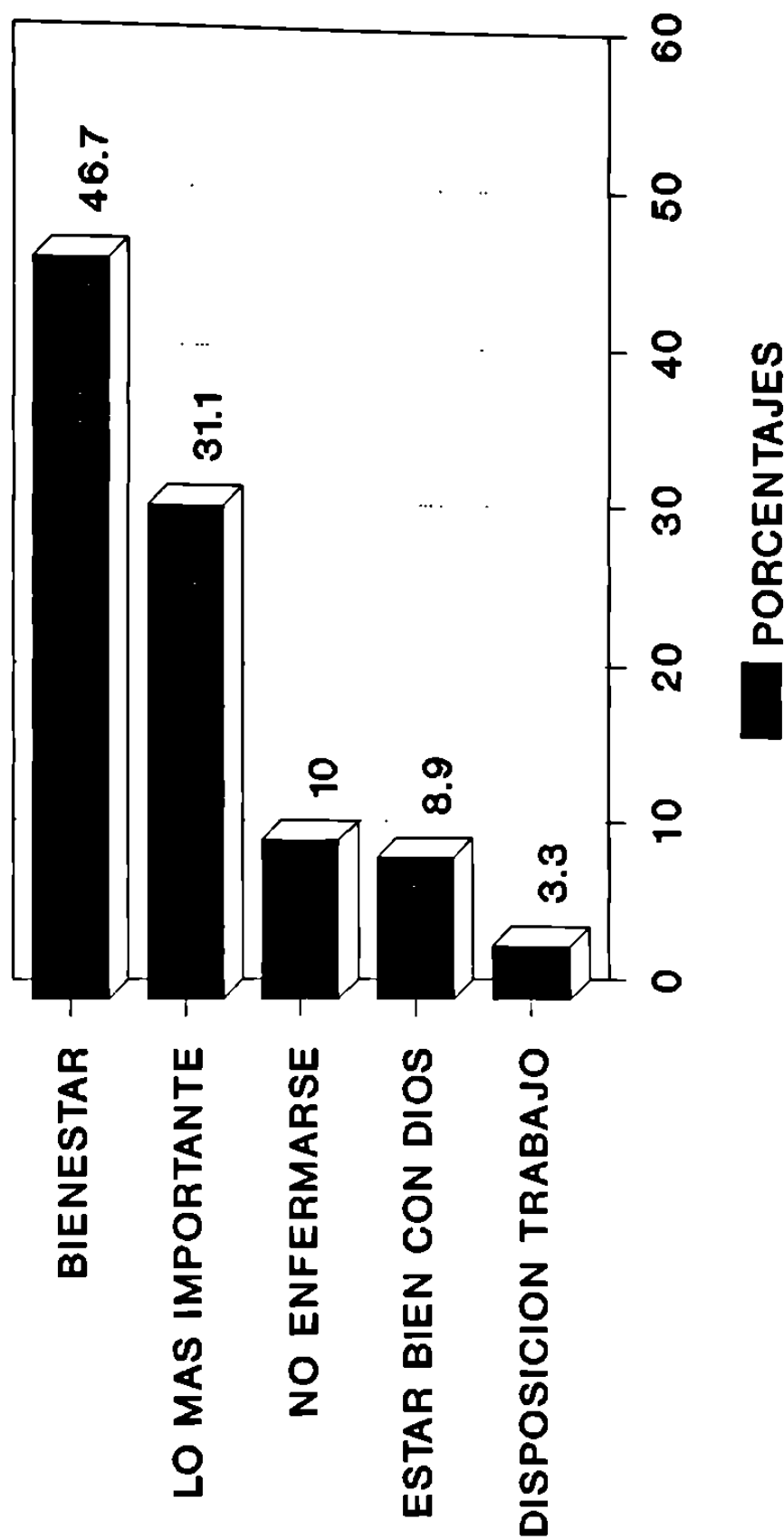
FIGURA 7

RAZONES DE LA ASISTENCIA DE LAS FAMILIAS A INSTITUCIONES DE SALUD



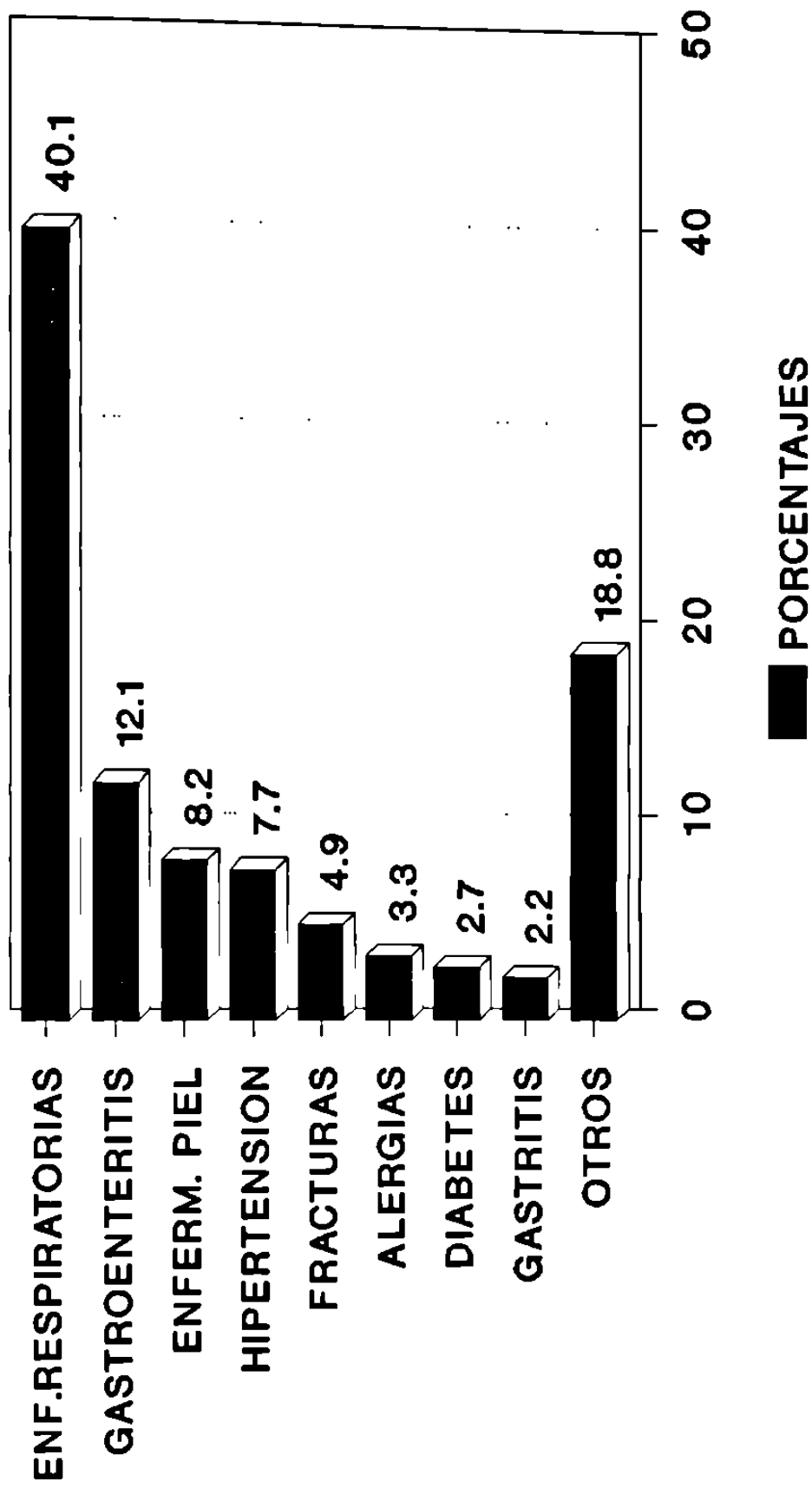
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

FIGURA 8
CONCEPTO QUE SOBRE SALUD TIENE
LA ENTREVISTADA



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

FIGURA 9
PROBLEMAS DE SALUD



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

desórdenes en la alimentación; el 12.1 por ciento por asolearse o exponerse al frío y al calor; en el 9.9 por ciento de los casos no supieron a que atribuir la enfermedad; el 5.5 por ciento originado por accidentes; el 4.9 por ciento por mal funcionamiento orgánico; 4.4 por ciento causadas por susto; el 3.8 por ciento atribuidas a condiciones de trabajo desfavorables y el 11.1 por ciento por otras causas diversas (figura 10).

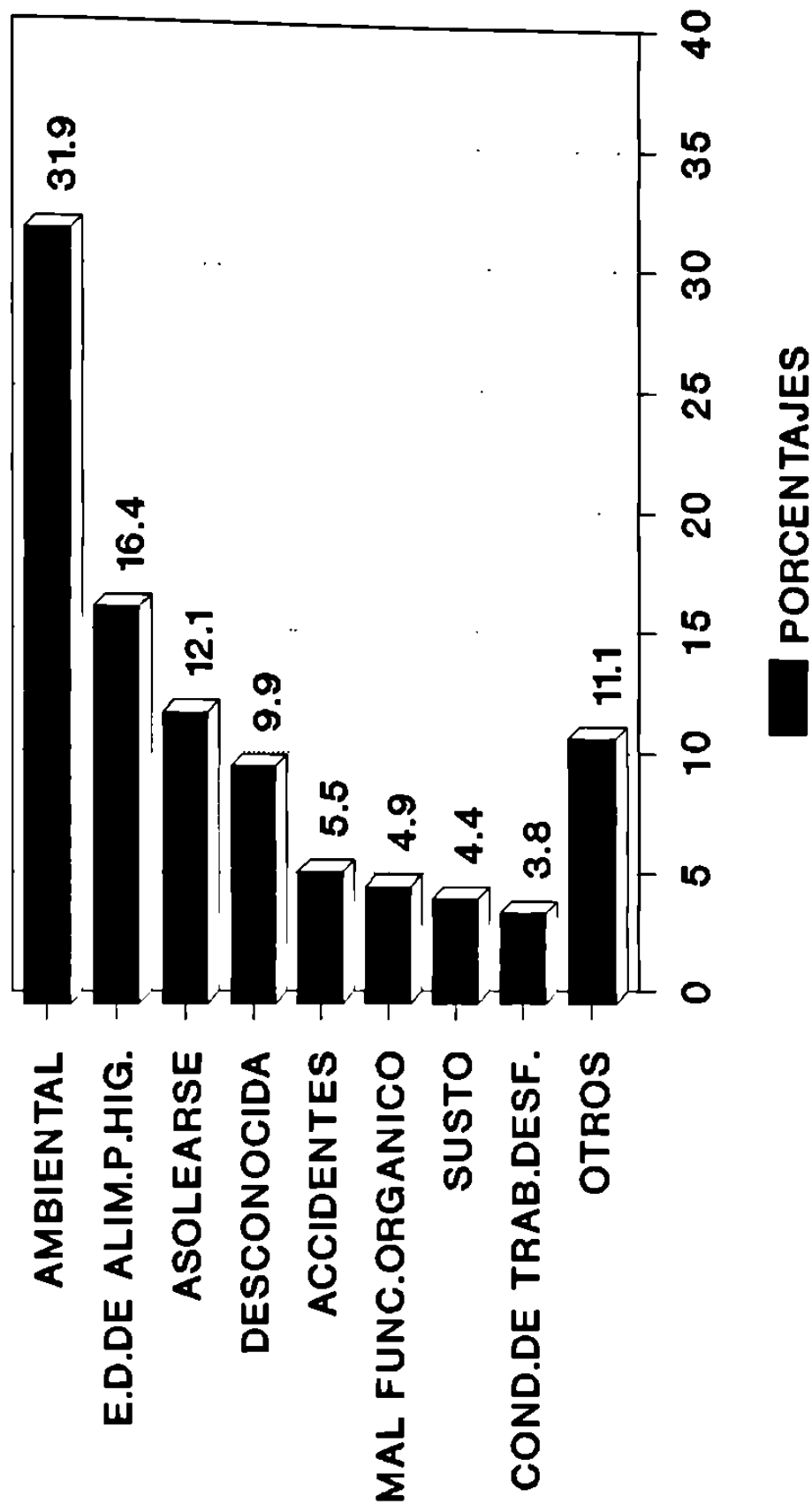
En cuanto a las alternativas que se eligen en la familia para atender los problemas de salud, se encontró que como primera alternativa el 37.8 por ciento de las familias recurren al médico; el 35.6 por ciento se automedican; el 20.0 por ciento utilizan remedios caseros y el 6.7 por ciento acude con el farmacéutico (figura 11).

En caso de no solucionar el problema de salud con la primera instancia, se mencionó como segunda alternativa, en un 43.3 por ciento acuden con el médico; el 23.3 por ciento no requiere tomar una segunda alternativa; el 13.3 por ciento acude con el farmacéutico; el 12.2 por ciento utiliza remedios caseros; el 3.3 por ciento se automedican y un porcentaje igual acude con el curandero; y el 1.1 por ciento atiende los consejos de vecinas (figura 12).

En cuanto a la confianza de la entrevistada en la medicina científica, el 75.6 por ciento dijo que sí y 24.4 por ciento que no (figura 13).

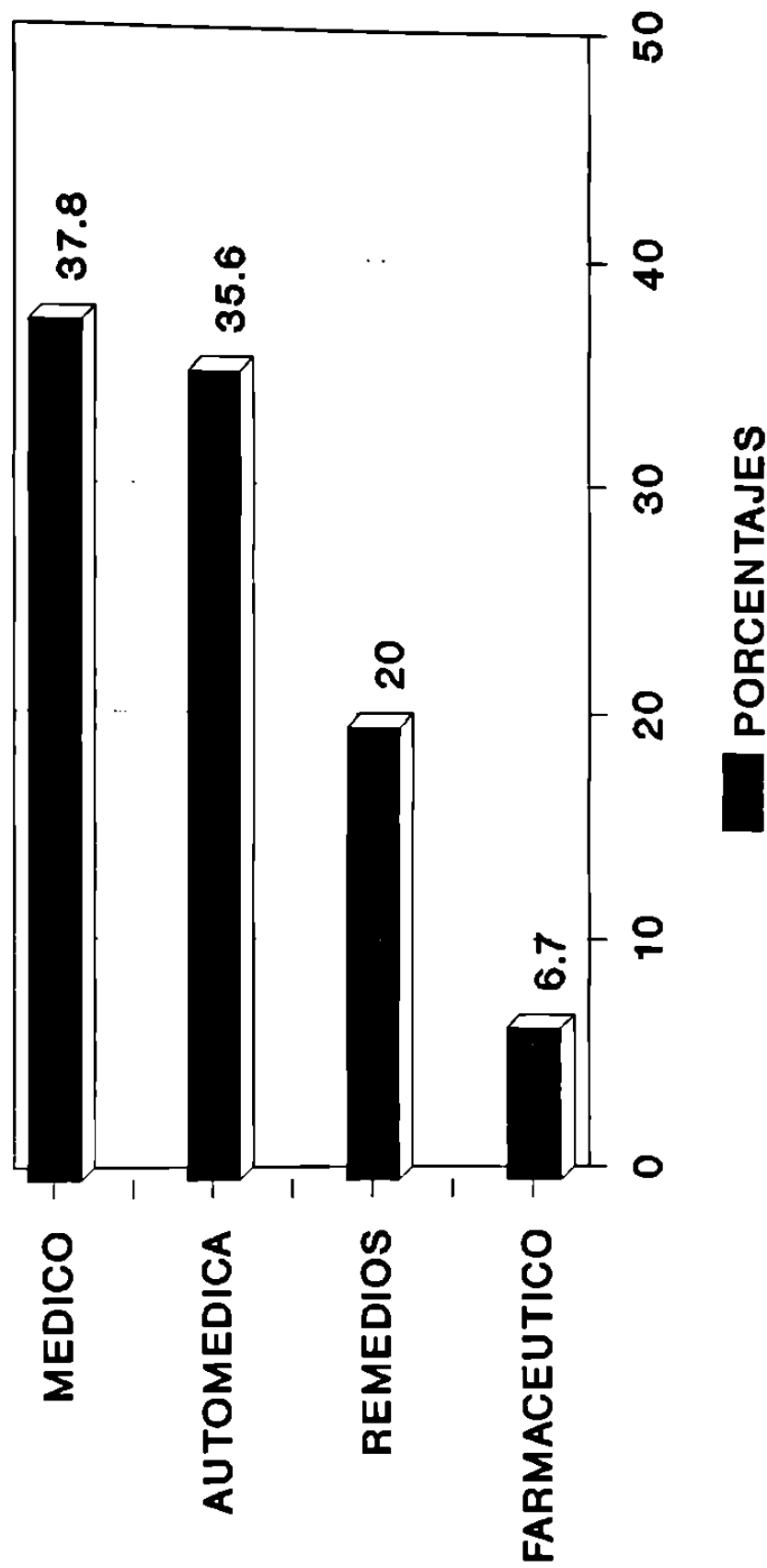
Y las principales razones de esta confianza fueron: el 72.2 por ciento dijo que confía en los adelantos de la medicina científica, pero primero Dios; para el 14.4 por ciento hay enfermedades que no las cura la medicina científica y el 4.6 por ciento dijo que la medicina científica es muy lenta (figura 14).

FIGURA 10
CAUSAS DE ENFERMEDADES



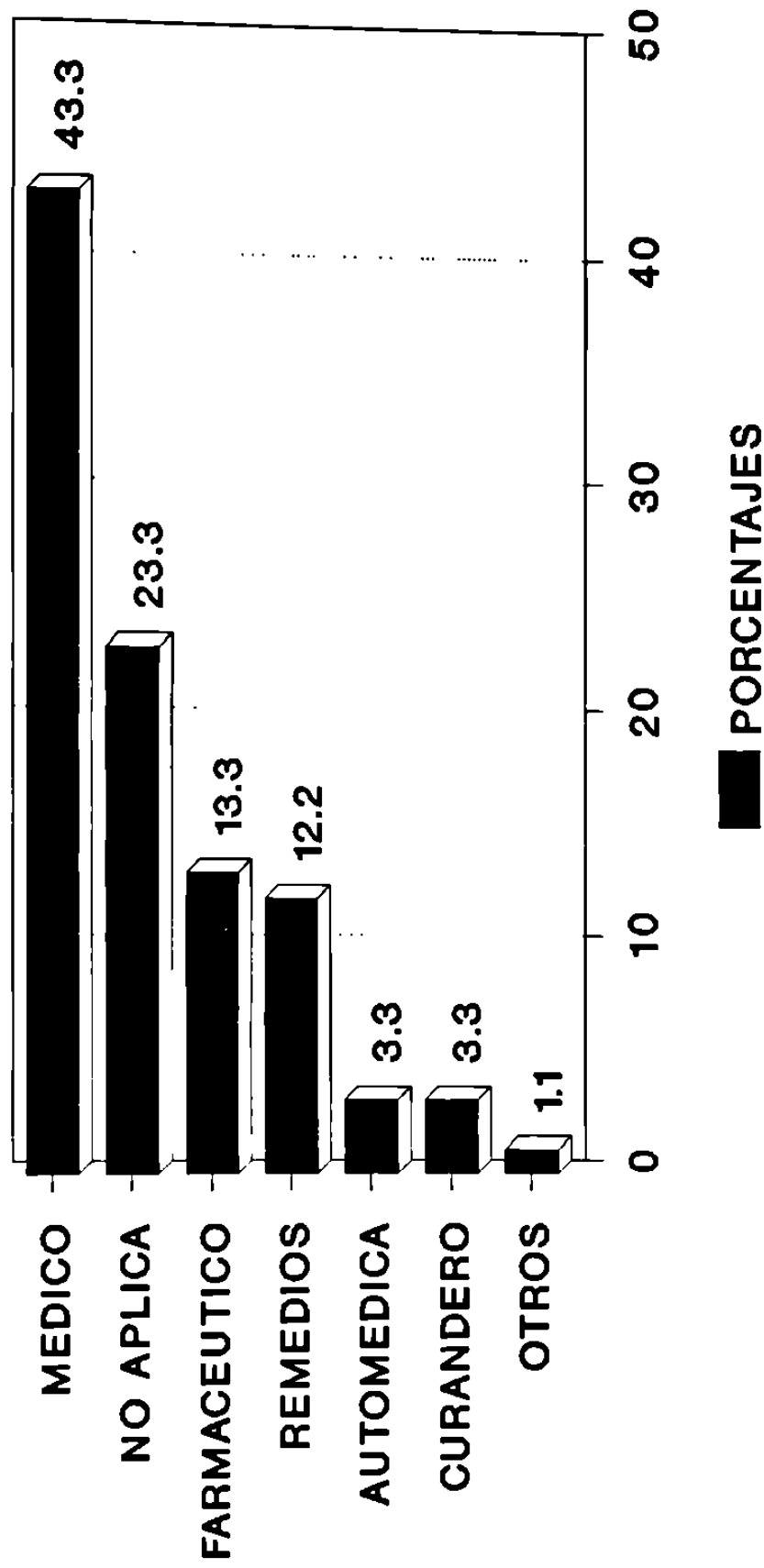
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

FIGURA 11 **PRIMERA ALTERNATIVA EN LA** **ATENCION DE SALUD**



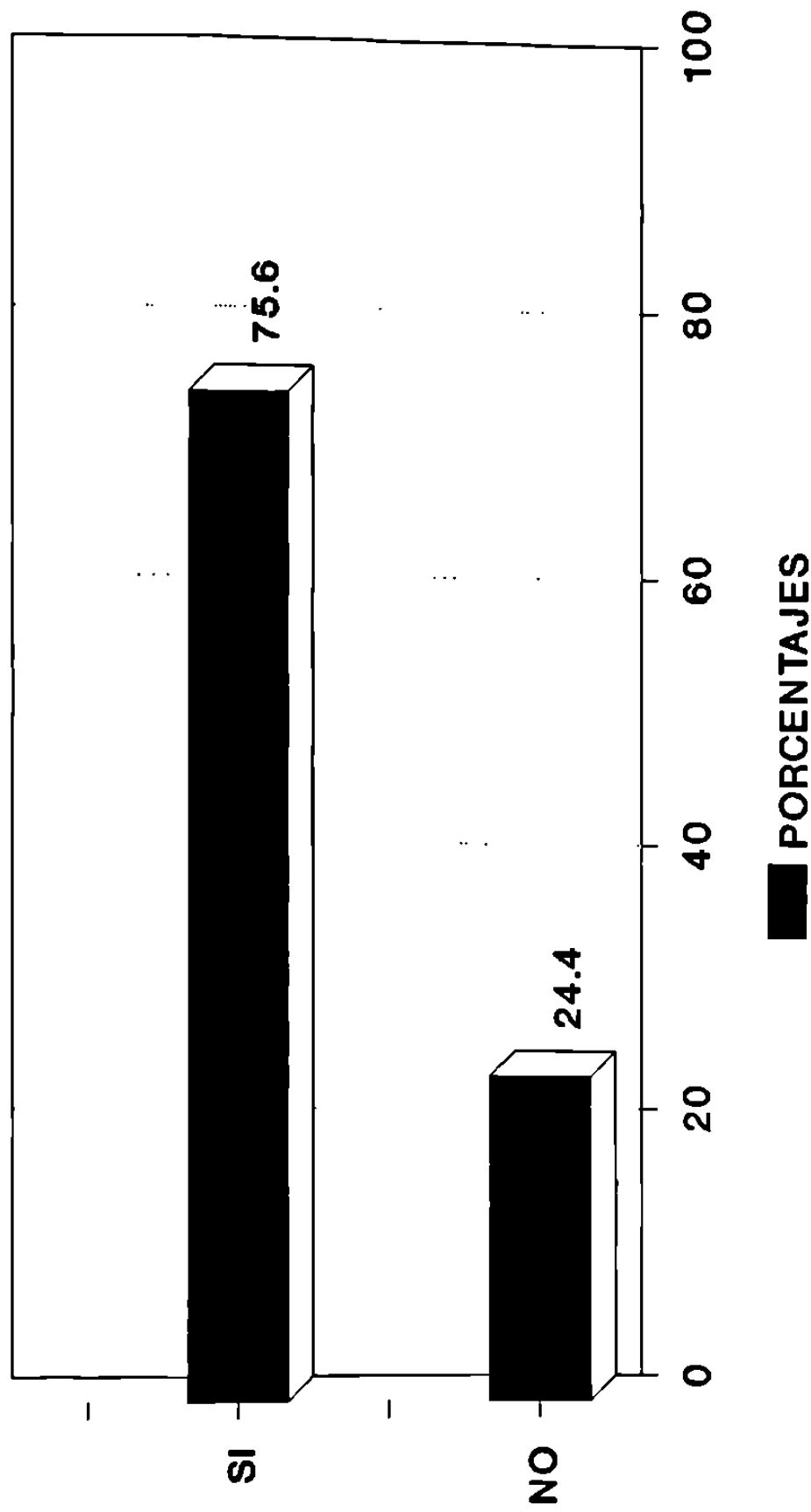
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

FIGURA 12 **SEGUNDA ALTERNATIVA EN** **LA ATENCION DE SALUD**



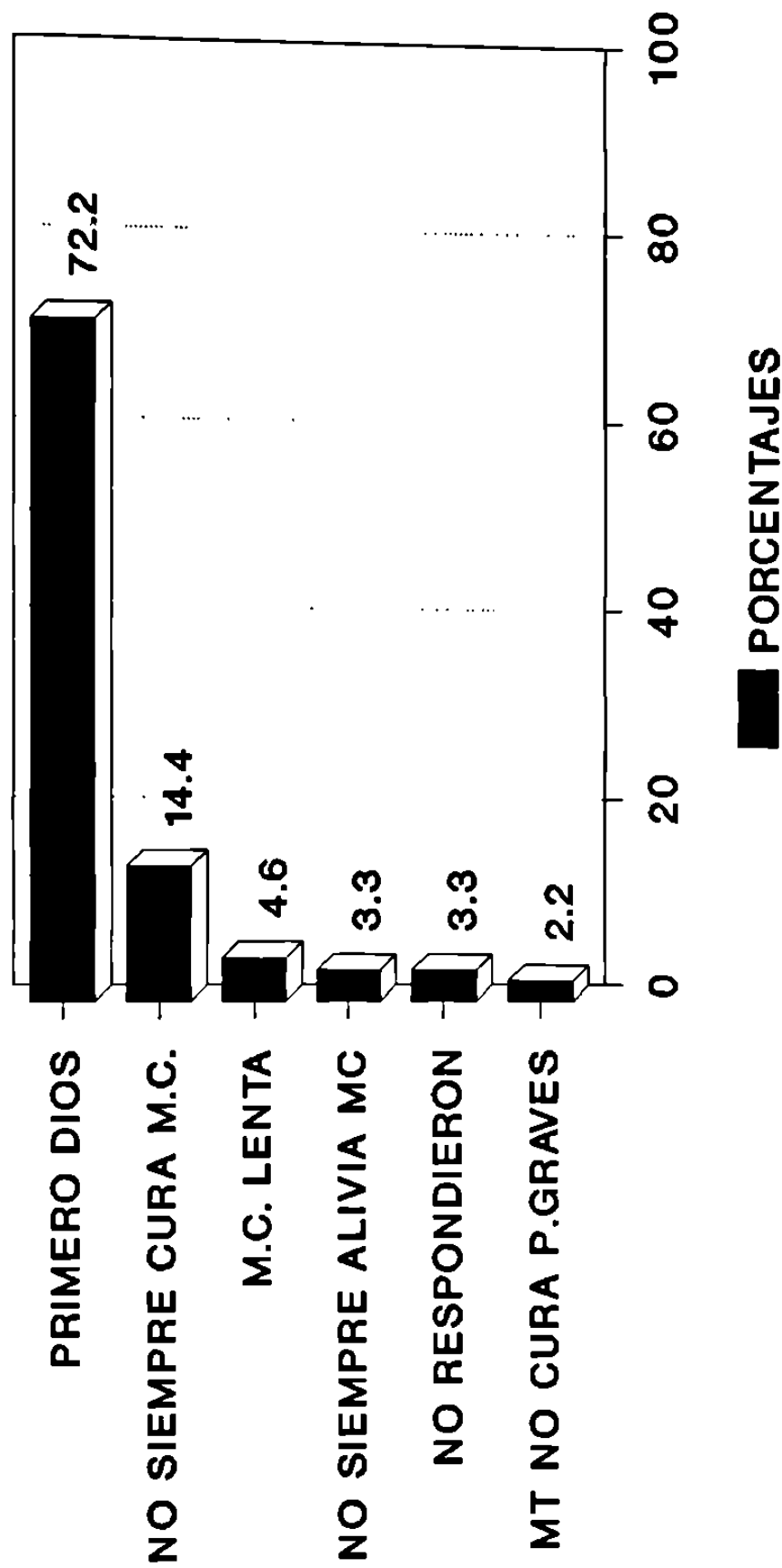
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

FIGURA 13
CONFIANZA EN LA MEDICINA CIENTIFICA



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

FIGURA 14
OPINIONES DE LA CONFIANZA EN LA
MEDICINA CIENTIFICA O TRADICIONAL



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En relación a las enfermedades tradicionales presentadas en la familia dentro del año anterior a la entrevista se reportaron 186 casos, de los cuales el 21.0 por ciento fueron anginas; 17.2 por ciento calentura; 14.5 por ciento jaquecas; el 10.2 por ciento de los casos fueron por empacho; 7.5 por ciento mal de ojo; el 7.0 por ciento, susto; 5.4 por ciento torcedura; 4.8 por ciento diarrea; otro 4.8 por ciento aire; 3.8 por ciento tlacotes o nacidos; 1.6 por ciento disentería; 1.1 por ciento mollera caída y 1.1 por ciento, mal puesto o brujería (figura 15).

Referente a los tratamientos efectuados para tratar los problemas tradicionales, se encontró lo siguiente: tratados con medicamentos un 48.9 por ciento; sobadas un 9.7 por ciento; el 9.1 por ciento refirió no usar nada para atender los problemas mencionados; el 7.5 por ciento barre a sus enfermos con huevo; el 7.0 por ciento preparan tes de hierbas diversas; el 3.8 por ciento trata sus problemas con rezos; 3.2 por ciento utiliza la barrida con hierbas; el 2.2 por ciento barre con piedra alumbre; 1.6 por ciento utiliza maíz o limones y el 7.0 por ciento de los casos referidos fueron tratados por otros procedimientos diversos (figura 16).

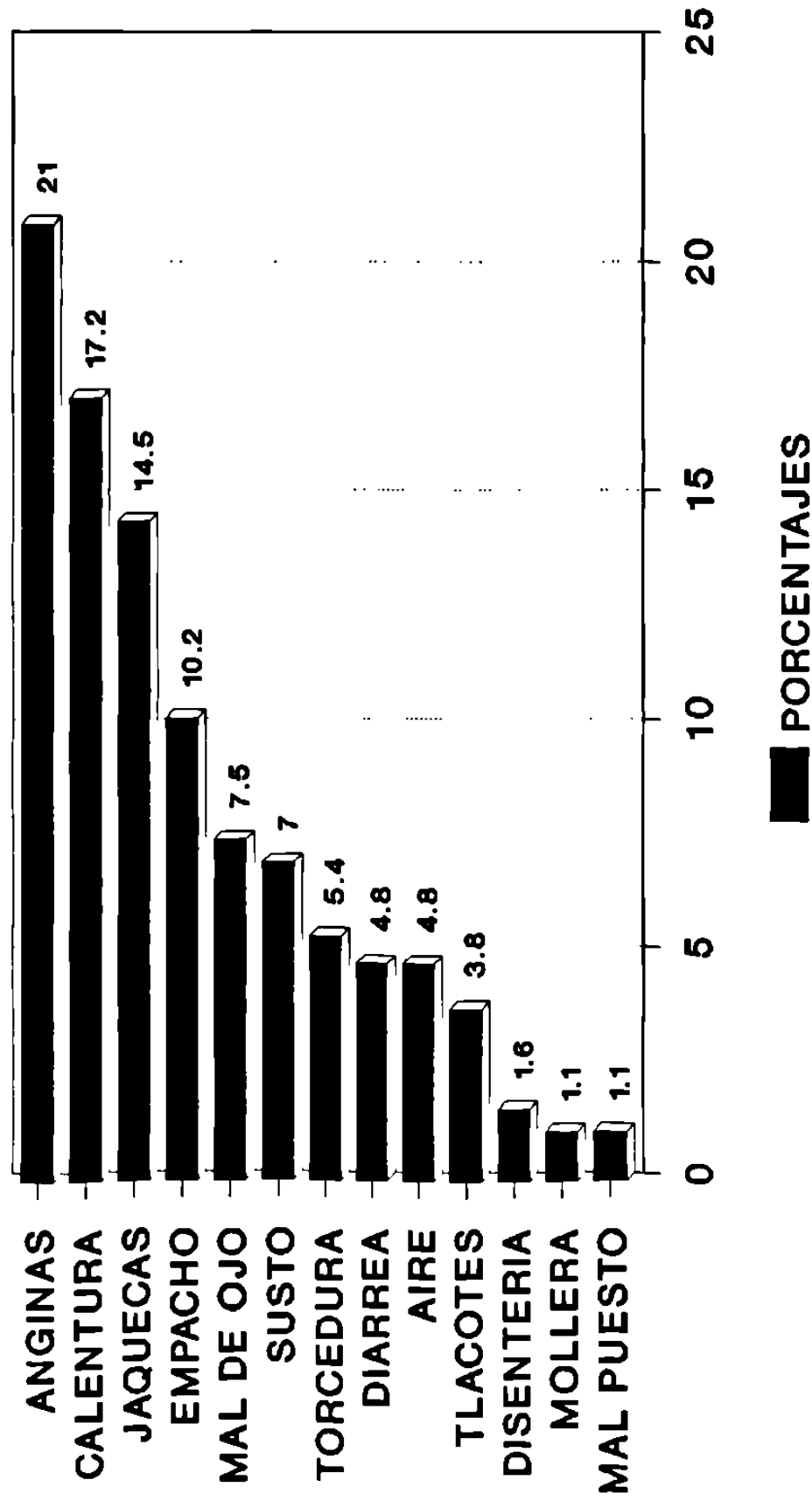
Los tratamientos fueron realizados en 35.2 por ciento de los casos por la entrevistada; 11.7 por ciento por el médico y 7.4 por ciento por la curandera; 3.2 por ciento por un sobador (cuadro 7).

Los casos en que la entrevistada refirió haber efectuado los tratamientos se le preguntó de quien aprendió, y el 14.1 por ciento aprendió de la madre, 14.1 por ciento del médico; 14.1 no dió información; el 3.3 por ciento de la abuela y el resto de otras fuentes diversas (cuadro 8).

En relación a la solicitud de servicios de los sanadores

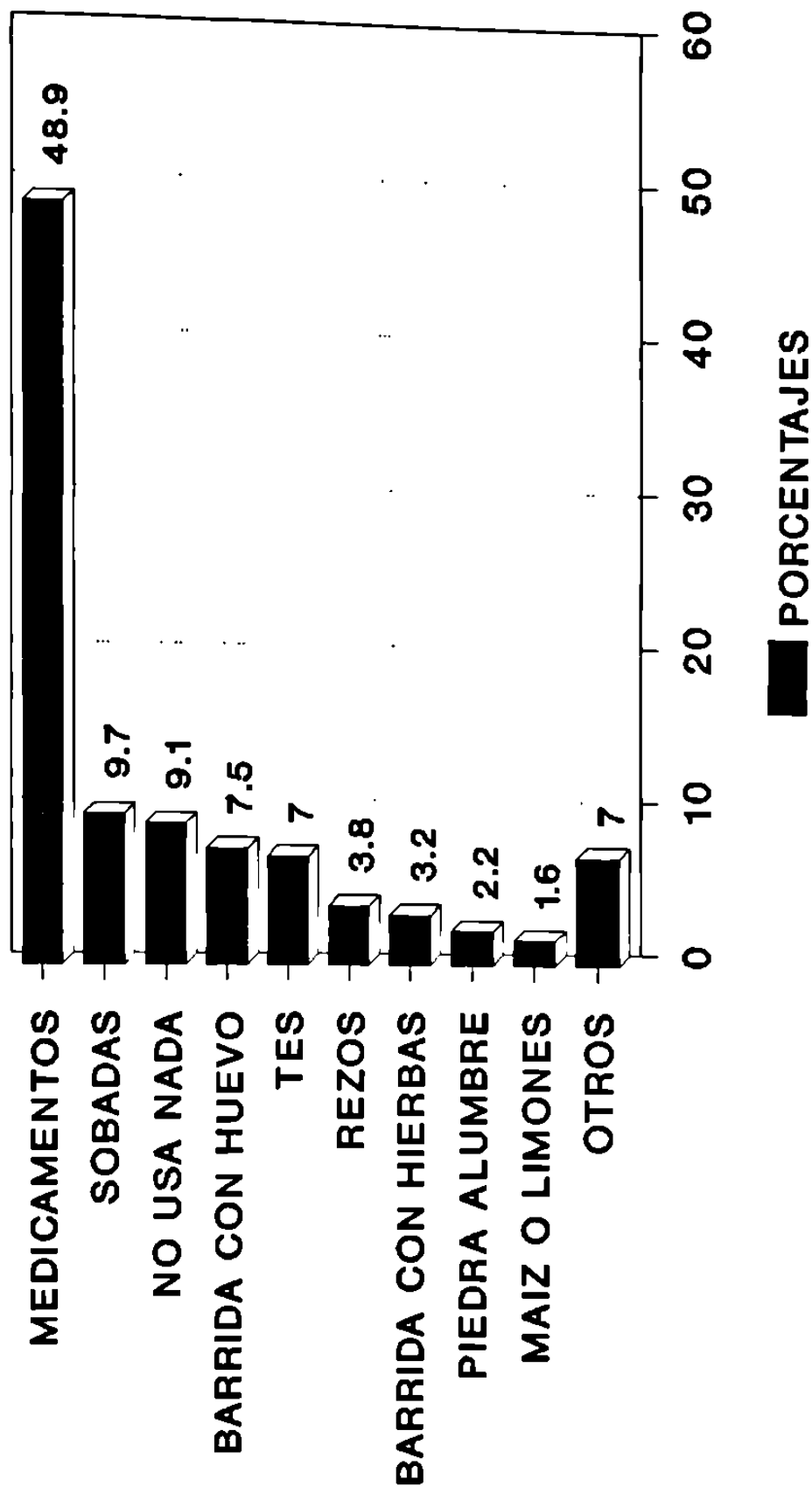
FIGURA 15

PROBLEMAS TRADICIONALES



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

FIGURA 16 TRATAMIENTO



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

tradicionales en el año anterior a la entrevista, el 80.0 por ciento si acudió y el 20.0 por ciento no (figura 17).

**CUADRO 7 PERSONA QUE EFECTUO LOS TRATAMIENTOS TRADICIONALES
EN LA FAMILIA**

CATEGORIA	PROPORCION
ENTREVISTADA	35.2
NO EFECTUARON TRATAM.TRADICIONALES	20.2
NO DIO INFORMACION	12.8
MEDICO	11.7
CURANDERA	7.4
SOBADOR	3.2
CONOCIDA	3.2
AMIGA	2.1
VECINA	2.1
MADRE, SUEGRA	2.1
TOTAL	100.0

n= 94

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

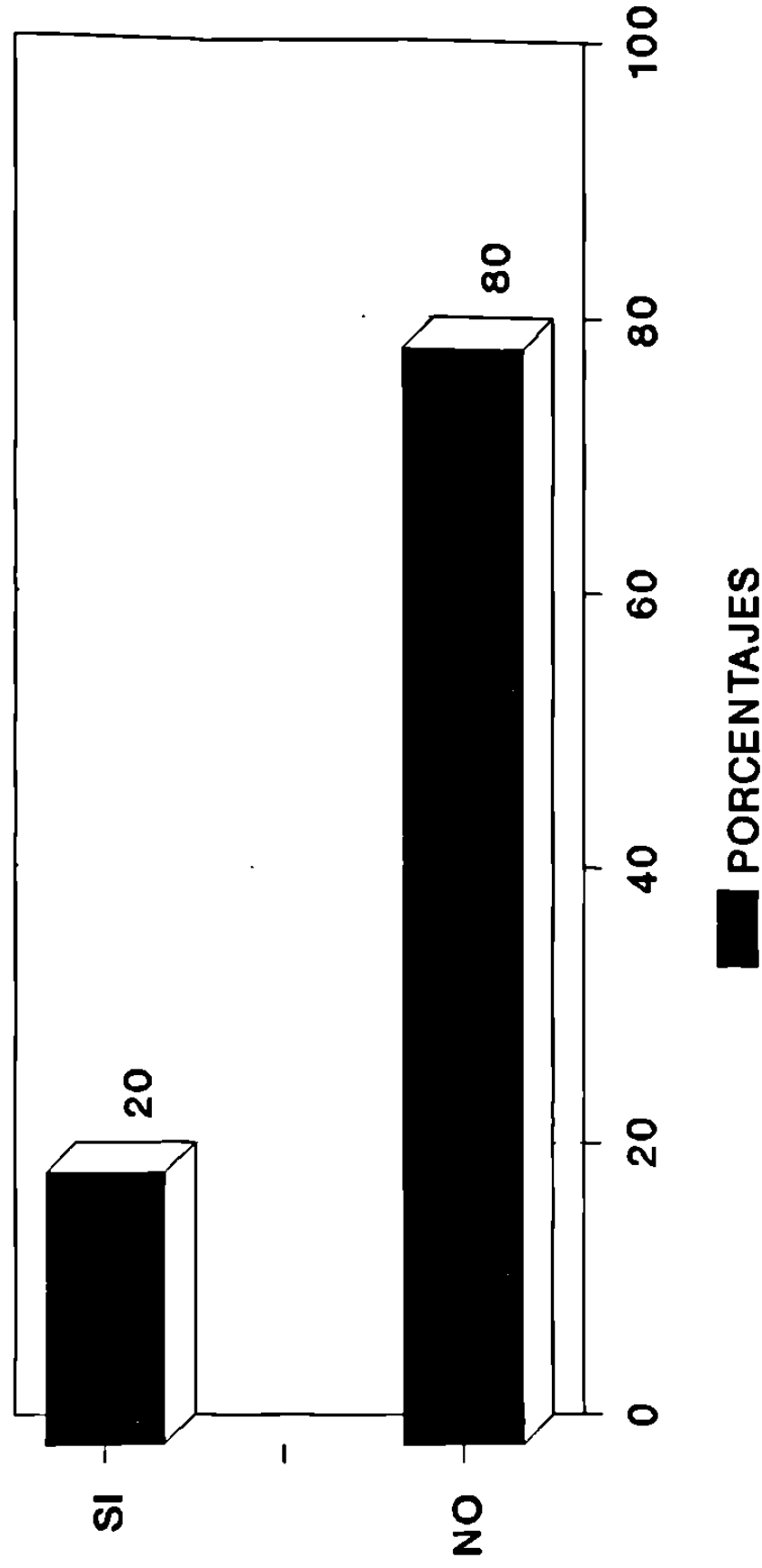
**CUADRO 8 PERSONA QUE ENSEÑO A LA ENTREVISTADA LOS
TRATAMIENTOS TRADICIONALES**

CATEGORIA	PROPORCION
NO APLICA	46.7
MADRE	14.1
MEDICO	14.1
NO PROPORCIONO INFORMACION	14.1
ABUELA	3.3
AMIGA	3.3
SUEGRA	2.2
VECINA	1.1
EXPERIENCIA PROPIA	1.1
TOTAL	100.0

N= 92

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

FIGURA 17
SOLICITUD DE ATENCION CON
SANADORES TRADICIONALES



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En cuanto al tipo de sanador tradicional con el que acudieron; el 11.0 por ciento con curanderos; 5.5 por ciento con sobadores y el resto con otros sanadores tradicionales diversos (cuadro 9).

CUADRO 9 SANADORES TRADICIONALES CONSULTADOS POR LAS FAMILIAS DURANTE EL AÑO ANTERIOR A LA ENTREVISTA

CATEGORIA	PROPORCION
NO APLICA	78.0
CURANDERO	11.0
SOBADOR	5.5
HIERBERO	1.1
HUESERO	1.1
PARTERA	1.1
MEDICO NATURISTA	1.1
QUIROPRACTICO	1.1
TOTAL	100.0

n=92

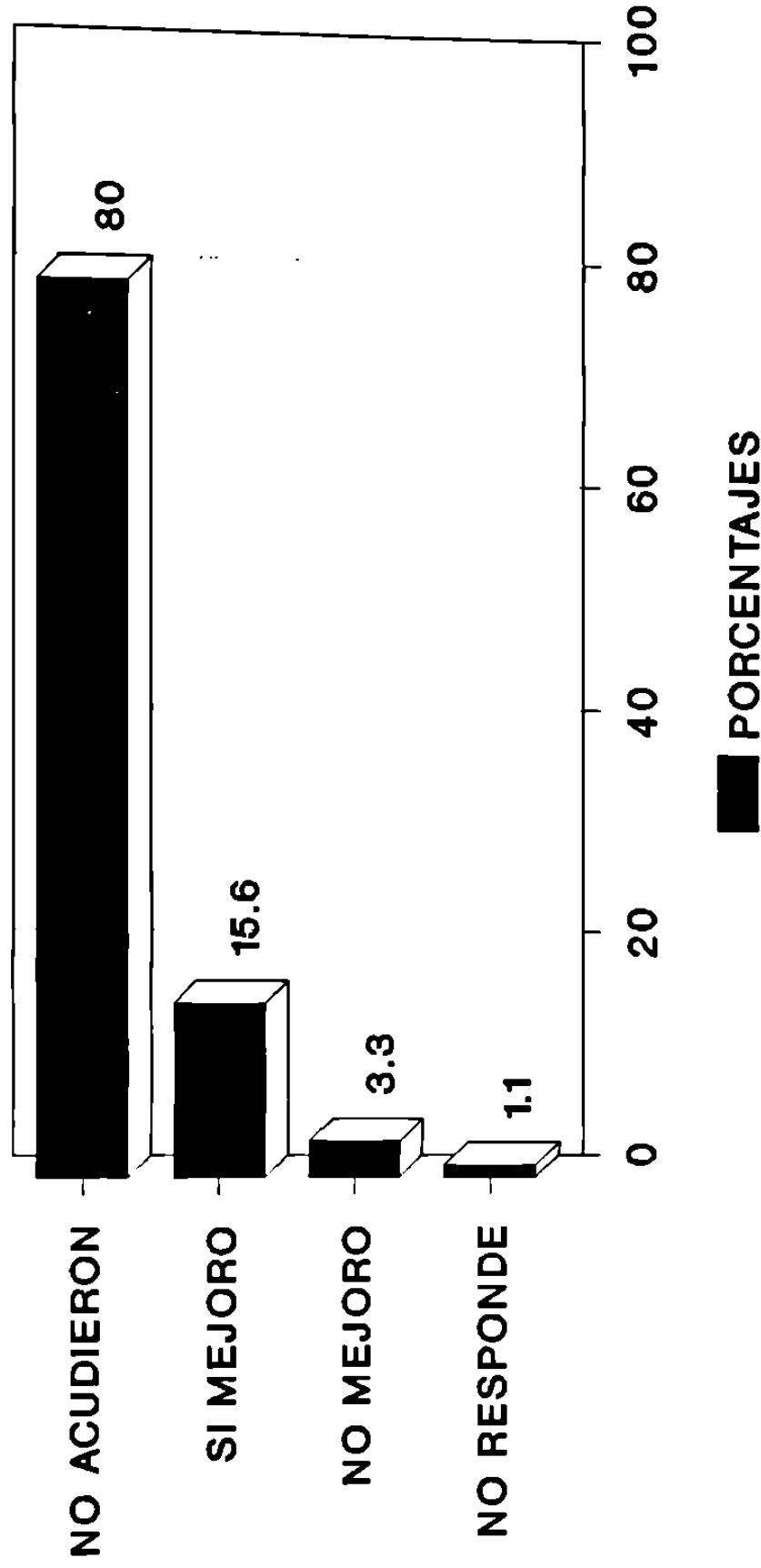
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En 15.6 por ciento de los casos se obtuvo mejoría con la atención recibida y en 3.3 por ciento no (figura 18).

Referente a la costumbre de usar al mismo tiempo la medicina científica y la tradicional, se encontró que el 47.7 por ciento no lo hace y el 12.2 por ciento si; el 41.4 por ciento no respondió (figura 19).

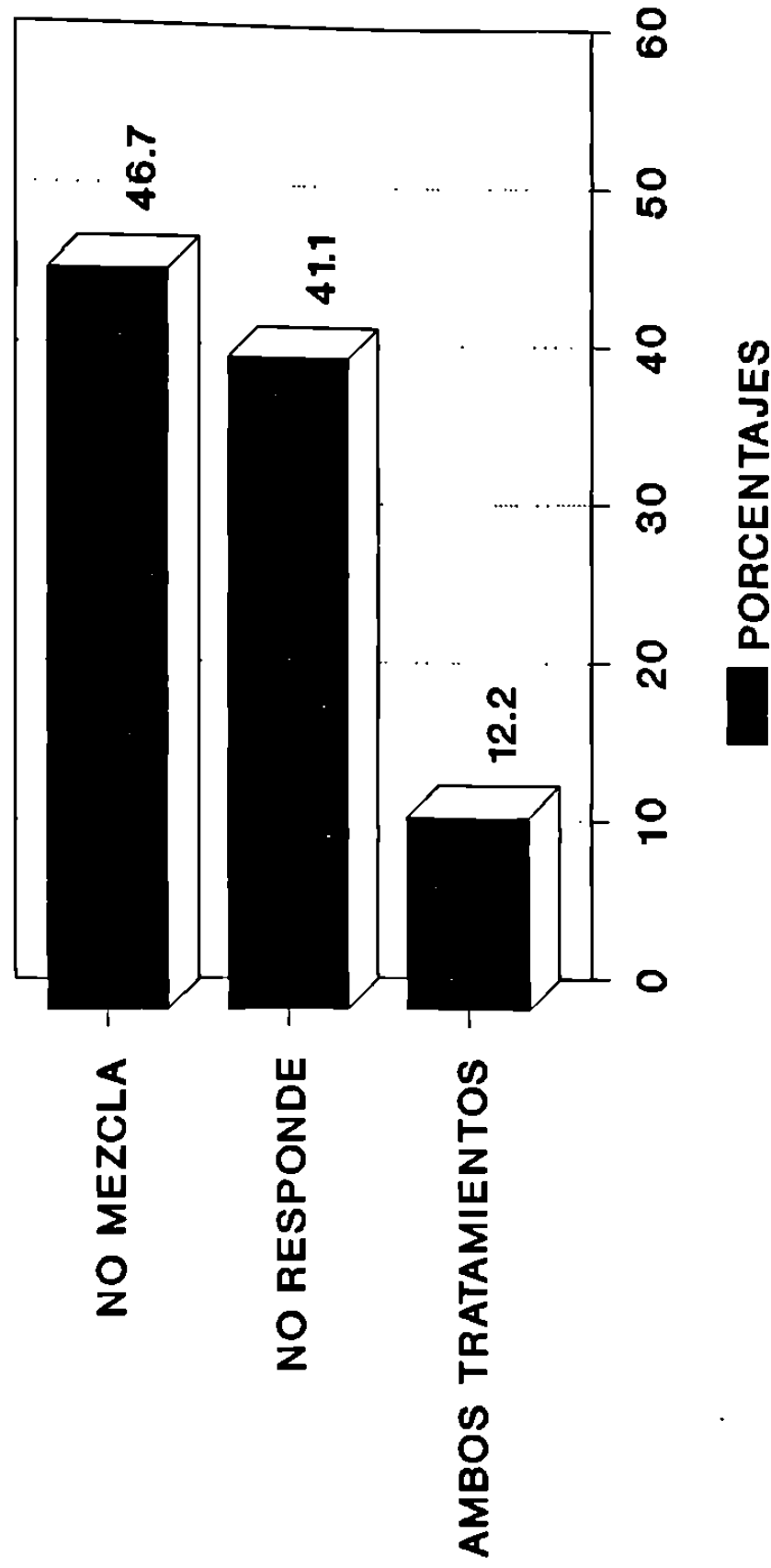
Las razones de la respuesta anterior se encontraron como sigue: el 48.9 por ciento no dió explicación; 22.2 por ciento dijo que son efectivos los dos tratamientos; 8.9 por ciento expresó que mezclarlos puede hacer daño; para el 7.8 por ciento se debe elegir solo uno, de acuerdo al problema; 7.8

FIGURA 18 **MEJORIA POR ATENCION CON** **SANADORES TRADICIONALES**



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

FIGURA 19 **USO SIMULTANEO DE MEDICINA** **CIENTIFICA Y TRADICIONAL**



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

por ciento contestó que no ha sido necesario usarlos al mismo tiempo y el 4.4 por ciento solo usa tratamientos médicos (cuadro 10).

CUADRO 10 RAZONES DE LA ENTREVISTADA PARA EL USO SIMULTANEO DE TRATAMIENTOS MEDICOS Y TRADICIONALES

CATEGORIA	PROPORCION
NO DIO EXPLICACION	48.9
SON EFECTIVOS LOS DOS	22.2
MEZCLARLOS PUEDE HACER DAÑO	8.9
DEBE USARSE UN SOLO TRATAMIENTO, DE ACUERDO AL PROBLEMA	7.8
NO HA SIDO NECESARIO USARLOS AL MISMO TIEMPO	7.8
SOLO USA TRATAMIENTOS MEDICOS	4.4
TOTAL	100.0

n= 90

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En relación al uso de amuletos o sustancias por las familias, se encontró que el 34.4 por ciento los utiliza, reportándose 134 casos, siendo más relevantes los relacionados con cuestiones religiosas como estampas religiosas, agua bendita y veladoras (cuadro 11). Las razones de esta conducta coinciden en fé, creencias y tradición familiar o religiosa.

Otro aspecto religioso lo constituyen las "mandas" o promesas, reportadas por el 45.5 por ciento de las entrevistadas (cuadro 12); explicando que las han ofrecido para lograr la salud en el 23.3 por ciento de los casos y 22.2 por ciento por creencias religiosas (cuadro 13).

CUADRO 11 USO DE SUBSTANCIAS O AMULETOS POR LAS FAMILIAS

CATEGORIA	PROPORCION
ESTAMPAS RELIGIOSAS	29.9
NO USA	24.2
AGUA BENDITA	15.7
VELADORAS	14.9
LISTON ROJO	4.5
SABILA	2.2
BIBLIA	2.2
ALBHACAR Y SABILA	2.2
OJO DE VENADO	1.5
INCIENSOS	0.7
LIMON	0.7
SABILA, PIEDRA IMAN Y AGUA BENDITA	0.7
AJOS	0.7
HERRADURA	0.7
PATA DE CONEJO	0.7
TOTAL	100.0

n= 134

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

CUADRO 12 "MANDAS" O PROMESAS EFECTUADAS A DIVINIDADES**RELIGIOSAS POR LA ENTREVISTADA**

CATEGORIA	PROPORCION
NO	54.5
SI	45.5
TOTAL	100.0

N= 90

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

**CUADRO 13 RAZONES DE LA ENTREVISTADA PARA EFECUTAR LAS
"MANDAS" O PROMESAS**

CATEGORIA	PROPORCION
PARA LOGRAR LA SALUD Y EL BIENESTAR	23.3
NO CREE	23.3
POR CREENCIAS RELIGIOSAS	22.2
NO HA SIDO NECESARIO	18.9
NO DIO RESPUESTA	12.3
TOTAL	100.0

N= 90

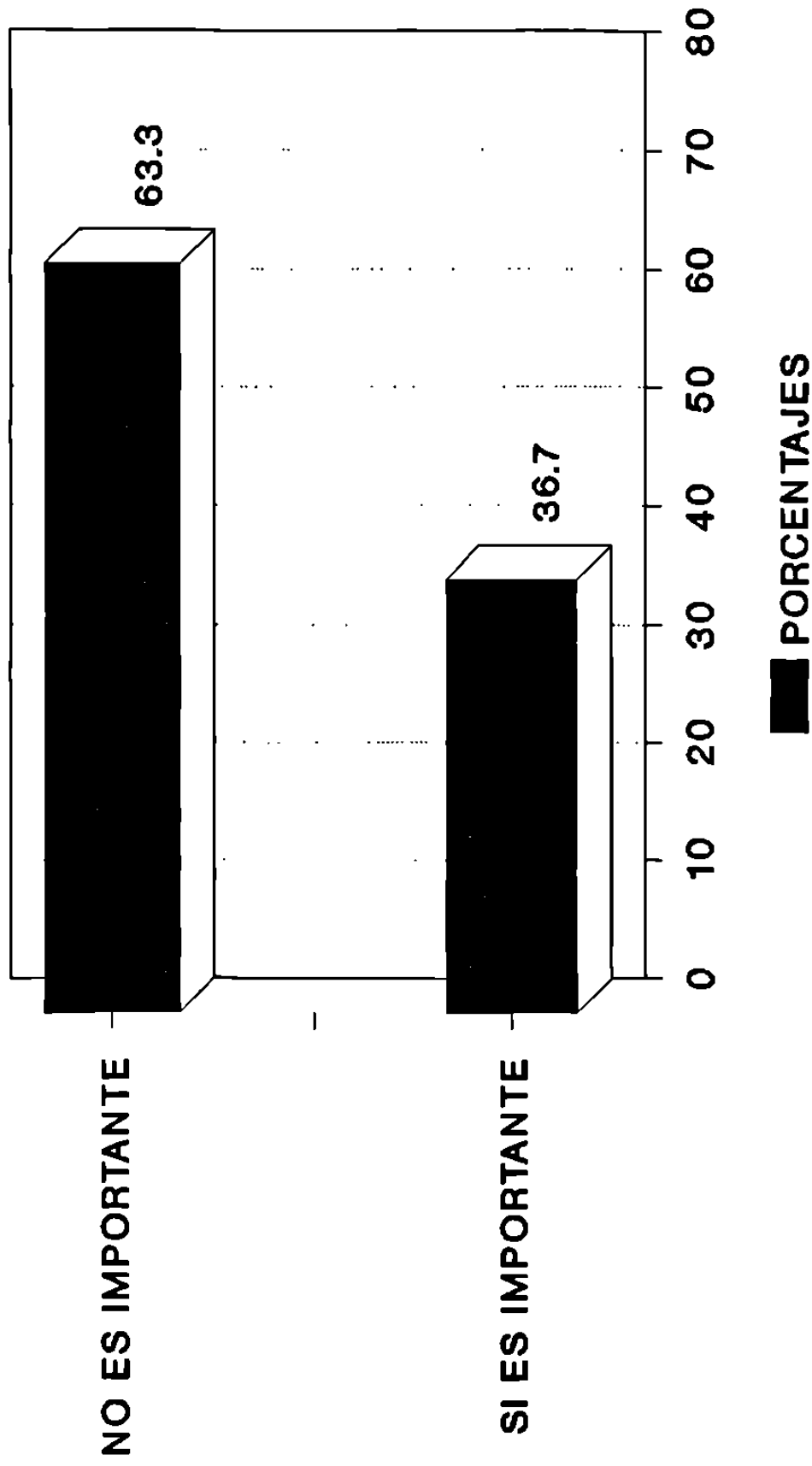
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Del 38.9 por ciento de las entrevistadas que mostró inclinación por la medicina tradicional, 15.6 por ciento la usa en los casos no curables por la medicina científica; 9.5 por ciento por el bajo costo; 5.3 por ciento por tradición familiar; 4.2 por ciento porque la encuentra cerca del domicilio; 3.2 por ciento la usa cuando no mejora con la medicina científica y el 1.1 por ciento porque encuentra comprensión en el curandero (cuadro 14).

En cuanto a la importancia que la entrevistada le otorga a la medicina tradicional, 63.3 por ciento dijo que sí es importante y 36.7 por ciento manifestó que no (figura 20).

Las principales razones de la opinión anterior fueron: para el 32.2 por ciento la medicina tradicional no cura;, 30.0 por ciento dijo que lo que importa es la fé; 13.3 por ciento expresó que la medicina científica no cura; para el 8.9 por ciento la medicina tradicional es mala; 4.4 dijo que de la medicina tradicional solo son buenos los remedios caseros y el 4.4 por ciento no tuvo explicación (cuadro 15).

FIGURA 20
IMPORTANCIA DE LA MEDICINA TRADICIONAL



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

**CUADRO 14 RAZONES DE LA INCLINACION QUE LA ENTREVISTADA
MUESTRA POR LA MEDICINA TRADICIONAL**

CATEGORIA	PROPORCION
NO APLICA	61.1
ENFERMEDADES NO CURABLES POR LA MEDICINA CIENTIFICA	15.6
BAJO COSTO	9.5
TRADICION FAMILIAR	5.3
CERCANO AL DOMICILIO	4.2
NO MEJORIA CON MEDICINA CIENTIFICA	3.2
COMPRESION POR CURANDERO	1.1
TOTAL	100.0

n= 90

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

**CUADRO 15 RAZONES DE LA ENTREVISTADA PARA OTORGAR O NO
IMPORTANCIA A LA MEDICINA TRADICIONAL**

CATEGORIA	PROPORCION
LA MEDICINA TRADICIONAL NO CURA	32.2
LO IMPORTANTE ES LA FE	30.0
LA MEDICINA CIENTIFICA NO CURA	13.3
LA MEDICINA TRADICIONAL ES MALA	8.9
SOLO REMEDIOS CASEROS	4.4
NO OPINARON	4.4
UTIL PARA CONSERVAR LA SALUD	1.1
NO CREE EN LA MEDICINA TRADICIONAL	1.1
NUNCA HA IDO CON CURANDEROS	1.1
PRIMERO DIOS Y LUEGO LA MEDICINA	1.1
MEDICINA TRAD. SOLO CURA ALGUNOS PROB.	1.1
ES MEJOR USAR MEDIC. YA ANALIZADOS	1.1
TOTAL	100.0

n= 90

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

4.2 Análisis de los datos.

Se realizaron 49 pruebas con el estadístico chi cuadrada para observar la dependencia entre las variables estudiadas, sin embargo, al tener más de cinco celdillas vacías, no se tomaron para el estudio (Yaneme, 1973). Se utilizó entonces el coeficiente de correlación cramer's V, que expresa el grado de asociación entre las variables de nivel nominal en tablas mayores de 2 x 2 (Levín, 1979). Los datos significativos se describen a continuación.

La correlación de las variables problemas de salud y lugar de nacimiento se mostró una asociación positiva moderada de 0.52736 y una covariancia de 0.28 (cuadro 16).

Los principales problemas de salud fueron respiratorios, gastroenteritis y enfermedades de la piel y el 51.0 por ciento de las entrevistadas nació en el estado de Nuevo León y el resto proviene de otros estados de la República, lo cual sugiere la permanencia de creencias y estilos de vida propios de la región de origen que pueden tener influencia en los problemas y prácticas de salud de las familias.

En la correlación de las variables problemas de salud e ingreso económico familiar se obtuvo una asociación positiva moderada de 0.53340 y una covariancia de 0.28 (cuadro 16). El 46.6 por ciento de las familias reporta un ingreso de un salario mínimo o menos, lo que indica que estas familias no cuentan con recursos suficientes para satisfacer las necesidades que les posibilite llevar un nivel de vida óptimo a la salud.

Al correlacionar las variables problemas de salud y seguridad social se encontró una asociación positiva moderada de 0.65993 y una covariancia de 0.44 (cuadro 16).

CUADRO 16

	PROBLEMAS DE SALUD	
	CRAMER	COVARIANCIA
LUGAR DE NACIMIENTO	0.52736	0.28
INGRESO	0.53340	0.28
SEGURIDAD SOCIAL	0.65993	0.44

FUENTE: CORR. Y VAR. EXPLICADA DE LAS VARIABLES

El 32.2 por ciento de las familias no tienen seguridad social; y de las que sí cuentan con estos servicios, el 21.6 por ciento no los utiliza, expresando como principal motivo la lejanía de la institución.

El porcentaje de las familias que cuenta con seguridad social es alto; sin embargo, los datos de morbilidad referidos son constantes, según lo muestran los diagnósticos de salud de los dos años anteriores. Es decir, que la seguridad social no garantiza una comunidad más sana.

En la correlación de las variables seguridad social y creencias sobre las causas de las enfermedades, se obtuvo una asociación positiva moderada de 0.49546 y una covariancia de 0.25 (cuadro 17).

CUADRO 17

	SEGURIDAD SOCIAL	
	CRAMER	COVARIANCIA
CAUSAS	0.49546	0.25

FUENTE: CORR. Y VAR. EXPLICADA DE LAS VARIABLES.

El mayor porcentaje del total de las causas mencionadas, que fué 31.9 por ciento, se refiere al ambiente; es decir, elementos diversos de la naturaleza en donde no se puede ejercer control. La segunda causa en importancia, asolearse y exponerse al frío y al calor con 12.1 por ciento; en el 9.9 por ciento de los casos desconocen la causa.

El acceso a la seguridad social que posibilitaría el conocimiento científico sobre el origen de las enfermedades no se refleja en la comunidad estudiada.

La correlación de las variables problemas tradicionales y la unión de la medicina científica con la tradicional mostró una asociación positiva moderada de 0.52980 y una covariancia de 0.28 (cuadro 18).

CUADRO 18

	PROBLEMAS TRADICIONALES	
	CRAMER	COVARIANCIA
UNION DE MEDICINA CIENTIFICA Y TRADICIONAL	0.52980	0.28

FUENTE: CORR. Y VAR. EXPLICADA DE LAS VARIABLES

Los principales problemas tradicionales referidos fueron anginas, calentura, jaquecas, empacho y mal de ojo; estos representan el 70.4 por ciento del total de los casos referidos.

Se encuentra una estrecha relación entre los problemas tradicionales y las creencias sobre las causas de las enfermedades referidas por la entrevistada, que son factores ambientales y asolearse o exponerse al frío o al calor, con 44.4 por ciento entre ambas, generalmente atribuidos a los problemas de anginas y calentura. Las jaquecas, relacionadas

a factores de la naturaleza no controlables; el empacho coincide con la creencia sobre las causas de las enfermedades, ingesta de alimentos en mal estado y abusos en comer. Estas coincidencias indican que las personas no establecen una separación entre los problemas y tratamientos de la medicina científica y tradicional; por lo tanto, tienden a usar una u otra de acuerdo a como identifiquen el problema.

Además, el 12.2 por ciento de las entrevistadas refirió usar al mismo tiempo tratamientos de la medicina científica y tradicional; y el 22.2 por ciento dijo que son efectivos los dos tratamientos.

Es importante mencionar que algunas variables que comprenden factores sociales, económicos y culturales de la población mostraron un asociación positiva débil con los problemas tradicionales. Los valores, aunque débiles, son mayores de 0.3 y la covariancia mayor es de 0.16. Las variables correlacionadas son conceptos de salud, lugar de nacimiento, ingreso familiar, seguridad social, escolaridad, religión y ocupación (cuadro 19).

CUADRO 19

	PROBLEMAS TRADICINALES	
	CRAMER	COVARIANCIA
CONCEPTO	0.32061	0.10
LUGAR DE NACIMIENTO	0.32039	0.10
INGRESO	0.31721	0.10
SEGURIDAD SOCIAL	0.32681	0.11
ESCOLARIDAD	0.40223	0.16
RELIGION	0.37597	0.14
OCUPACION	0.30025	0.09

FUENTE: CORR. Y VAR. EXPLICADA DE LAS VARIABLES

La covariancia de 0.16 es relevante, porque significa que en 16 de cada 100 personas de la población estudiada existe relación entre la baja escolaridad y los problemas tradicionales.

De igual manera la covariancia entre religión y problemas tradicionales es de 0.14, es decir, en 14 de cada 100 personas se encuentra relacionada la religión con los problemas tradicionales. La religión predominante es la católica con 77.8 por ciento. Se identifica además, un fuerte componente religioso en las creencias y prácticas de salud, ya que el 65.6 por ciento utilizan sustancias o amuletos por fé y tradición familiar y religiosa con el fin de lograr la salud y el bienestar. Además, el 45.5 por ciento de las entrevistadas han efectuado "mandas", costumbre propia de los católicos; y las razones expresadas de ellos en un 45.6 por ciento, fueron para lograr la salud y el bienestar o por creencias religiosas.

Por otro lado, del 31.3 por ciento de las entrevistadas que mostró inclinación por la medicina tradicional, el 15.6 por ciento explicó que porque algunos problemas no los cura la medicina científica, manifestándose una vez más las ideas sobre el cuerpo humano, las enfermedades y su origen que forman parte de la cultura de la población. El 9.5 por ciento tiene preferencia por la medicina tradicional por el bajo costo.

CAPITULO V

DISCUSION

5.1 Interpretación de los resultados.

Los resultados encontrados en el estudio en relación a los problemas de salud, indican que se trata de una región en transición epidemiológica que es provocada por una desigualdad entre riesgos a enfermar de tipo culturales, sociales y económicos; estilos de vida saludables y uso de recursos de salud. A este fenómeno se le conoce como polarización epidemiológica; y de acuerdo a Pender (1982), las creencias culturales que son aprendidas en la infancia son las que se desarrollan en la vida adulta e influyen en las conductas saludables y no saludables; y son procesos culturales de normas y hábitos difíciles de modificar si no existe una acción permanente que estimule el cambio.

En la relación de las enfermedades con el bajo ingreso de las familias, se puede deducir que el porcentaje de familias que tienen un bajo ingreso no dispone de condiciones favorables para un nivel óptimo de salud, lo que las predispone a sufrir enfermedades propias del sub-desarrollo, que se evidencian en este estudio.

El 80.0 por ciento de las familias estudiadas presentaron problemas tradicionales, coincidiendo éstos con las principales causas de demanda de atención de la medicina tradicional, referidas por los terapeutas tradicionales, aunque no en el mismo orden (Herrero, 1988). En los trabajos de Herrera Ricaño, se afirma que la accesibilidad económica de las prácticas tradicionales ha permitido su reproducción y uso cotidiano, no sólo en el medio rural sino también en grupos sub urbanos.

Lagarriga (1975) en su estudio sobre este fenómeno explica que la preferencia por el curandero se debe tanto a factores de orden cultural como económico agregando que quizá los más importantes sean los culturales.

En cuanto a la seguridad social, que aparentemente no es problema en esta comunidad, porque un gran porcentaje son derechohabientes de alguna institución de salud; se puede comentar que la seguridad social no garantiza que las familias tengan una menor incidencia de enfermedades, sobre todo si estas son causados principalmente por factores ambientales, geográficos e influenciados por la cultura, ya que las conductas de salud tienen que ver con la cultura de las personas y de los grupos, que las predispone a un cambio de conducta en salud o a permanecer igual.

Además, las instituciones que brindan la seguridad social cuentan con programas permanentes de promoción y prevención para mejorar la salud de sus derechohabientes; sin embargo, las cifras de morbilidad son constantes, de acuerdo a los diagnósticos de salud efectuados en 1990 y 1991 en el área de influencia del centro de salud de la colonia Tamaulipas al que pertenece la comunidad estudiada.

Por otra parte, el hecho de contar con seguridad social no significa que la población utilice los servicios, en la comunidad estudiada, el 21.6 por ciento de la población que cuenta con dichos servicios, no los usa.

Los datos anteriores coinciden con lo publicado por el Instituto Nacional Indigenista en 1986, donde se menciona que diversas investigaciones han buscado la explicación al fenómeno de la no aceptación de los servicios de salud cuando éstos se ponen al alcance de la población rural o urbano marginada, y han encontrado datos similares: las costumbres y

las tradiciones de dichas comunidades no son respetadas por los trabajadores del sistema moderno de salud, existiendo una brecha cultural que neutraliza los programas de educación sanitaria.

De igual forma, Nolasco (1988) y Casillas Cuervo (1978) encontraron en sus respectivos estudios que la gente en ocasiones no utiliza los servicios modernos de salud porque las patologías que con frecuencia presentan las comunidades rurales o urbano marginales se deben casi siempre a su propia situación socioeconómica; y tienen además sus propias ideas acerca de la salud, la enfermedad y las formas de tratamiento.

En relación a las creencias sobre las causas de las enfermedades, se nota un arraigo a las antiguas creencias prehispánicas sobre el origen de las enfermedades, que tienen que ver con causas sobrenaturales. Es evidente que la población estudiada no tiene una explicación científica sobre el origen de las enfermedades que les permita actuar en consecuencia. Estas deducciones coinciden con lo publicado por Herrero (1988), en donde menciona que lo que se dice y se hace en relación a la salud-enfermedad tiene que ver con el significado que el hombre le atribuye a la naturaleza con su capacidad de poder y dominio sobre ella.

Así mismo, el Instituto Nacional Indigenista (1986) ha encontrado en sus investigaciones que tanto la etiología de la enfermedad como la posibilidad de su curación constituyen actos sociales que tienen repercusión tanto en el mundo terrenal como en el espiritual.

El uso simultáneo de tratamientos médicos y tradicionales y la relación que se encuentra entre las enfermedades tradicionales referidas con las creencias sobre las causas de las enfermedades en general, coincide con investigaciones realiza-

das acerca del tema; entre ellas, Nolasco (1988) y Cheney y Gómez (1976 [referidos por Aguirre, L. 1978]), quienes en sus respectivas investigaciones encontraron que la gente recurre tanto a la medicina científica como a la moderna según la enfermedad y a los resultados obtenidos con la primera acción de salud.

5.2 Conclusiones.

Tratar un tema poco conocido y considerado como no científico, como lo es la medicina tradicional, puede parecer un retroceso en una época de grandes avances científicos y tecnológicos, pero no lo es. Las tendencias en salud de la comunidad sugieren el estudio de las prácticas tradicionales de la población, para conocer las condicionantes del proceso salud-enfermedad, entender sus necesidades reales y planear acciones de salud de acuerdo a ellas; tomando en cuenta, además, los recursos existentes.

En este estudio exploratorio y descriptivo, se puede concluir, en general, que se han logrado los objetivos planteados:

1.- Se identificaron las familias que utilizan la medicina tradicional en sus diferentes modalidades, que son el 58.9 por ciento de las familias estudiadas, lo cual confirma la presencia del fenómeno que motivó el estudio.

2.- Se describió la magnitud de las prácticas de medicina tradicional que utilizan las familias, las cuales son similares a las encontradas en otros estudios efectuados sobre el tema. Dichas prácticas consisten en el uso de mezclas de sustancias animales, vegetales y minerales: existiendo además en todas las prácticas un fuerte componente religioso. Se detectó también como parte importante de estas prácticas la automedicación.

3.- Se encontraron datos significativos en la covariancia de los problemas tradicionales con lugar de nacimiento de la entrevistada; ingreso económico familiar; seguridad social; escolaridad; religión y ocupación, cuyos valores de la covariancia se encuentran desde 0.09 hasta 0.16. Estos valores indican que las variables mencionadas son algunas causales que de alguna manera tienen que ver con las prácticas de medicina tradicional.

4.- Se encontró que el 12.2 por ciento de las familias usan simultáneamente tratamientos médicos y tradicionales y un 22.2 por ciento aceptó la efectividad de ambos tratamientos, lo cual indica que la población utiliza tratamientos modernos y tradicionales de acuerdo al problema y a los resultados obtenidos en experiencias previas con el uso de una u otra medicina.

5.3 Recomendaciones.

Para la enfermería comunitaria es importante conocer las prácticas de salud que existen en la comunidad, para partir de lo conocido y aceptado por la gente y para que la propia comunidad participe en la solución de su problemática utilizando los recursos disponibles, por lo que se sugiere que los resultados de este trabajo sean tomados en cuenta como una primera aproximación a la comunidad en relación a la medicina tradicional.

Queda establecido que el problema existe, así como también existen opiniones a favor y en contra dentro de la misma comunidad, y el personal de salud permanece al margen de la situación, por lo que sugiere que las enfermeras comunitarias utilicen los resultados de estudios sobre el tema realizados por otras disciplinas; lo cual sin duda nos ayuda a comprender y analizar con más profundidad, en el contexto cultural de las relaciones sociales, el origen antropológico

de la enfermedad y las razones de utilizar la medicina tradicional.

Sin embargo, dado que la enfermería comunitaria requiere de marcos conceptuales propios del cual se derive su práctica, debe continuar indagando acerca del problema, sus condicionantes y repercusiones, en esta o en otras comunidades con características similares, a fin de proponer programas que realmente tengan efecto significativo en la salud.

Además, realizando estudios sobre medicina tradicional se logrará verdadero acercamiento con la comunidad, partiendo de estos conocimientos para estimular el autocuidado con el uso de los recursos que tenga al alcance, cumpliendo así con el rol de educador en salud que tiene la enfermera.

La enfermera comunitaria al programar las acciones de salud no debe olvidar tomar en cuenta al sujeto a quien van dirigidas estas acciones; tomar en cuenta sus ideas, costumbres y tradiciones, que son parte de él y de las que no puede despojarse fácilmente.

Por otro lado, la enfermería comunitaria ha sido considerada en su función de coordinadora como el enlace de la comunidad y el sistema de salud; en este sentido, puede actuar de enlace entre estos dos componentes de la medicina: tradicional y científica, para fortalecer una cultura a partir de las creencias existentes en la sociedad.

La medicina tradicional, como lo mencionan diversos autores, ha persistido a través de los años, desde la época prehispánica hasta nuestros días, a la sombra de la medicina moderna; y los planificadores en salud se preguntan si deben eliminarse esas costumbres ancestrales o debe rescatarse lo que ha demostrado efectividad a través de la experiencia por

los usuarios. No es fácil llegar a una decisión, todo depende de los factores que prevalezcan en las comunidades, por ejemplo: el nivel socioeconómico de la población, las costumbres, las tradiciones, la accesibilidad a los servicios de salud y la satisfacción con la atención recibida. Tal vez esto último sea lo más importante, ya que la gente seguirá buscando aquello que le permita una comunicación abierta, que le ofrezca una solución a sus problemas y le brinde una esperanza.

En el trabajo comunitario se requiere ganarse la aceptación y la confianza de la población, para lograrlo, la enfermera debe mostrar respeto por las creencias y costumbres de la gente, conocerlas a fondo y buscar explicaciones, a fin de darle una reorientación a las prácticas de salud, pero siempre con el propio convencimiento y participación de la comunidad.

Por lo que es importante que las nuevas generaciones de enfermería dejen a un lado los prejuicios sobre las prácticas de medicina tradicional; y su sugiere la inclusión de esta temática en el curriculum de enfermería. No se trata de oficializar la medicina tradicional, sino considerarla como una práctica paralela a la medicina científica y oficial. La medicina tradicional debe tomarse en cuenta y comprender a sus usuarios ya que forma parte y es la base cultural de la ideología de los mexicanos.

Además se considera que es necesario que nos aproximemos en esta brecha existente entre la medicina tradicional y la medicina científica, a fin de hacer efectivo el derecho a la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Academia Mexicana de Medicina Tradicional. (1990). IV Congreso de Medicina Tradicional y Folklórica. San Cristóbal de las Casas, Chiapas: Autor.
- Aguirre Beltrán, G. (1986). La medicina Indígena en el siglo IXI. México Indígena. 6-7.
- Aguirre, L. (1978). Opciones en las prácticas de salud en la frontera occidental de Texas. La Medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense. 68.75.
- Antochiw, M. (1986). La medicina indígena. México Indígena. 8-9.
- Balam, G. (1986). Medicina Indígena en la península Yucateca. México Indígena. 20-22.
- Banneman, R.H. (1982). La medicina tradicional en la moderna atención de salud. Foro Mundial de la Salud, 3(1),8.
- Barriga, F. y Ramírez, J. (1986). Etno-patología Xaliteca. México Indígena, 9, 50-54.
- Becker, M. [s.f.]. El modelo de creencias de salud y el rol de conducta del enfermo. [s.d.].
- Canales, F.H. de Alvarado, E.L. de y Pineda, E.B. (1986). Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud. México: Limusa.
- Casillas Cuervo, L. (1978). La Salud y la cultura en las zonas urbano marginales. La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano estadounidense 88-89.
- Casillas Romo, A. (1990). Nosología mítica de un pueblo: Medicina tradicional Huichola. México: Universidad de Guadalajara.
- Comisión de Sistemas alternativos de Medicina. (1982). La medicina alternativa en los países bajos. Foro Mundial de la Salud, 3 (2), 234-239.

- Coplamar (1982). Necesidades esenciales de México: Salud, 4, México: Siglo XXI.
- Fendall, R. (1982). Medicina Tradicional: La medicina ayurvédica y la atención primaria de salud. Foro Mundial de Salud, 3 (1), 102-107.
- Galinier, J. (1986). Cosmología e interpretación de la enfermedad. México Indígena, 9, 23-25.
- Gortari, Eli de. (1979). La ciencia en la historia de México. México: Grijalbo.
- Gutiérrez, J.A. (1985). Organización de la comunidad: El proceso de la formación de los terapeutas huicholes. Programa Nacional de Solidaridad IMSS-COPLAMAR, 3 (5), 8.
- Heiby, J. R. (1982). Atención Primaria de Salud: Algunas lecciones aprendidas en Nicaragua. Foro Mundial de Salud, 3 (1), 29-32.
- Herrasti, L. (1986). Curandería y medicina: conceptos antagónicos. México Indígena, 9 74-76.
- Herrasti, L. y Ortiz, A. (1986). Medicina tradicional y cultura indígena: (entrevista a Andres Fábregas). México Indígena, 9, 10-15.
- Herrasti, L. y Ortiz, A. (1986). Medicina del Alma: (Entrevista a Jacinto Arias) México Indígena, 9, 55-59.
- Herrera Ricaño, R. [Editor]. (1989). La Medicina tradicional en México y su pervivencia. México: UNAM. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza.
- Hiegel, J.P. (1982). Medicina tradicional: cooperación con los curanderos tradicionales. Foro Mundial de la Salud, 3 (2), 266-270.
- Hoff, W. y Maseko, N. (1985). Enfermeras y curanderos se dan la mano. Foro Mundial de la Salud, 7 (4), 13-21.
- Ibáñez Brambila, B. (1990). Manual para la elaboración de tesis. México: Trillas.
- IMSS-COPLAMAR (1987). Medicina tradicional y herbolaria. México: Programa Nacional de Solidaridad Social.

- Instituto Nacional Indigenista. (1986). El Instituto Nacional Indigenista y la medicina indígena. México Indígena.9, 49.
- Kay, M. (1978). El curanderismo en Tucson, Arizona, como sistema paralelo o colaborador. La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense, 359, 99-108.
- Kearney, M. (1978). El espiritismo como una alternativa en la tradición médica de la frontera. La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense, 359, 76-82.
- Kikhela, N., Bibeau, G. y Corin, E. (1981). Sistemas médicos Africa: medicina moderna y medicina tradicional. Foro Mundial de la Salud, 2(1), 112-115.
- Kroeger, A y Luna, R. [Compiladores]. (1987). Atención primaria de salud: principios y métodos. México: Pax.
- Lagarriga Attias, I. (1975). Medicina tradicional y espiritismo. Los espiritualistas trinitarios marianos de Jalapa, Veracruz. México: SEP Setentas.
- Levin, J. (1979). Fundamentos de estadística en la investigación social. México: Harla.
- Lobsack, T. (1986). Medicina mágica: Métodos y méritos de los curanderos milagrosos. [Traduc] Georgina Guerrero. México: Fondo de cultura económica.
- López Austin, A. (1978). La antropología médica en situación de frontera. La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense, 359, 49-55.
- Lozoya, X. (1985). La medicina tradicional en el IMSS: Un programa vigente. Programa Nacional de Solidaridad Social, Boletín informativo, 3(5), 1.
- Lozoya, X. (1988). La medicina tradicional en México: Balance de una década y perspectivas. Medicina tradicional y enfermedad. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, 135-149.

- Macklin, J. (1978). Curanderismo y espiritismo: enfoques complementarios de los servicios tradicionales de salud mental. La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense, 357, 175-178.
- Manfredi, M. (1988). Liderazgo: ¿ Es necesario promover el liderazgo en enfermería para el avance de los programas docente asistenciales ? Educación Médica y Salud, 22 (1), 3-10.
- Martínez Benítez, M., Latapí, P., Hernández Tezoquipa, I. y Rodríguez Velázquez, J. (1985). Sociología de una profesión: El caso de enfermería. México: Centro de estudios educativos, A. C.-Nuevomar.
- Méndez Ramírez, I., Guerrero, D.N., Moreno Altamirano, L. y Sosa de M. C., (1984). El protocolo de investigación: Lineamientos para su elaboración y análisis. México: Trillas.
- Moreno Santos, R. (1986). Experiencias de la interrelación de la medicina tradicional y el programa IMSS-COPLAMAR. Taller: El futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos, 173-179.
- Nash Ojanuga, D. (1981). Qué piensan los médicos de los curanderos tradicionales y viceversa. Foro Mundial de Salud, 2(3). 473-477.
- Nolasco, M. (1978). Salud y enfermedad en la frontera norte. La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense, 359, 56-67.
- Ortiz Quezada, F. [Editor]. (1982). Vida y muerte del mexicano. México: Folios.
- Parry, E.H.O. (1984). La gente y la salud: La influencia de la cultura. Foro Mundial de la salud, 5(2).
- Pender, N. (1982). Health Promotion in Nursing Practice. U.S.A.: Appleton-Century-Crofts.

- Poder Ejecutivo Federal. (1989). Plan Nacional de Desarrollo (1989-1994). México: Secretaría de Programación y Presupuesto.
- Ramesh, A. y Hyma, B. (1981). La medicina tradicional en una ciudad de la India. Foro Mundial de la Salud, 2(4), 575-579.
- Rodney, M. Coe. (1984). Sociología de la Medicina. España: Alianza.
- Rojas Soriano, R. (1987). Guía para realizar investigaciones sociales. México: Plaza y Valdés.
- Rojas Soriano, R. (1988). Capitalismo y enfermedad. México: Plaza y Valdés.
- Rojas Soriano, R. (1991). Guía para realizar investigaciones sociales. México: Plaza y Valdés.
- Saleh Lashari, M. (1984). Medicina Tradicional: ¿ Es posible la fusión de la medicina tradicional con la moderna ? Foro Mundial de la Salud, 5, 204-207.
- Samba, E.M. (1981). Atención primaria de salud: Incógnitas, escollos y peligros. Foro Mundial de la Salud, 2(3), 416-422.
- San Martín, H. (1980). Salud y Enfermedad. México: La prensa médica.
- Sasson, Y. (1986). El espanto y el mal aire. México Indígena, 9, 60-63.
- Scrimshaw, S.C.M. y Burleigh, E. (1978). Posibilidades de integración de la medicina indígena y occidental en América Latina y en las poblaciones hispánicas de los Estados Unidos de América. La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense, 359, 35-48.
- Selassie Okubagzhi, G. (1988). Como aprovechar el potencial que representan las parteras tradicionales. Foro Mundial de la Salud, 9, 431-437.
- Smith, R.A. (1982). Atención primaria de salud : ¿ Retórica o realidad ? Foro Mundial de la Salud, 3(1), 33-41.

- Velimirovic, B. y Velimirovic, H. (1978). Examen global de la medicina tradicional y las personas que ejercen en los servicios de salud. La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense, 359, 193-207.
- Viesca, C. (1986). De la medicina indígena a la medicina tradicional. México Indígena, 3-5.
- Yaneme, T. (1973). Estadística. México: Litográfica Ingramex.
- Zolla, C. (1986). Terapeutas, enfermedades y recursos vegetales. México Indígena, 9, 16-19.
- Zolla, C. (1986). Medicina tradicional y sistemas de atención a la salud. El futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos, 62-76.

A N E X O S

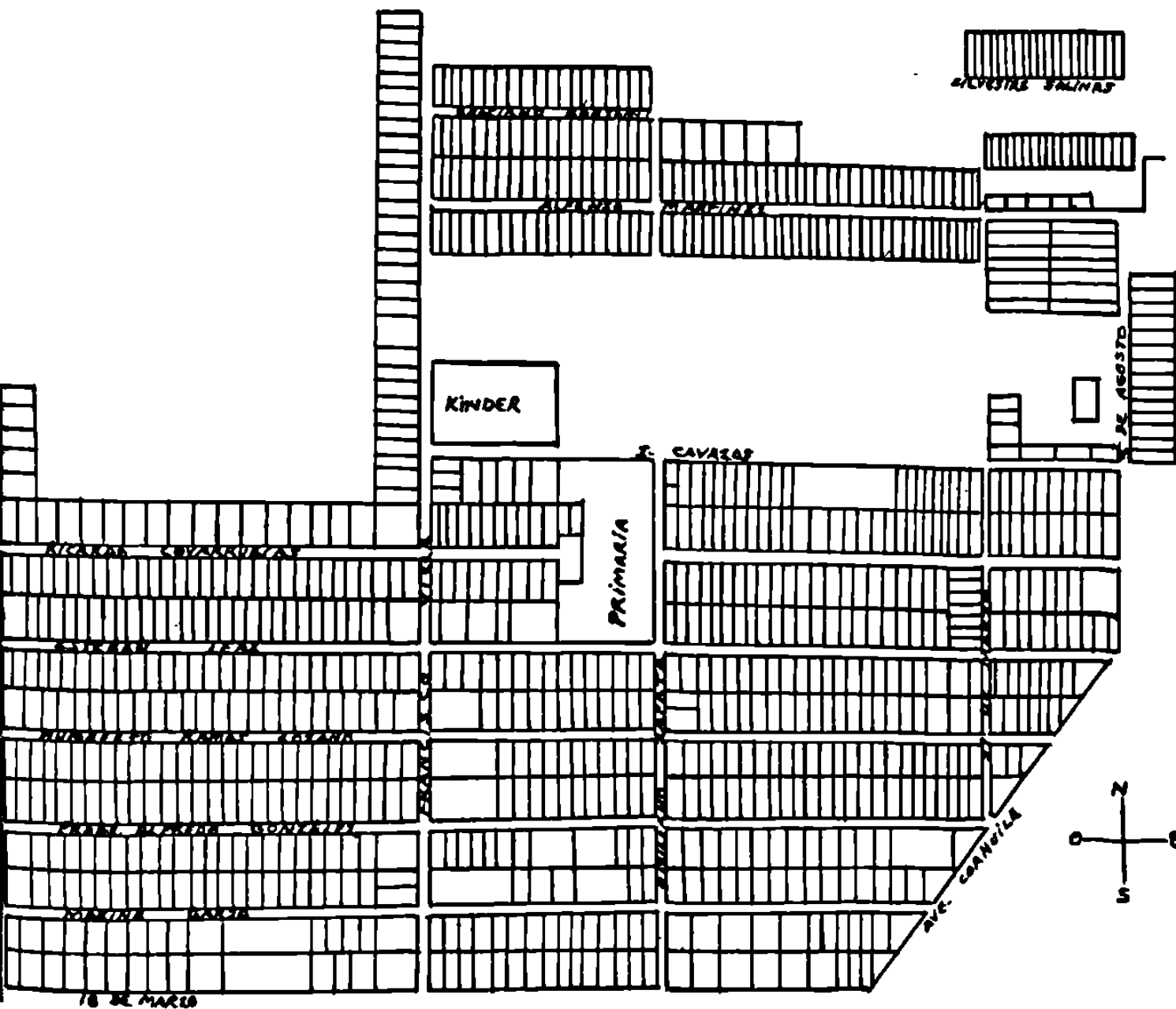
- ANEXO 1** **PLANO DE LA COMUNIDAD ESTUDIADA**
- ANEXO 2** **GUIA DE ENTREVISTA**
- ANEXO 3** **INSTRUCTIVO PARA LA ENTREVISTA**
- ANEXO 4** **PROGRAMA PARA EL PROCESAMIENTO Y ANALISIS
DE LA INFORMACION**



BIBLIOTECA

ANEXO No. 1
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POST GRADO

PLANO COL. 31 DE DICIEMBRE
CD. GUADALUPE. N. L.



ANEXO Num.2

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST GRADO

GUIA PARA LA ENTREVISTA

Objetivo: Identificar los factores que influyen para que las familias utilicen las prácticas de medicina tradicional.

I. DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre: _____ Edad _____ Estado civil _____
Escolaridad _____ Ocupación _____ Domicilio _____
Lugar de nacimiento _____ Religión _____
Tiempo de radicar en la colonia _____
Número de miembros en la familia _____
Ingreso mensual familiar _____

II. SEGURIDAD SOCIAL

1. ¿ Usted y su familia son derechohabientes de alguna institución de salud ?.
() Ninguna
() IMSS
() ISSSTE
() PEMEX
() Instituciones privadas
() Otros _____
2. ¿ Utiliza los servicios de salud a los cuales tiene derecho ?.
() Sí Porqué: _____
() No _____
3. ¿ Durante los últimos dos meses cuantas veces ha acudido a alguna institución de salud ?.
() Ninguna () Dos () Cuatro o más
() Una () Tres

4. ¿ Porqué razones ?.

- () Atención preventiva
- () Atención de urgencia
- () Consulta médica
- () Hospitalización

III. CONCEPTO DE SALUD ENFERMEDAD.

5. ¿ Qué significa para usted el estar sana ?

- () Lo más importante de la vida
 - () Estar bien con Dios
 - () Sentirme bien
 - () Tener ganas y fuerza para realizar mis actividades
 - () No enfermarme
 - () Otros _____
- _____

7. Generalmente, cuando usted o algún miembro de su familia enferman ¿ qué hace o con quien acude en primer término? y si eso no dió resultado ¿ qué hace después ?.

() Automedicación

() Farmacéutico

() Remedios caseros

() Médico particular o institución de salud

() Curandero

() Consejo de vecinas

() Recomendaciones de su madre o suegra

() Otros _____

8. ¿ Piensa que cualquier problema de salud puede ser resuelto por el personal de las instituciones de salud ?

() Sí Porqué? _____

() No _____

IV. PRACTICAS DE MEDICINA TRADICIONAL

9. Durante el último año ¿ han presentado usted o los miembros de su familia algunos de los siguientes problemas ? ¿ Cómo han sido tratados ?

[illegible]

10. ¿ Esos tratamientos por quién fueron efectuados ?

() Usted misma

() Amiga

() Vecina

() Madre o suegra

() Curandero

() Otros _____

11. Si eligió la primera respuesta a la pregunta anterior,
¿ de quien lo aprendió ?

() Abuela

() Amiga

() Madre

() Vecina

() Suegra

() Otros _____

12. ¿ Ha acudido durante el último año con sanadores
tradicionales ?

() Sí

() Curandero

() Espiritista

() No

() Yerbero

() Comadrona o

() Huesero

partera trad.

() Sobador

() Otros _____

13. ¿ Ha encontrado alivio a sus problemas con la
atención que le brindaron ?

() Si Porqué ? _____

() No _____

14. ¿ Ha utilizado al mismo tiempo tratamientos médicos y
tradicionales ?

() Si Porqué ? _____

() No _____

15. ¿ Ha buscado protección para usted o su familia con el uso de algún amuleto o sustancia ?

- () Ojo de venado
- () Pata de conejo
- () Ajos
- () Listón rojo
- () Estampas religiosas, escapularios, medallas
- () Herraduras
- () Veladoras
- () Inciensos
- () Agua bendita
- () Otros _____

Porqué ? _____

16. ¿ Ha hecho alguna vez "mandas" o promesas a un santo, virgen u otra divinidad ?

- () Si
- () No

Porqué ? _____

17. ¿ A qué atribuye su inclinación por el uso de las prácticas de la medicina tradicional ?

- () Bajo costo
- () No tengo que trasladarme lejos
- () Me comprende mejor la curandera
- () Mis padres y mis abuelos así se curaban
- () Si no me alivio con los medicamentos que me da el doctor, voy con la curandera
- () Algunos problemas no los curan los médicos
- () Otros _____

18. ¿ Piensa usted que las prácticas de la medicina tradicional son importantes o necesarias para mantener la salud de la comunidad ?

- () Sí
- () No

Porqué ? _____

ANEXO Num 3

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POST GRADO**

**INSTRUCTIVO PARA LA RECOPIACION DE LA INFORMACION DE LA
GUIA DE ENTREVISTA SOBRE LOS FACTORES QUE INFLUYEN PARA
QUE LAS FAMILIAS UTILICEN LAS PRACTICAS DE MEDICINA
TRADICIONAL.**

**OBJETIVO: OBTENER INFORMACION CLARA Y FIDEDIGNA QUE
PERMITA RESPONDER A LA PREGUNTA DE
INVESTIGACION.**

INSTRUCCIONES GENERALES:

1. El instrumento será llenado por la persona responsable de la investigación a través de una entrevista directa con la madre de familia de la muestra seleccionada.

2. En caso de que en la familia exista ausencia de la madre por muerte, abandono u otro motivo; la entrevista será realizada con la persona que desempeña este rol (hermana mayor, tía, abuela, etc.).

3. La persona entrevistada deberá ser del sexo femenino y tener por lo menos tres años de radicar en esa colonia.

4. En caso de ausencia de la madre en el momento de la primera visita, se efectuará una visita más hasta localizarla, de lo contrario se eliminará esta familia del estudio y se seleccionará otra de la muestra de reserva.

5. Se le explicará a la entrevistada el objetivo del estudio, cual va a ser su participación en el mismo y que beneficios va a obtener con los datos que proporcione. Dejándosele libertad para aceptar o rechazar la invitación a participar.

6. Se le asegurará que los datos que proporcione serán estrictamente confidenciales y que sólo serán utilizados por la investigadora para los objetivos del estudio.

7. Una vez que la madre de familia ha aceptado participar, se procederá a recolectar la información.

8. Se procurará limitarse al tiempo establecido previamente para la entrevista, evitando con esto el abusar del tiempo y de la disponibilidad de la persona entrevistada. Ya que al generar credibilidad y respeto se asegura una mayor accesibilidad para obtener la información.

9. La entrevista deberá realizarse en el interior de la vivienda, procurando que haya comodidad y tranquilidad tanto del entrevistado como del entrevistador.

10. Se procurará establecer un ambiente de confianza y lograr una relación de armonía con la madre de familia (rapport) con el objeto de obtener una información confiable y veraz.

11. Se evitará que la entrevista se lleve a cabo mecánicamente, es decir, que la persona entrevistada responda muy concretamente, sino que se procurará estimular la conversación para poder ampliar las respuestas.

12. En caso de no lograr el establecimiento de las condiciones requeridas, a pesar de que la persona aceptó voluntariamente participar, establecer otro momento para la entrevista y si las condiciones adversas persisten, abandonar esa familia agradeciéndole su participación y seleccionar otra familia de la muestra de reserva.

LLENADO DEL INSTRUMENTO

I. DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre. Se anotará el nombre completo de la persona entrevistada.

Edad. Se registrarán los años cumplidos de la persona entrevistada.

Estado civil. Anotar si la entrevistada es casada, viuda, divorciada, etc.

Lugar de nacimiento. Se anotará el municipio y estado donde haya nacido la persona entrevistada.

Religión. Se preguntará sobre la religión que profesa la persona entrevistada y se registrará en el espacio correspondiente.

Tiempo de radicar en la colonia. Se anotará en el espacio correspondiente el número de años y meses que tiene la familia de vivir en esa colonia.

Escolaridad. Se preguntará a la entrevistada si asistió o no a la escuela, en caso afirmativo anotar el grado de estudios alcanzado.

Ocupación. Interrogar sobre la actividad que realiza la entrevistada y anotarlo en el espacio correspondiente.

Domicilio. Este dato la entrevistadora lo debe tener ya registrado en el momento de primera visita, solamente se preguntará para verificar el dato.

Número de miembros en la familia. Se anotará el número de personas que viven en esa casa (hijos, padres, abuelos, parientes, etc.).

Ingreso mensual familiar. Se preguntará cuantos miembros de la familia trabajan y cual es el salario que percibe cada uno, por semana o por quincena. La entrevistadora hará las conversiones a ingreso mensual, sumando los ingresos de las personas que trabajan. El total se anotará en el ingreso mensual familiar.

II. SEGURIDAD SOCIAL

1. Se preguntará si la familia cuenta con algún servicio de salud al cual estén afiliados. La entrevistadora mencionará las opciones enlistadas, anotando con una "X" en la casilla correspondiente. Si se menciona alguna diferente a las enlistadas, se marcará en otros, anotando en el renglón correspondiente el que se refiera.

2. Si en la pregunta anterior no se obtuvo ninguna respuesta, esta pregunta no se realiza. En caso contrario, se interroga sobre la utilización de los servicios con que cuenta, se anota en el casiller que corresponda a la respuesta dada, solicitándole que explique el porqué de su respuesta, describiendo ésta en el espacio correspondiente.

3. Se anotará el número de veces que haya acudido a cualquier institución de salud durante los dos últimos meses. Anotando con una "X" en el casiller correspondiente al número de veces mencionado por la entrevistada.

4. Si en la pregunta anterior la respuesta fué "ninguna", esta pregunta queda sin efecto. Si se eligió cualquiera de las restantes, se pregunta cuales fueron los motivos por los que acudió a dichas instituciones.

De acuerdo a las respuestas obtenidas, el entrevistador las clasificará y según corresponda marcará con una "X" la opción u opciones seleccionadas.

5. En esta pregunta sobre el significado de estar sano, se le dejará a la persona entrevistada tiempo para pensar y expresar libremente sus ideas y conceptos sobre la salud; de acuerdo a lo expresado el entrevistador seleccionará la respuesta que se adecúe, marcando con una "X" el casiller correspondiente.

Si la respuesta no corresponde a ninguna de las enlistadas, se redactará lo expresado por la madre de familia, en las líneas de la derecha del casiller de "otros", marcando previamente la "X" en el mismo.

6. Aquí están contenidas dos preguntas en una sola, que se van a relacionar.

Primero se pregunta a la madre de familia sobre los problemas de salud que han presentado ella o cualquiera de los miembros de su familia (que viven en la misma casa), en el tiempo transcurrido desde un año antes hasta la fecha de la entrevista, (la entrevistadora le ayudará a establecer fechas, mencionándole desde que mes y año se le pregunta o ayudándole a recordar fechas importantes, como por ejemplo, desde que iniciaron clases los niños el año pasado, desde navidad, etc). Antes de anotar, la entrevistadora escuchará atentamente a la entrevistada, cuando mencione quien estuvo enfermo, que manifestaciones presentó, etc.

Es posible que la señora no refiera nombres de enfermedades, solo manifestaciones, por lo que la entrevistadora deberá analizar los datos y clasificarlos para anotar en el casiller que se encuentra a la derecha del listado de las enfermedades, en la columna horizontal del cuadro. Se marcarán con un "X" eligiendo las que sean necesarias.

Después de haber agotado las enfermedades presentadas que se han referido se procede a interrogar, en relación a esta respuesta, sobre lo que piensa haya producido la enfermedad o enfermedades mencionadas, buscando la interacción entre la enfermedad mencionada y la causa a lo que atribuye la enfermedad presentada.

7. Se preguntará a la madre de familia sobre las acciones que toma cuando alguien de su familia enferma. Se le da tiempo y libertad para que piense y exponga sus ideas, solo en caso muy necesario se le darán a conocer las opciones. Aquí serán registradas las opciones con números progresivamente de acuerdo al orden en que lo refiera la entrevistada; por ejemplo: (1) lo que hace primero, (2) que hace en segundo término, (3) que hace después de que las primeras acciones no dieron resultado, y así sucesivamente.

Si menciona alguna acción que realice y no se encuentra entre las enlistadas, se anota el número según el orden en que se le refiera, en otros. Describiendo en el renglón de la derecha cual o cuáles son las acciones.

8. Al preguntar sobre sus ideas acerca de que si las enfermedades que ha presentado o que podrían presentar pueden ser resultas por personal profesional del área de la salud (médicos, enfermeras, promotores, etc). Se registrará con una "X" en el espacio correspondiente a la respuesta. Preguntando enseguida el porqué de su respuesta anotando lo que refiera en los renglones de la derecha.

IV. PRACTICAS DE MEDICINA TRADICIONAL

9. Esta pregunta también se hace en dos partes; primero se le pregunta a la entrevistada la ocurrencia dentro del último año anterior de cualquiera de los problemas de salud enlistados en la columna horizontal del cuadro, anotando en la columna derecha del enlistado una "X" el casiller o casilleros correspondientes. Para ayudar a la entrevistada a establecer la ocurrencia en el tiempo solicitado, se le hará igual que en la pregunta 6.

Después de que se hayan registrado todos los problemas mencionados, se procede a la segunda parte de la pregunta.

Se preguntará que de acuerdo a los problemas mencionados cuales fueron los tratamientos recibidos. Se le dará libertad para que recuerde y se exprese, sólo en caso necesario se le darán a conocer la lista de tratamientos del cuadro, ordenados en la columna izquierda; se colocará una "X" en la intersección el problema referido y el tratamiento implementado.

En caso de que el tratamiento recibido haya sido uno diferente de los enlistados, se anotará la "X" en el espacio de "otros", y se describirá al reverso de la hoja el tratamiento mencionado.

10. De acuerdo a la pregunta anterior, se preguntará quien efectuó los tratamientos referidos, anotando en la casilla correspondiente una "X". Si no corresponde a ninguno de los

mencionados, se anotará la "X" en el casiller de "otros", escribiendo en las líneas de la derecha de esta opción, los referidos.

11. Solamente si en la pregunta anterior se eligió la primera opción, se realiza esta pregunta, en caso contrario se omite. Se anota en el casiller correspondiente a la persona que enseñó a la entrevistada a realizar los procedimientos terapéuticos realizados.

Si no corresponde la respuesta a ninguno de los enlistados, anotar la "X" en el casiller de "otros" y describir en la línea de la derecha a la persona mencionada.

12. Esta pregunta también tiene dos partes. Primero se le preguntará a la madre de familia si en el lapso del último año ha buscado los servicios de algún sanador tradicional (curandero, yerbero, huesero, sobador, yerbera, espiritista, etc).

Se anotará primero la respuesta correspondiente con una "X". Si la respuesta es positiva, se marcará con una "X" en el casiller correspondiente al tipo de sanador tradicional solicitado.

Si no corresponde a ninguno de los enlistado, marcar en otros y describir la respuesta en las líneas de la derecha.

13. En relación a la pregunta anterior, se preguntará si tuvo resultados favorables con el tratamiento o atención que le brindaron los sanadores tradicionales. Se anota en el casiller correspondiente una "X" y se interroga sobre el porqué de su respuesta y describe en las líneas de la derecha.

14. Se preguntará si ha hecho combinación o utilizado al mismo tiempo los servicios y tratamientos del médico profesional y de los curanderos u otro tipo de sanador tradicional. Se marcará con una "X" la respuesta en el casiller correspondiente y se preguntará el porqué de su respuesta, anotándolo en las líneas de la derecha.

15. Se preguntará sobre el uso que ella o los miembros de su familia hacen de amuletos, sustancias u objetos, para mantener o recuperar la salud, o para la buena suerte. Se

darán a conocer las opciones y se anotan las seleccionadas con la "X".

En caso de mencionar algunos diferentes a los enlistados, anotar la "X" en "otros" y describir lo referido en la línea de la derecha. Se interrogará además, sobre el porqué del uso de lo referido, anotando la respuesta en las líneas de la derecha.

16. En esta pregunta sobre si la entrevistada ha hecho "mandas" o promesas a algún santo o virgen, se registrará la respuesta elegida con una "X" en el casiller correspondiente, así como también se describirá el porqué de estas acciones.

17. En caso de haber obtenido respuestas que evidencien el uso de prácticas de medicina tradicional, se interrogará a la entrevistada sobre la causa de su utilización; dándole oportunidad a que piense y se exprese. En caso de no tener claras sus ideas, darle a conocer las opciones.

Anotar con una "X" en el casiller que contenga la respuesta que se adecúe a lo expresado por la madre de familia.

En caso de ser una respuesta diferente de las enlistadas, se coloca una "X" en "otros" y se describen en la línea de la derecha a éste, los referidos.

18. Se interroga a la entrevistada sobre lo que piensa acerca de la importancia o utilidad de las prácticas de la medicina tradicional para mantener la salud de la comunidad. Se anotará una "X" en el espacio correspondiente, y enseguida se preguntará sobre el porqué de su respuesta, anotando lo expresado por la entrevistada en las líneas de la derecha.

Por último, se agradece a la entrevistada su participación y se le reitera la confidencialidad de la información.

Se deja abierta la posibilidad de una visita ulterior para algún dato que se deba aclarar.

ANEXO 4

PROGRAMA PARA EL PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION

DATA LIST FILE 'ROSAMAR.DAT'

/VO 1-2 VI 4 V2 6 V3 8 V4 10 V5 12 V6 14 V7 V8 18 V9 20 V10 22 V11 24
V12 26 V13 28 V14 30-31 V15 33-34 V16 36 V17 38 V18 40 V19 42 V20 44-45
V21 47-48 V22 50-51 V23 53 V24 55 V25 57 V26 59 V27 61 V28 63 V29 65-66
V30 68 V31 70 V32 72 V33 74 V34 76-77.

VARIABLE LABELS

/VO 'CLAVE'
/V1 'ESCOLARIDAD'
/V2 'OCUPACION'
/V3 'LUGAR DE NACIMIENTO'
/V4 'RELIGION'
/V5 'RADICACION'
/V6 'NO. DE MIEMBROS'
/V7 'INGRESO'
/V8 'SEGSOCIAL'
/V9 'UTILIZACION'
/V10 'SI V9 ES NEGATIVA PORQUE'
/V11 'ACUDE'
/V12 'RAZON'
/V13 'CONCEPTO'
/V14 'PROBLEMAS DE SALUD'
/V15 'CAUSAS'
/V16 'CON QUIEN ACUDE'
/V17 'QUE HACE DESPUES'
/V18 'SOLUCION DEL PROBLEMA'
/V19 'PORQUE V18'
/V20 'PROBLEMAS TRADICIONALES'
/V21 'TRATAMIENTO'
/V22 'QUIEN LO EFECTUO'
/V23 'DE QUIEN APRENDIO'
/V24 'ACUDE ULTIMO AÑO MT'
/V25 'CON QUIEN ACUDE'
/V26 'MEJORIA'
/V27 'UNION MC Y MT'
/V28 'PORQUE V27'
/V29 'USO DE AMULETOS'
/V30 'MANDAS'
/V31 'PORQUE V30'
/V32 'INCLINACION MT'
/V33 'IMPORTANCIA MT'
/V34 'PORQUE V33'

VALUE LABELS

/V1 1'NULA' 2'PRIM INC' 3'PRIM COM' 4'SEC INC' 5'SEC COM' 6'TEC INC'
7'PROF INC' 8'PROF COM'
/V2 1'HOGAR' 2'EMPLEADO' 3'PROFESIONISTA'
/V3 1'NUEVO LEON' 2'TAMPS' 3'SAN LUIS' 4'COAHUILA' 5'DURANGO'
6'ZACATECAS' 7'GUANAJAUATO' 8'HIDALGO'
/V4 1'CATOLICA' 2'T JEHOVA' 3'EVANGELICO' 4'NINGUNA'
/V5 1'3 A 5' 2'6 A 9' 3'10 A MAS'
/V6 1'1 MIEMBRO' 2'2 A 4 MIEMBROS' 3'5 A MAS'

/V7 1'1 SALARIO M' 2'2 SALARIOS M' 3'3 SALARIOS M' 4'4 A MAS' 5'NINGUNO'
 6'MENOS DEL SALARIO M'
 /V8 1'NINGUNA' 2'IMSS' 3'ISSSTE' 4'PEMEX' 5'C VIDRIERA' 7'C UNIVERSIDAD'
 /V9 1'SI' 2'NO' 3'NO APLICA'
 /V10 1'NO CREE EN MC' 2'NO SE HA ENFERMADO' 3'LEJOS' 4'NO CAMBIA TX'
 5'ACUDE MED PART X DESCONF' 6'NO APLICA'
 /V11 1'NINGUNA' 2'UNA' 3'DOS' 4'TRES' 5'4 A MAS'
 /V12 1'PREVENTIVA' 2'URGENCIA' 3'CURATIVA' 4'HOSPITALIZACION' 5'NO
 NECESARIO' 6'URGENCIA Y CURATIVA' 7'PREVENTIVA Y CURATIVA'
 /V13 1'LO MAS IMP' 2'BIEN DIOS' 3'SENTIRME BIEN' 4'REALIZAR ACT'
 5'NO ENFERMARME' 6'BIENESTAR Y ALEGRIA'
 /V14 1'GASTROENTERITIS' 2'GRIPE' 3'BRONQUITIS' 4'ENF PIEL' 5'ALERGIAS'
 6'HIPERTENSION' 7'DIABETES' 8'DESNUTRICION' 9'TB' 10'FRACTURAS'
 11'ANGINAS' 12'STV' 13'LUMBALGIA' 14'COLECISTITIS' 15'GASTRITIS'
 16'EDEMA OJO DER' 17'DEFIC CEREBRAL' 18'COLITIS' 19'HERNIA ING'
 20'AMIBIASIS' 21'ANEMIA' 22'CARDIOPATIA' 23'DOLOR MUSCULAR'
 24'LARINGITIS' 25 CANSANCIO' 26'INFECC OIDO' 27'ALCOHOLISMO'
 28'ARTRITIS' 29'CEFALEA' 30'EPILEPSIA' 31'FIEBRE'
 /V15 1'DESCOMPOSICION' 2'ABUSOS' 3'HERENCIA' 4'ACCIDENTES' 5'ASOLEARSE'
 6'MAL FUNCIONAMIENTO' 7'EDAD AVANZADA' 8'MALA ALIMENT' 9'ENFERMOS'
 10'DESFAVORABLE' 11'SUSTO' 12'MAL OJO' 13'AMBIENTAL' 14'TOMAR AGUA
 NP' 15'CONVIVENCIA ANIMALES' 16'MALA HIGIENE' 17'DESCONOCE'
 18'NO APLICA' 19'BROTE MUELAS' 20'CONTACTO MALA HIERBA'
 21'NERVIOSISMO'
 /V16 1'MEDICO' 2'CURANDERO' 3'VECINOS' 4'CONSEJOS' 5'FARMACEUTICO'
 6'AUTOMEDICA' 7'REMEDIOS'
 /V17 1'MEDICO' 2'CURANDERO' 3'VECINOS' 4'CONSEJOS' 5'FARMACEUTICO'
 6'AUTOMEDICA' 7'REMEDIOS' 8'NO APLICA'
 /V18 1'SI' 2'NO'
 /V19 1'PREPARACION' 2'LENTA' 3'NO CURABLE MC' 4'PROB LEVE SI GRAVE NO'
 5'PRIMERO DIOS' 6'NO SIEMPRE CURA' 7'SIN RESPUESTA'
 /V20 1'MAL OJO' 2'EMPACHO' 3'SUSTO' 4'MOLLERA' 5'DISENTERIA' 6'AIRE'
 7'TORCEDURA' 8'DIARREA' 9'ANGINAS' 10'CALENTURA' 11'DAÑO'
 12'JAQUECAS' 13'NACIDOS' 14'SIN PROBLEMA'
 /V21 1'REZOS' 2'SOBADAS' 3'BARRIDA HUEVO' 4'BARRIDA HIERBAS' 5'PIEDRA
 LUMBRE' 6'TES' 7'PURGANTES' 8'MAIZ O LIMONES' 9'MEDICAMENTOS'
 10'LIMON MA CCL' 11'CEBOLLA SABILA' 12'COCA MAIZENA' 13'ARNICA'
 14'VOLETA AL NIÑO CAB' 15'VENTOSAS' 16'NO USA NADA' 17'AMARRA LA
 CABEZA' 18'FRIC MANTECA' 19'NO APLICA'
 /V22 1'ENTREVISTADA' 2'AMIGA' 3'VECINA' 4'MADRE O SUEGRA' 5'CURANDERA'
 6'SOBADOR' 7'CONOCIDA' 8'ESPOSO' 9'MEDICO' 10'SIN DATO'
 11'NO APLICA'
 /V23 1'ABUELO' 2'MADRE' 3'SUEGRA' 4'AMIGA' 5'VECINA' 6'EXPERIENCIA
 PROPIA' 7'MEDICO' 8'NO APLICA' 9'SIN DATO'
 /V24 1'SI' 2'NO'
 /V25 1'CURANDERO' 2'HIERBERO' 3'HUESERO' 4'SOBADOR' 5'PARTERA'
 6'MED NAT' 7'QUIROPRACTICA' 8'NO APLICA'
 /V26 1'SI' 2'NO' 3'NO APLICA' 4'NO RESP'
 /V27 1'SI' 2'NO' 3'SIN RESPUESTA'
 /V28 1'NO AFECTA' 2'AFECTA' 3'DEPENDE EL PROBLEMA' 4'NO NECESARIO'

/V29 1'OJO VENADO' 2'LISTON' 3'ESTAMPAS' 4'VELADORAS' 5'INCIENSOS'
6'AGUA BEN' 7'SABILA' 8'BIBLIA' 9'ALBACAR Y SABILA' 10'LIMON'
11'SABILA P IMAN A BEN' 12'NO USA' 13'AJOS' 14'HERRADURAS'
15'PATA DE CONEJO'

/V30 1'SI' 2'NO'

/V31 1'BIENESTAR' 2'CREENCIAS' 3'NO NECESARIO' 4'NO CREE'
5'SIN RESPUESTA'

/V32 1'BAJO COSTO' 2'NO LEJOS' 3'COMPRESION' 4'TRADICION'
5'NO MEJORIA MC' 6'NO CURA MC' 7'

/V33 1'SI' 2'NO'

/V34 1'FE' 2'CASEROS' 3'MALO' 4'SIN DATO' 5'NO CURA MC' 6'NO CURA MT'
7'UTIL CONSERVAR SALUD' 8'NO CREE' 9'DEPENDE DE LA FE'
10'NUNCA HA IDO' 11'PRIMERO DIOS LUEGO MEDICO' 12'SOLO EN ALGUNOS
PROB' 13'MED ANALIZADOS' 14'NO CURA MT'



BIBLIOTECA

