



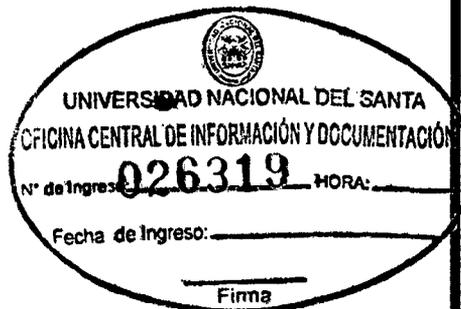
**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**



# UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

## FACULTAD DE CIENCIAS

### ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



---

**“RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIALES Y CULTURALES  
CON LA PRACTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN EL  
ADULTO MAYOR. AA.HH. LUIS FELIPE DE LAS CASAS.  
NUEVO CHIMBOTE - 2013.”**

---

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TESISTAS:**

**BACH. ENF. PUENTE QUISPE, RAQUEL GIOVANNA  
BACH. ENF. ROJAS GALLARDO, DIANA ALBA**

**ASESOR :**

**Mg. FALLA JUÁREZ, Luz Fenítida**

**NUEVO CHIMBOTE - PERÚ - 2014**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS**  
**E.A.P ENFERMERIA**



Revisado y V°B° de:



---

Mg. Luz Fenitida Falla Juárez

**ASESORA**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS**  
**E.A.P ENFERMERIA**



Revisado y V°B° de:

Ms. Rodriguez Barreto Yolanda

**Presidenta**

Ms. Esperanza Melgarejo Valverde

**Secretaria**

Ms. Luz Fenitida Falla Juárez

**Integrante**

## DEDICATORIA

*A Dios, por ser mi guía espiritual y darme la capacidad para ejercer tan digna y sabia profesión; y guiarme en cada momento de mi vida.*

*A mi hermana Sarita, por ser mi gran amiga y apoyarme para cumplir con mis objetivos y ser la alegría de nuestros padres y la fortaleza de ellos.*

*A Oscar, por ser mi amigo y apoyo incondicional en todo mi desarrollo profesional y personal.*

*A mis Padres: José y Elizabeth, por haberme enseñado la lucha constante por la vida y porque día a día se esfuerzan por dar lo mejor de si para ayudarme a salir adelante, por apoyarme incondicionalmente para lograr mis objetivos y metas trazadas para mi futuro.*

*A mi Mamy Inés, hermana, primas, primos, sobrinos (as) y toda mi familia, que siempre han estado a mi lado y me cuidan y motivan día a día a mejorar y seguir mis metas.*

**Diana**

## DEDICATORIA

*A Dios Padre, por darme el don de la vida y estar siempre a mi lado , guiándome, protegiéndome en los momentos más difíciles de mi vida y durante el transcurso de la misma.*

*Con profundo amor y gratitud eterna a lo más noble que dios ha podido poner en camino que son mis tíos DOLORES Y LEONIDAS que con su ejemplo y dedicación, me enseñaron amar y respetar a las personas. Ellos son los motores que me impulsaron a mi desarrollo y crecimiento personal y profesional.*

*A mis queridos primos hermanos, RUTH, EDGAR Y JOSELO por su comprensión estima infinita y por alentarme día a día a seguir a delante a pesar de todo*

**Raquel**

## *AGRADECIMIENTO*

*A nuestra prestigiosa Alma Mater, Universidad Nacional del Santa, por habernos acogido durante estos años de estudio en nuestra formación personal y profesional, en donde quedan recuerdos de una etapa maravillosa en nuestra vida profesional, donde pusimos nuestros deseos de superación y abnegación para el logro de nuestros objetivos y recompensa en cada uno de los esfuerzos, realizándonos como profesionales de Enfermería.*

*A los docentes de la Escuela Académica Profesional de Enfermería por la calidad de educación, conocimientos, experiencias, incondicionalidad, dedicación y paciencia brindadas, que contribuyeron en nuestra formación profesional.*

*Un especial agradecimiento a nuestra Asesora Ms. Luz Fenitida Falla Juárez, por sus aportes valiosos, apoyo y tiempo incondicional, que fueron esenciales para el inicio, desarrollo y culminación del presente trabajo de investigación; y todas las docentes que nos brindaron sus conocimientos y apoyo para la realización del mismo.*

*Y finalmente, nuestro eterno agradecimiento a los adultos mayores de Luis Felipe de las Casas quienes colaboraron incondicionalmente en el desarrollo del presente trabajo de investigación.*

**DIANA y RAQUEL**

## ÍNDICE GENERAL

	Pág.
<b>RESUMEN</b>	
<b>ABSTRACT</b>	
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>15</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>26</b>
<b>III. MATERIAL Y MÉTODO</b>	<b>39</b>
<b>IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
<b>4.1 RESULTADOS</b>	<b>54</b>
<b>4.2 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN</b>	<b>67</b>
<b>V. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES:</b>	
<b>5.1 CONCLUSIÓN</b>	<b>75</b>
<b>5.2 RECOMENDACIONES</b>	<b>77</b>
<b>VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>78</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>86</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
<b>TABLA Nro. 01:</b>	<b>54</b>
PRACTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH. LUIS FELIPE DE LAS CASAS. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	
<b>TABLA Nro. 02:</b>	<b>56</b>
FACTORES SOCIALES Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH. LUIS FELIPE DE LAS CASAS. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	
<b>TABLA Nro. 03:</b>	<b>62</b>
FACTORES CULTURALES Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH. LUIS FELIPE DE LAS CASAS. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	

## INDICE DE FIGURAS

	Pág.
<b>FIGURA Nro. 01:</b>	<b>55</b>
PRACTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH. LUIS FELIPE DE LAS CASAS. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	
<b>FIGURA Nro. 02:</b>	<b>57</b>
TIPO DE FAMILIA Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH. LUIS FELIPE DE LAS CASAS. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	
<b>FIGURA Nro. 03:</b>	<b>58</b>
EDAD Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH. LUIS FELIPE DE LAS CASAS. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	
<b>FIGURA Nro. 04:</b>	<b>59</b>
PROCEDENCIA Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH. LUIS FELIPE DE LAS CASAS. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	
<b>FIGURA Nro. 05:</b>	<b>60</b>
TIEMPO DE PERMANENCIA EN EL LUGAR DE ORIGEN Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH. LUIS FELIPE DE LAS CASAS. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	
<b>FIGURA Nro. 06:</b>	<b>61</b>
ESTADO CONYUGAL Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH. LUIS FELIPE DE LAS CASAS. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	

**FIGURA Nro. 07:**

**63**

GRADO DE INSTRUCCIÓN Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH. LUIS FELIPE DE LAS CASAS. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

**FIGURA Nro. 08:**

**64**

ACCESO A MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH. LUIS FELIPE DE LAS CASAS. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

**FIGURA Nro. 09:**

**65**

PARTICIPACIÓN EN ASOCIACIONES CULTURALES Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH. LUIS FELIPE DE LAS CASAS. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

**FIGURA Nro. 10:**

**66**

RELIGIÓN Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH. LUIS FELIPE DE LAS CASAS. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo correlacional, tuvo como objetivo general conocer la relación entre los factores sociales y culturales con la práctica de la medicina tradicional en el adulto mayor del AA.HH. Luis Felipe de las Casas. Nuevo Chimbote - 2013.

La población de estudio estuvo constituida por 53 Adultos Mayores del AA.HH. Luis Felipe de las Casas, inscritos en el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Nuevo Chimbote que cumplieron con los criterios de inclusión, durante el periodo Abril – Junio.

Para la recolección de los datos se utilizó entrevista y cuestionarios: Cuestionario N° 01: “Factores Sociales y Culturales en la Práctica de la Medicina Tradicional en el Adulto Mayor” y Cuestionario N° 02: “La Práctica de la Medicina Tradicional en el Adulto Mayor”. Los datos se procesaron en el Software especializado de estadística y epidemiología SPSS, nivel descriptivo. Obteniendo los siguientes resultados:

1. El 56.6% de los adultos mayores del AA.HH. Luis Felipe de las Casas si practican la medicina tradicional y un 43.4% de los adultos mayores no practican la medicina tradicional.
2. En cuanto a los Factores Sociales (tipo de familia, edad y estado conyugal) estadísticamente tiene un comportamiento independiente a la práctica de la medicina tradicional ( $p > 0,05$ ). En relación a la

procedencia y al tiempo de permanencia el lugar de origen guarda relación significativa con la práctica de la medicina tradicional ( $p < 0,05$ ).

3. En cuanto a los Factores Culturales (grado de instrucción, acceso a los medios de comunicación, participación en asociaciones culturales y religión) se observa que no existe relación estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ) con la práctica de la medicina tradicional.

Palabras claves: Factores Sociales y Factores Culturales, Medicina Tradicional, Adulto Mayor.

## ABSTRACT

The present research is correlational descriptive, general objective was to understand the relationship between social and cultural factors in the practice of traditional medicine in older adults AA.HH. Luis Felipe de las Casas. Nuevo Chimbote - 2013.

The study population consisted of 53 Seniors AA.HH. Luis Felipe de las Casas, enrolled in the Center for Integrated Care for the Elderly of Nuevo Chimbote that met the inclusion criteria during the period from April to June.

To collect data and interview questionnaires were used: Questionnaire N° 01: "Social and Cultural Factors in the Practice of Traditional Medicine in the Elderly" and Survey No. 02: "The Practice of Traditional Medicine in Adults Mayor ". The data were processed in the specialized statistics and epidemiology SPSS, descriptive level Software. With the following results:

1. The 56.6% of older adults AA.HH. Luis Felipe de las Casas if traditional practitioners and 43.4% of older adults do not practice traditional medicine.
2. As for the Social Factors (family type, age and marital status) is statistically independent behavior in the practice of traditional medicine ( $p > 0.05$ ). Regarding the origin and residence time keeps the birthplace significant relationship with the practice of traditional medicine ( $p < 0.05$ ).

3. Regarding Cultural factors (education, access to media, cultural associations and participation in religion) shows that there is no statistically significant relationship ( $p > 0.05$ ) with the practice of traditional medicine.

Keywords: Social and Cultural Factors, Traditional Medicine, Elderly.

## I. INTRODUCCIÓN

La medicina tradicional es la suma completa de conocimientos, técnicas y prácticas fundamentadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas que se utilizan para mantener la salud, prevenir, diagnosticar y mejorar o tratar trastornos físicos o mentales. (1) Durante mucho tiempo, los remedios naturales y sobre todo, las plantas medicinales han sido el principal e incluso el único remedio de que disponían tanto la gente en general como el médico en particular. (2)

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), la medicina tradicional abarca una amplia variedad de terapias y prácticas que varían entre países y entre regiones. En algunos países se denomina medicina alternativa o complementaria. La medicina tradicional se viene utilizando desde hace miles de años, su práctica ha contribuido enormemente a la salud humana. A partir del decenio de 1990 se ha constatado un resurgimiento de su utilización en muchos países desarrollados y en desarrollo. (1, 3)

La medicina tradicional no solo brinda una curación si no que a su vez ocasiona mínimos gastos económicos, utilizando en su tratamiento plantas medicinales, minerales y animales; las cuales no son ajenas a la cultura de la comunidad a la que sirve, considerando al individuo un ente bio-sico-social el cual se ve inmerso en su cultura y de acuerdo a ello conceptualiza la enfermedad y la enfrenta. (4, 5)

La vigencia de la medicina tradicional se debe principalmente a su utilidad y eficiencia, es decir a su función social; ayuda a curar muchas “enfermedades culturales”, que la medicina moderna o formal las considera inexistentes, así también se considera necesario que los mitos, como las prácticas mágico-religiosas se encuentran formando parte del contexto general del pueblo peruano y es su ideología que tiene acción sobre su cultura y por más ajena que parezca a las necesidades biológicas obvias. (6)

En el ámbito internacional se reporta las siguientes investigaciones relacionados con las variables de estudio de la presente investigación:

En Haití, CLERISME, C. (1985) en su estudio “Medicina Tradicional y Moderna en Haití”, determino que existe un promedio de 25 curanderos por cada mil habitantes; en situación contraria existe un médico para 15,000 habitantes. El estudio indica que la medicina tradicional desempeña una función sumamente importante, ya que los habitantes, en su mayoría adultos mayores, prefieren acudir a los curanderos y recurren a la medicina moderna como segunda opción. (7)

En Santiago de Chile, LÓPEZ, J. (1985) en su investigación “Lideres informales de salud”, pretende identificar la real existencia de agentes informales definidos como empíricos que incluye hierbateros, “hueseros” y entendidos que curan el “empacho”, “el mal de ojo” y “zafaduras”. Entrevistó a las amas de casa y obtuvo como resultados que 3 de cada 4 adultos mayores de la comunidad reconocen y practican la medicina tradicional (agentes

informales de salud), siendo los más nombrados los “hueseros” 43%, los que curan el “empacho” 40%, los que curan el “mal de ojo” 26,2%, hierbateros 17%. Observándose que los resultados al recurrir a la medicina tradicional son altamente satisfactorios. (8)

En el ámbito nacional se reportan las siguientes investigaciones relacionadas con el tema de estudio:

En Lima, LOZANO, S. (1992) presenta los resultados de su investigación “Plantas Medicinales en los sectores urbano-marginales de Lima”, donde determinó que la mayoría de la población (91,3%) usa plantas medicinales en su práctica curativa. (9)

En Lima, NEYRA, H. (1989) en su investigación titulado “Algunos factores socio-económicos y culturales de madres de niños menores de 5 años que consultan al curandero”, obtuvo como resultados significativos, que la mayoría de las madres que permanecieron por más de 10 años en su lugar de origen provienen de la sierra y la selva en un 49% y 16% respectivamente. Un 62% de ellas tienen educación primaria y/o son analfabetas; las razones por las que acuden al curandero son: “por tener fe” 26%, “es económico” 25%, “recomendación familiar” 24%, “ineficacia del tratamiento médico” 17%, y por estar cerca a su domicilio 18%. (10)

En Piura, VERA, P. (1989) encontró que de una población total de 51,120 personas que enfermaron, el 71.8% de la población fue atendida por

curanderos tradicionales y solo el 28.2% fue atendida en centros de salud y médicos particulares. (11)

En el ámbito local se reportan las siguientes investigaciones relacionadas con el tema de estudio:

En Nuevo Chimbote, FLORES, G. (1997) en su trabajo de investigación "Algunos factores sociales, económicos y culturales que influyen en la práctica de la medicina tradicional en la familia de la comunidad de Villa María" obtuvo los siguientes resultados; del total de las familias el 74,8% y el 25,2%, practican y no practican la medicina tradicional. El factor social (tipo de familia, parentesco, edad) estadísticamente tiene un comportamiento independiente a la práctica de la medicina tradicional ( $p>0,05$ ). En relación a la procedencia, las familias de la costa presentan 17 veces más riesgo de no practicar la medicina tradicional. Aquellas que tienen seguro social presentan 1,6 veces más riesgo de no practicar la medicina tradicional ( $OR=1,6$ ). El factor económico (ingreso económico y número de miembros que dependen del ingreso económico), no muestra asociación estadística con la práctica de la medicina tradicional ( $p>0,05$ ). En cuanto al factor cultural, el grado de instrucción guarda relación estadísticamente significativa con la práctica de la medicina tradicional ( $p<0,05$ ), observándose que existe una mayor tendencia a practicar la medicina tradicional a un menor nivel de instrucción, lo que no ocurre con la religión, añoranza del lugar de origen, permanencia, medios de comunicación. Las personas que no participan en asociaciones culturales tienen 9,49 más riesgo de no practicar la medicina tradicional. (12)

La medicina tradicional abarca muchas prácticas y remedios distintos, y varía de un país a otro. Algunas prácticas parecen ser beneficiosas, pero sobre otras sigue habiendo dudas.

En 2002 la OMS lanzó una estrategia sobre medicina tradicional para facilitar a los países la exploración de las posibilidades de esa medicina para mejorar la salud y el bienestar de la población, reduciendo a la vez al mínimo los riesgos de utilización de remedios de eficacia no demostrada, o de una utilización inadecuada. La finalidad principal de la estrategia es alentar la realización de investigaciones. (1)

Existen datos que parecen avalar la práctica de determinadas medicinas tradicionales y complementarias, por ejemplo, la acupuntura para aliviar el dolor, el yoga para disminuir los ataques de asma, o las técnicas de tai chi para ayudar a las personas mayores a disminuir su miedo a sufrir caídas. En la actualidad la OMS no recomienda esas prácticas, pero está colaborando con los países en el fomento de un planteamiento basado en la evidencia para elucidar las cuestiones relativas a la seguridad, eficacia y calidad. (1)

La salud es el resultado de la confluencia de diversos factores individuales, económicos, sociales y culturales que confluyen y determinan los perfiles de salud/enfermedad. Con frecuencia los estudios sobre salud, han enfatizado los factores biológicos y en menor medida los sociales. La investigación empírica muestra que los aspectos culturales pueden ser un factor positivo de cambio o pueden ser un obstáculo a alcanzar la salud. De

hecho, en países andinos donde se practica la medicina tradicional, los indicadores de salud, muestran brechas de la población indígena, asociados a factores culturales, especialmente a la discriminación étnica presente en los servicios públicos de salud. La persistencia de brechas entre el acceso de la población indígena que practica la medicina tradicional y no indígena a servicios muestra el carácter excluyente de las políticas de salud. (13)

En los países en desarrollo, donde más de un tercio de la población carece de medicamentos esenciales, la administración de remedios tradicionales y alternativos seguros y eficaces podría mejorar de forma importante el acceso a la atención de salud. Una posibilidad es integrar la medicina tradicional en el sistema de salud oficial, con lo que se garantizaría un nivel más alto de seguridad y un seguimiento más adecuado de los pacientes. (1)

La medicina tradicional también está ganando popularidad en los países industrializados, donde muchos productos se expenden sin receta médica. Además de las preocupaciones relativas a la seguridad y la calidad, el uso de la medicina tradicional plantea interrogantes acerca de la protección de la biodiversidad (por la posible sobreexplotación de las materias primas para la obtención de medicamentos herbarios y otros productos), y la protección de los conocimientos tradicionales de las comunidades. (1)

El interés científico de la presente investigación se basa en que el uso de la medicina tradicional por parte de los adultos mayores se va incrementado cada vez más.

Especialistas cubanos demuestran las ventajas de emplear la medicina natural tradicional en el tratamiento a adultos mayores, como alternativa ante el consumo elevado de psicofármacos en esa etapa. (14)

CEDEÑO, M. en la ciudad de Bayamo, provincia cubana de Granma, investiga efectos negativos de los psicofármacos (usados para tratar afecciones mentales), las razones por las cuales ancianos abusan de esos químicos, y beneficios de sustituirlos por productos naturales. (14)

El especialista dijo a la Agencia de Información Nacional (AIN) que varias personas de 60 años o más, padecen trastornos psicológicos debido a trato inadecuado de la familia, la jubilación, cambio frecuente de hogar, sensación de inutilidad y otras situaciones.

Por tal razón, agregó, ese segmento poblacional aumenta el consumo de esos preparados, algunos de los cuales ingeridos en dosis elevadas o por largos períodos causan insomnio, ansiedad, debilidad, deterioro de la memoria y la capacidad de reaccionar, y actitudes autodestructivas. (14)

En cambio, procederes naturales como la apiterapia (derivados de la miel de abejas), terapias florales, infusiones de raíces, cortezas, frutos y hojas de plantas, no provocan dependencia y al interactuar con otras medicinas tampoco reaccionan en perjuicio para el organismo, precisó. (14)

Según CEDEÑO, M. encuestas a galenos y pacientes de Granma, revelan que los fármacos industriales más usados, prescritos o automedicados, son meprobamato, diazepam, clordiazepóxido, amitriptilina como antidepresivo, y fenobarbital. (14)

CEDEÑO, M. subrayó el deber de familias e instituciones de garantizar estabilidad emocional e integración social a los ancianos, para evitar afecciones psíquicas en ese grupo etario que representa el 16% de los cubanos. (14)

La intención de este trabajo es conocer cómo se relacionan los factores sociales y culturales con la práctica de la medicina tradicional, partiendo de que son culturas que tienen visiones, concepciones y prácticas diferentes sobre salud/enfermedad.

Es por ello, que teniendo en cuenta la importancia e influencia de la práctica de la medicina tradicional dentro de nuestra propia comunidad; este trabajo se desarrolló con la población de los adultos mayores del AA.HH. Luis Felipe de Las Casas. Considerando que es una población creciente en dicha comunidad.

Siendo actualmente una población de 2'700.000 personas mayores de 60 años, lo que representa el 9% de la población total del país.

Cada año, los adultos mayores aumentan en 3,3% y se espera que al año 2021, dicho grupo poblacional sea de 3'727.000 y represente así el 11,2%; siendo una población creciente, es de suma importancia desarrollar el presente trabajo de investigación que ayude a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Frente a lo descrito y por ser la profesión de enfermería el pilar de la promoción y prevención de los daños a la salud, se plantea el siguiente problema:

**¿Cuál es la relación entre los factores sociales y culturales con la práctica de la medicina tradicional en el adulto mayor? AA.HH. Luis Felipe de las Casas. Nuevo Chimbote - 2013”**

## **1.1 OBJETIVOS:**

### **1.1.1 OBJETIVO GENERAL**

Conocer la relación entre los factores sociales y culturales con la práctica de la medicina tradicional en el adulto mayor del AA.HH. Luis Felipe de las Casas. Nuevo Chimbote - 2013.

### **1.1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ❖ Identificar la práctica de la medicina tradicional en el adulto mayor del AA.HH. Luis Felipe de las Casas. Nuevo Chimbote - 2013.
  
- ❖ Determinar la relación que existe entre algunos factores sociales con la práctica de la medicina tradicional en el adulto del AA.HH. Luis Felipe de las Casas. Nuevo Chimbote - 2013.
  
- ❖ Determinar la relación que existe entre algunos factores culturales con la práctica de la medicina tradicional en el adulto del AA.HH. Luis Felipe de las Casas. Nuevo Chimbote - 2013.

El presente estudio de investigación es de importancia significativa:

Porque permite tener en cuenta los valores y creencias de los individuos, familias, grupos y sobre todo de los adultos mayores, teniendo como base su cultura, formas de vida, para proporcionar cuidados de enfermería eficaces y satisfactorios.

Así mismo, el aporte para la Tecnología, ya que se hace uso de los resultados y aplicarlos en los programas de atención y apoyo al adulto mayor, considerando las variables significativas basándose en la mejora de la calidad de vida de este grupo etéreo.

De igual manera, en los países en desarrollo, donde más de un tercio de la población carece de medicamentos esenciales, la administración de remedios tradicionales y alternativos seguros y eficaces podría mejorar de forma importante el acceso a la atención de salud. Una posibilidad es integrar la medicina tradicional en el sistema de salud oficial, con lo que se garantizaría un nivel más alto de seguridad y un seguimiento más adecuado de los adultos mayores.

Finalmente se espera que los resultados de este trabajo de investigación contribuyan a fortalecer próximas investigaciones similares.

## II. MARCO TEÓRICO

A través de los siglos el hombre ha escudriñado los secretos del reino vegetal en búsqueda de alimentos para subsistir, y fue ese afán primitivo el que le permitió identificar las cualidades de las plantas y aliviar con ellas sus padecimientos; por tanto, la medicina tradicional o herbaria devino el primer “arsenal” terapéutico del ser humano, cuyo uso se generalizó en la Edad Media, aunque en gran parte de los casos se les atribuían propiedades mágicas. (16)

Ya que la primera mitad del siglo XIX, los boticarios o farmacéuticos no se limitaban al simple almacenamiento de las hierbas secas para la preparación de infusiones medicinales, sino que se dedicaban también a la confección de todo tipo de tinturas, extractos de jarabes, que a su vez eran utilizados en la preparación de siropes, gotas, infusiones ungüentos y linimentos. (16)

En 1973 se creó la Estación Experimental de Plantas Medicinales en La Habana, con la colaboración de varios países del entonces bloque socialista, entre ellos la Unión Soviética y la República Democrática Alemana, donde se comprobaron sus propiedades curativas. (17)

La exuberante flora cubana incluye varios sinnúmeros de plantas que pueden emplearse directamente en sustitución de muchos fármacos de procedencia industrial, aunque sin duda muchos de estos tienen su origen en la medicina herbaria, la cual ha venido a resolver numerosas dificultades con la

adquisición de medicamentos y materias primas para su elaboración, provenientes del mundo capitalista. (17)

Según la definición de la ONU, la medicina tradicional es: la suma total de conocimientos, habilidades y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias oriundos de las diferentes culturas, sean o no explicables, y usados en el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, diagnóstico o tratamiento de las enfermedades físicas o mentales. (1)

“Para millones de personas que viven en áreas rurales de los países en desarrollo, los medicamentos herbarios, los tratamientos tradicionales y los proveedores de medicina tradicional son el principal, a veces el único recurso de la atención en salud.” (1)

La Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria es tan antigua como el hombre. Es parte de la cultura de los pueblos y ha sido transmitida de una generación a otra, pero durante mucho tiempo ha sido considerada una práctica no científica, de menor calidad o empírica; especialmente en países del occidente. En otros casos, ha sido relegada a un plano de curanderismo o práctica de chamanes, con desprecio/omisión de la medicina tradicional y el predominio de lo que Menéndez denomina Modelo Médico Hegemónico, en el cual se ha basado la formación médica en la mayor parte de Facultades y Escuelas de Medicina en el mundo. No obstante ello, hay países especialmente orientales donde el aprendizaje y la aplicación de la Medicina Tradicional es parte de una tradición respetada y vigente a la fecha con prácticas de acupuntura, meditación, yoga, fitoterapia, entre otras. Asimismo, desde la

década de los 90 viene siendo incorporada en diferente medida en gran parte de Escuelas de Medicina de Europa y Estados Unidos y del 2000 en adelante, en algunas Escuelas de Medicina del Perú, entre ellas la Escuela de la Universidad César Vallejo. La incorporación de la Medicina Tradicional a la educación médica, responde también a la necesidad creciente de formar médicos con una visión holística del ser humano, capaces de utilizar la Medicina Tradicional con base científica y de responder a las demandas de los usuarios sobre el uso de las mismas. De otro lado, la interculturalidad y la integralidad son dos aspectos clave en los servicios de salud, que obligan a los trabajadores de salud a conciliar sus conocimientos, actitudes y competencias con las características culturales, étnicas, lingüísticas, educativas, religiosas, socioeconómicas, edad, identidad y género, de los usuarios; introduciendo adaptaciones en la atención, así como trabajo con pares, agentes comunitarios de salud y atención domiciliaría. La integralidad reconoce que la situación de salud de la persona es consecuencia de su carácter multidimensional y biopsicosocial; por tanto, una mirada integral implica reconocer que la resolución de los problemas de salud de las personas (a lo largo de la vida y cada etapa personal), requiere que las acciones desde los servicios de salud se amplíen hacia su entorno familiar y comunitario. (18)

La capacitación de profesionales de la salud en prácticas de la Medicina Tradicional y la formación de conocimientos integrales se justifica por los siguientes motivos:

## **1. Tendencia creciente a utilizar recursos de la Medicina Tradicional por parte de la población**

Como ya se ha mencionado, la población demanda de los servicios de salud y de sus profesionales la aplicación de la Medicina Tradicional debido entre otros motivos al enfoque holístico que debe tener la atención, el bajo costo, escasos efectos adversos, intervención sobre estilos de vida y la participación activa del usuario en su proceso de recuperación mediante preparación de su dieta, realización de ejercicios, meditación, preparados de plantas, etc. (19)

## **2. Seguridad y eficacia de las prácticas de la Medicina Tradicional**

Experimentar por ejemplo la acupuntura, un masaje terapéutico o probar una comida macrobiótica son prácticas seguras de la Medicina Tradicional que además han demostrado su eficacia y le añaden una dimensión más a la experiencia de aprendizaje que una charla o una simple demostración son incapaces de hacer. (19)

## **3. Capacitación a los Profesionales de la Salud**

La formación de profesiones de la salud en Medicina Tradicional debiera ser constante para certificar el logro de competencias, así como el ejercicio responsable de las mismas en el cuidado de la salud de las personas que las utilizan. De otro lado, se contribuiría a evitar la improvisación o el uso indiscriminado de las Medicina Tradicional por charlatanes. (20)

#### **4. Asumir nuestra cultura**

Como ya se ha mencionado, la formación médica tradicionalmente se ha basado en el Modelo Médico Hegemónico con la consiguiente omisión de la medicina tradicional de cada país y por ende de la cultura. Con el tiempo se ha hecho necesario incorporar la Medicina Tradicional en la formación médica ya que la población demanda a los profesionales de la salud su aplicación pero sobre todo porque ésta ha demostrado su eficacia y cuenta con múltiple evidencia científica. En el Perú tenemos una vasta experiencia en la atención del proceso salud enfermedad desde las culturas pre incas y que a través de la medicina tradicional han llegado hasta nuestros días; las mismas que no deben dejarse de lado en la atención integral de las personas. (20)

#### **5. Viraje internacional hacia la aplicación de la Medicina Tradicional**

Desde 1990 en adelante, el 64% de las Escuelas de Medicina (EM) de universidades de EEUU y Europa, impartían cursos de técnicas de Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria y medicina integrativa en diferentes formatos.

De otro lado, la enseñanza y formación en Medicina Tradicional, junto con la investigación científica de las prácticas son los temas de consenso en ese momento; así como hay consenso para incorporar la Medicina Tradicional en los estudios de pregrado y que haya enseñanza acreditada de ella en un programa de postgrado. Se enfatiza para los médicos la necesidad de conocimiento y formación en Medicina Tradicional para aconsejar a pacientes. En Europa, el currículum más desarrollado es el

llamado Modelo de München, de la Universidad Ludwig Maximilian de München. Ya en 1999 se cierra el proceso de discusión sobre la validez de las terapias complementarias y las pone en el contexto de la medicina académica, con nuevos paradigmas que se desarrollaron desde la medicina complementaria. En términos de Medicina Tradicional y Medicina Complementaria (MT/MC), la Organización Mundial de la Salud viene propiciando su integración en los sistemas de salud nacionales, ayudando a los Estados Miembro a desarrollar sus propias políticas nacionales sobre Medicina Tradicional y Medicina Complementaria, elaborando guías, desarrollando y creando estándares internacionales, pautas técnicas y metodologías para la investigación de terapias y productos de Medicina Tradicional y Medicina Complementaria, fomentando el estudio estratégico de la Medicina Tradicional y proporcionando apoyo a los proyectos de estudios clínicos sobre seguridad y eficacia de la Medicina Tradicional y Medicina Complementaria; así como fomentando el uso basado en evidencias de la Medicina Tradicional y Medicina Complementaria. (20)

## **6. Escasa oferta de Medicina Tradicional en el Sistema Sanitario Formal**

Si bien en mucho países se viene formando profesionales con competencias en la práctica de la Medicina Tradicional, el problema en los Servicios de Salud es álgido pues existe escasa / nula oferta de recurso humano capacitado. Una excepción a la regla es el caso de ESSALUD que podemos mencionar como una experiencia exitosa a través de los Centros de Atención en Medicina Complementaria – CAMEC, donde se aplican tratamientos de la Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria en

gran parte de sus centros asistenciales, con gran aceptación de parte de los usuarios y con excelentes resultados, y uno que otro centro privado III. (20)

El presente trabajo de investigación está sustentado en la teoría del cuidado transcultural (1978) siendo su fundadora la enfermera antropóloga Madelaine Leininger, quien se inicia con la disciplina de la antropología, pero conceptualiza la teoría para aplicarla a la enfermería. La teoría del cuidado transcultural se define con las conductas individuales y grupales, valores y creencias basadas en las necesidades culturales, con la finalidad de proporcionar el cuidado efectivo a las personas. (21).

Según Leininger, las teorías de enfermería deben tomar en consideración el descubrimiento creativo de las conductas asistenciales, valores y creencias de los individuos, familias y grupos, basados en sus formas culturales de vida para poder proporcionar unos cuidados de enfermería eficaces, satisfactorios y culturalmente congruentes. (21)

Los cuidados culturales constituyen la teoría de enfermería más ampliamente holística debido a que toman en consideración la totalidad de la vida humana y su existencia a lo largo del tiempo, incluyéndola en la estructura social, visión del mundo, los valores culturales, los contextos ambientales y los sistemas de salud popular y profesional. (21)

El presente estudio se identifica por la I fase de esta teoría que consiste en la identificación de características:

Se identifican las características más saltantes para derivar los datos de etnociencia y etnoenfermería. Esto se proyectó en la conservación continua en las formas de vida y se estudian, observándose las características de la estructura social tales como factores sociales, económicos y culturales que influyen en el cuidado de la cultura. (21)

Se explican los valores culturales y características incluyendo las relaciones con la salud y enfermedad.

Se debe observar los sistemas de salud: los formales, profesional o moderno y el sistema de salud no formal, el tradicional.

La teoría del cuidado transcultural se presenta mediante el modelo de amanecer de Leininger. En esta teoría se considera la influencia de diversos factores externos al individuo, familia y comunidad que predisponen a hacia una determinada respuesta, el sistema de salud formal o el informal; medicina tradicional, quienes identificados con su cultura buscan su bienestar en salud. (21)

Entre las afirmaciones teóricas se consideran que: estudiando los cuidados, creencias, valores y prácticas pueden descubrirse y predecirse los signos de salud o bienestar de las personas adultas mayores. (21)

Los valores políticos, religiosos, económicos, de parentesco y culturales; así como el contexto del entorno ejercen gran influencia en los cuidados humanos y sirven para predecir el bienestar de los individuos, familias y grupos. (21)

Los factores sociales incluyen indicadores como: tipo de familia, edad, procedencia, tiempo de permanencia en el lugar de origen y estado conyugal.

- **Tipo de Familia:** Clasificación de la familia según la agrupación de sus miembros. (22)
  - ✓ Familia Nuclear: padres e hijos (si los hay); también se conoce como «círculo familiar».
  - ✓ Familia Extensa: además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines.
  - ✓ Familia Monoparental: en la que el hijo o hijos vive(n) sólo con uno de los padres.
  - ✓ Otros tipos de familias: aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), etcétera, quienes viven juntos en el mismo espacio por un tiempo considerable. (23)
- **Edad:** Tiempo en años cumplidos que la persona ha vivido, a contar desde que nació hasta el día en que se aplique los instrumentos. (24, 25)

- **Procedencia:** Se considera procedencia al lugar o localidad donde el adulto mayor permaneció mayor tiempo de vida hasta antes de residir en la comunidad donde vive actualmente. (22)

Respecto a este indicador, las personas que proceden de la costa tienen una relativa ventaja educacional, porque tienen mayores posibilidades de acceso a la educación, a los medios de comunicación y a los servicios de salud; las que proceden de la sierra afrontan el problema de contar con mayores índices de analfabetismo, un aislamiento en su mayoría de los servicios de salud formal y medios de comunicación; esta población trae consigo sus costumbres, tradiciones regionales que son transmitidos a sus conciudadanos, familiares y descendientes generando estilos de cultura, opciones económicas, sistemas de organización y creando una base para una nueva institucionalidad cultural que se expande. (26)

- **Tiempo de Permanencia en el lugar de Origen:** Tiempo que se vive en el lugar de nacimiento hasta el momento en que se emigra de él para radicar en otro lugar. (22)
- **Estado Conyugal:** Situación de convivencia del adulto mayor en relación a su pareja, sin tener en cuenta su estado legal. (27)

Los factores culturales están íntimamente relacionados con los aspectos culturales del individuo, el cual se describe en un cuerpo total de creencias comportamientos o conductas, valores y objetivos que señalan el modo de vida de un pueblo. La cultura

comprende las cosas que el pueblo tiene, las cosas que los individuos hacen y los que estos piensan.

Mediante el proceso de socialización, el individuo adquiere tales costumbres y creencias en el seno de su hogar que las aprende tan perfectamente que años después, gran parte de su conducta está condicionada por ellas (28); es así que la aceptación de un sistema de creencias, costumbres, técnicas, conocimientos que son utilizados para la curación de sus enfermedades- medicina tradicional tiene vigencia en su vida cotidiana. (29)

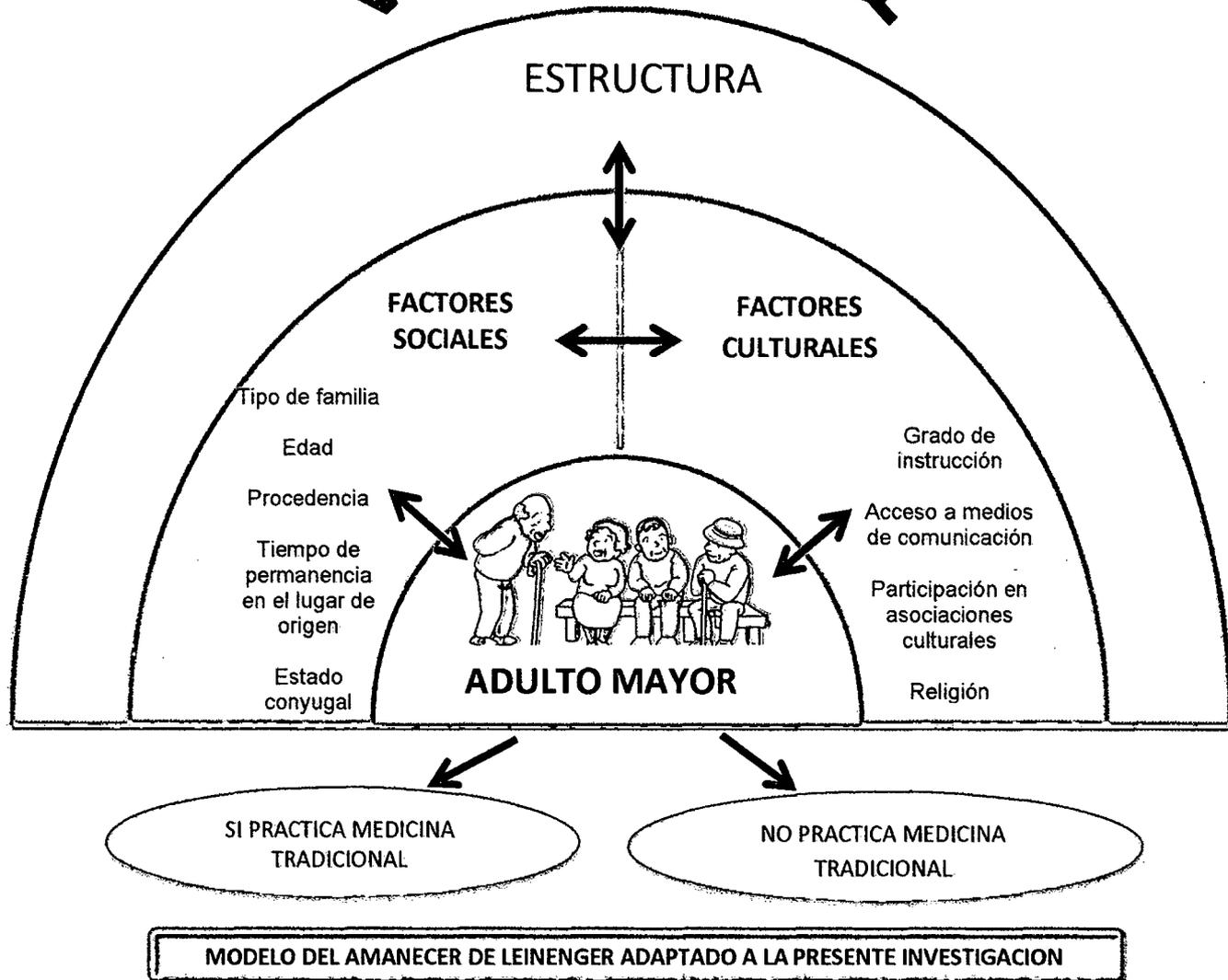
Los factores culturales incluyen indicadores como: grado de instrucción, acceso a medios de comunicación, participación en asociaciones culturales y religión.

- **Grado de instrucción:** Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario, terciario y universitario del sistema educativo no reformado, como la categorización del sistema educativo reformado (ciclos de Educación General Básica y Polimodal).(30)
- **Acceso a medios de comunicación:** Es la facilidad que tiene el adulto mayor para informarse de las situaciones o acontecimientos de la realidad local, nacional y mundial, utilizando los medios de comunicación que tiene a su alcance. (31)

- **Participación en asociaciones culturales:** Es la presencia continua o esporádica del adulto mayor, en las agrupaciones formales de personas constituidas para realizar una actividad colectiva de una forma estable, organizadas democráticamente, sin fines de lucro e independientes. (12, 31, 33)
- **Religión:** Es el conjunto de creencias y/o dogmas que profesa el adulto mayor con respecto a la vinculación del hombre con Dios. (34)

En tal sentido la práctica de la medicina tradicional dependerá de las influencias de algunos factores sociales y culturales básicamente, en la que resalta fundamentalmente la necesidad de un bienestar del adulto mayor determinando la práctica y no practica de la medicina tradicional.

# VISION MUNDIAL



### III. MATERIAL Y MÉTODO

#### 3.1 MÉTODO DE ESTUDIO:

El presente trabajo de investigación es de tipo **Descriptivo Correlacional** porque se aplicó a una sola población, la cual se describe en función a los objetivos; y es de corte **Transversal** porque se identificó las características de la unidad de análisis en un momento determinado y de inmediato se procedió a la descripción y análisis de los mismos, para luego determinar los factores sociales y culturales en la práctica de la medicina tradicional en el adulto mayor, del AA.HH. Luis Felipe de las Casas. Nuevo Chimbote - 2013.

#### 3.2 POBLACIÓN:

La Población estuvo conformada por 53 Adultos Mayores del AA.HH. Luis Felipe de las Casas, inscritos en el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Nuevo Chimbote.

##### 3.2.1 UNIDAD DE ANÁLISIS:

Adulto mayor del AA.HH. Luis Felipe de las Casas, inscrito en el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Nuevo Chimbote 2013.

##### 3.2.2 DISEÑO MUESTRAL:

Estuvo conformado por los Adultos mayores del AA.HH. Luis Felipe de las Casas, inscritos en el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Nuevo Chimbote 2013.

### 3.2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ✓ Adulto mayor de 65 años a más y de ambos sexos.
- ✓ Adulto mayor que participa en el "Centro Integral de Atención al Adulto Mayor" del AA.HH. Luis Felipe de las Casas. Nuevo Chimbote.
- ✓ Adulto Mayor orientado en tiempo, espacio y persona.
- ✓ Adulto Mayor que desea participar del estudio voluntariamente.
- ✓ Adulto mayor que hace uso de la medicina tradicional.

### 3.2.4 ASPECTOS ÉTICOS:

Se cumplió con los principios éticos como la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia; respetando la integridad de los Adultos Mayores que participaron en el "Centro Integral de Atención al Adulto Mayor" del AA.HH. Luis Felipe de las Casas. Nuevo Chimbote 2013.

- A. Autonomía:** Este concepto se está abriendo paso en nuestro entorno cultural, con muchas implicaciones, este principio exige el respeto a la capacidad de decisión de las personas, y el derecho a que se respete su voluntad, en aquellas cuestiones que se refieren a ellas mismas.
- B. Beneficencia:** Este principio o concepto evidentemente se refiere a la búsqueda del bien o beneficio del paciente

hospitalizado, a la protección de sus derechos, a la obligación de socorro y a las decisiones que pueda tomar.

- C. No maleficencia:** Se refiere a la obligación de no hacer daño, el respeto no sólo a la vida, sino a la calidad de vida del adulto mayor.
- D. Confidencialidad:** Cualquier información que proporcione la persona sujeta de estudio no será accesible a otras partes que no sean las involucradas en la investigación.
- E. Consentimiento informado:** A cada participante se le explicó el procedimiento a realizar con respecto al trabajo de investigación; donde fueron capaces de aceptar o no voluntariamente la invitación a participar, para la aplicación de los instrumentos.
- F. Justicia:** Este principio se refiere a la oportunidad de libre elección, en este caso los adultos mayores son responsables de sus decisiones como también de las consecuencias que a corto o largo plazo puedan presentar.
- G. Veracidad:** La información obtenida fue proporcionada directamente por los adultos mayores sin cambiar ningún dato y guardando la discreción del caso.

### **3.3 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:**

#### **A. VARIABLE INDEPENDIENTE**

##### **FACTORES SOCIALES**

###### **Definición Conceptual**

Conjunto de elementos existentes en las interacciones recíprocas y armónicas de la persona con la sociedad que potencialmente son capaces de influir sobre la práctica de la medicina tradicional. (22, 35)

Para esta investigación se consideraron los siguientes indicadores:

###### **a. Tipo de Familia**

- **Definición Conceptual**

Clasificación de la familia según la agrupación de sus miembros.  
(22)

- **Definición Operacional**

La escala de medición fue nominal:

- ✓ Nuclear
- ✓ Extendida
- ✓ Compuesta
- ✓ Monoparental

## **b. Edad**

- **Definición Conceptual**

Tiempo en años cumplidos que la persona ha vivido, a contar desde que nació hasta el día en que se aplique los instrumentos. (24, 25)

- **Definición Operacional**

La escala de medición fue ordinal:

- ✓ Senilidad Intermedia : 60 a 70 años
- ✓ Senilidad o Senectud : 70 a 80 años
- ✓ Longevidad : más de 80 años

## **c. Procedencia**

- **Definición Conceptual**

Se considera procedencia al lugar o localidad donde el adulto mayor permaneció mayor tiempo de vida hasta antes de residir en la comunidad donde vive actualmente. (22)

- **Definición Operacional**

La escala de medición fue nominal:

- ✓ Costa
- ✓ Sierra
- ✓ Selva

#### **d. Tiempo de Permanencia en el lugar de Origen**

- **Definición Conceptual**

Tiempo que se vive en el lugar de nacimiento hasta el momento en que se emigra de él para radicar en otro lugar. (22)

- **Definición Operacional**

La escala de medición fue de intervalo:

- ✓ 1 – 10 años
- ✓ 11 – 20 años
- ✓ 21 – 30 años
- ✓ Más de 30 años

#### **e. Estado Conyugal**

- **Definición Conceptual**

Situación de convivencia del adulto mayor en relación a su pareja, sin tener en cuenta su estado legal. (27)

- **Definición Operacional**

Se midió a través de la escala nominal:

- ✓ Soltero (a)
- ✓ Casado (a)

- ✓ Viudo (a)
- ✓ Divorciado (a)
- ✓ Conviviente

## **FACTORES CULTURALES**

### **Definición Conceptual**

Son condiciones integradas por un conjunto de conocimientos adquiridos y transmitidos, así como actividades, productos materiales, espirituales que distinguen a una sociedad de otra y que pueden influir potencialmente en la práctica de la medicina tradicional. (22)

Para efectos de la investigación se consideraron los siguientes indicadores:

#### **a. Grado de instrucción**

- **Definición Conceptual**

Nivel de educación que todo adulto mayor ha adquirido en el transcurso de su vida. (30)

- **Definición operacional**

Se midió a través de la escala nominal:

- ✓ Sin instrucción
- ✓ Primaria

- ✓ Secundaria
- ✓ Superior

## **b. Acceso a medios de comunicación**

- **Definición Conceptual**

Es la facilidad que tiene el adulto mayor para informarse de las situaciones o acontecimientos de la realidad local, nacional y mundial, utilizando los medios de comunicación que tiene a su alcance. (31)

- **Definición operacional**

Se midió a través de la escala nominal:

- ✓ Televisión
- ✓ Radio
- ✓ Periódico
- ✓ TV + Radio
- ✓ TV + Periódico
- ✓ TV + Radio + Periódico

### **c. Participación en asociaciones culturales**

- **Definición Conceptual**

Es la presencia continua o esporádica del adulto mayor, en las agrupaciones formales de personas constituidas para realizar una actividad colectiva de una forma estable, organizadas democráticamente, sin fines de lucro e independientes. (12, 32,33)

- **Definición operacional**

Se midió a través de la escala nominal:

✓ Si

✓ No

### **d. Religión**

- **Definición Conceptual**

Es el conjunto de creencias y/o dogmas que profesa el adulto mayor con respecto a la vinculación del hombre con Dios. (34)

- **Definición operacional**

Se midió a través de la escala nominal:

✓ Católico

✓ No católico

## **B. VARIABLE DEPENDIENTE**

### **PRÁCTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL**

#### **Definición Conceptual**

Es el conjunto de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, basados exclusivamente en la experiencia, la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra; utilizados en el cuidado de la salud del adulto mayor que opta por el uso de las diversas plantas medicinales (ruda, menta, romero, sauce, amapola, llantén, clavo de olor, menta, algarrobo, guayaba, etc.), animales(cuy, abejas, sanguijuelas, etc.) y/o minerales, terapias espirituales (limpias, baños) y técnicas manuales (masoterapia). (36, 37, 38)

#### **Definición Operacional**

Para efectos de la investigación se consideró la práctica de la medicina tradicional en los siguientes componentes: uso de plantas medicinales, animales, minerales, terapias espirituales y técnicas manuales.

Se midió en escala nominal:

- ❖ Si: se consideró cuando el adulto mayor practica algunos de los componentes de la medicina tradicional.
  - ✓ Plantas medicinales,
  - ✓ Animales,
  - ✓ Minerales

✓ Terapias espirituales

✓ Técnicas manuales

❖ No: se consideró cuando el adulto mayor no práctica ninguno de los componentes de la medicina tradicional anteriormente mencionados.

### 3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

**A. TECNICA:** Para la recolección de datos se empleó la siguiente técnica:

- ❖ **Entrevista:** La entrevista es una técnica directa e interactiva de recolección de datos, con una intencionalidad y un objetivo implícito dado por la investigación; orientada a obtener información de forma oral y personalizada sobre acontecimientos vividos y aspectos objetivos de los informantes en relación a la situación que se esté estudiando.  
(39, 40)

**B. INSTRUMENTOS:** Para la recolección de datos se emplearon dos instrumentos:

- ❖ **Cuestionario: “Factores Sociales y Culturales en la Práctica de la Medicina Tradicional en el Adulto Mayor” (Anexo Nro. 03)**

Este instrumento fue elaborado por los autores de la investigación, teniendo como base otras investigaciones como práctica de la medicina tradicional y algunos factores asociados. Estuvo dividida en dos etapas:

1. Para los Factores Sociales constó de 5 ítems.

- a. Tipo de Familia
- b. Edad
- c. Procedencia
- d. Tiempo de Permanencia en el lugar de Origen
- e. Estado Conyugal

2. Para los Factores Culturales constó de 4 ítems.

- a. Grado de instrucción
- b. Acceso a medios de comunicación
- c. Participación en asociaciones culturales
- d. Religión

❖ **Cuestionario: “La Práctica de la Medicina Tradicional en el Adulto Mayor” (Anexo Nro. 04)**

Esta encuesta constó de 5 ítems, considerándose la practica en diversos componentes como: plantas medicinales (ruda, menta, romero, sauce, amapola, llantén, clavo de olor, menta, algarrobo, guayaba, etc.), animales (cuy, abejas, sanguijuelas, etc.) y/o minerales, terapias espirituales (limpias, baños), técnicas manuales (masoterapia) y ejercicios; operacionalizandose según lo ya indicado.

### **3.5 VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS:**

- ❖ **La confiabilidad:** El instrumento se aplicó en una prueba preliminar a 10 Adultos Mayores que cumplan con los criterios de inclusión; los cuales fueron seleccionados al azar. La prueba estadística que se empleó para determinar la confiabilidad fue la del coeficiente de Alfa de Crombach.

(35)

- ❖ **La validez:** El instrumento del presente trabajo de investigación se realizó mediante juicio de expertos, para lo cual se consultó a personas especialistas en el tema. La validez estadística se realizó a través de la Correlación de Pearson. (22, 24)

### **3.6 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:**

- ❖ El presente trabajo de investigación se realizó en los adultos mayores del AA.HH. Luis Felipe de las Casas. Previamente se realizaron las coordinaciones respectivas y con ello se facilitó la aplicación de los instrumentos.
- ❖ Se solicitó la autorización a las autoridades pertinentes para la aplicación de los instrumentos (Municipalidad Distrital de Nuevo Chimbote).
- ❖ La recolección de los datos se hizo en forma directa con el adulto mayor, teniendo en cuenta los criterios de inclusión, derechos de anonimato, libre participación, privacidad y confidencialidad.
- ❖ Los investigadores acudimos a la Municipalidad Distrital de Nuevo Chimbote para la captación de los adultos mayores.
- ❖ Los instrumentos fueron aplicados exclusivamente por los investigadores.
- ❖ Una vez concluida la ejecución de los instrumentos se verificó que no existan errores y que estén completas las respuestas de cada ítem.
- ❖ Se consideraron aquellos instrumentos que estén correctamente llenados según cada ítem señalado.
- ❖ El tiempo prudencial para la aplicación de cada instrumento fue de 15 minutos.
- ❖ Terminada la aplicación de los instrumentos se procedió a realizar la tabulación respectiva.

### 3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS E INTERPRETACION DE DATOS:

El procesamiento y análisis estadístico se realizó en el Software especializado de estadística y epidemiología "SPSS". La información obtenida fue organizada y presentada en tablas y figuras; para la interpretación y análisis de los resultados, se utilizó el software SPSS en dos niveles: descriptivo y analítico.

- ❖ **A nivel descriptivo:** Se elaboraron cuadros estadísticos utilizando la estadística descriptiva, a través de frecuencias absolutas, promedio aritmético y media, porcentuales, en tablas unidimensionales y bidimensionales.
  
- ❖ **A nivel analítico:** Se aplicó la prueba de independencia de criterios (Chi cuadrado) para establecer la asociación de las variables independientes (Factores Sociales y Culturales) y la variable dependiente (Práctica de la Medicina Tradicional del Adulto Mayor). Así mismo, se utilizó la medida epidemiológica del ODD RATIO (OR) que representa el riesgo, mediante el cociente entre el número de veces que ocurre el suceso frente a cuántas veces no ocurre. Se tuvo en cuenta el nivel de significancia  $p < 0,05$  el coeficiente de correlación de Pearson. Las figuras estadísticas fueron elaboradas en Microsoft Excel 2010 según variables de estudio.

#### IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

##### 4.1 RESULTADOS:

**TABLA Nro. 01: PRACTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH. LUIS FELIPE DE LAS CASAS. NUEVO CHIMBOTE, 2013.**

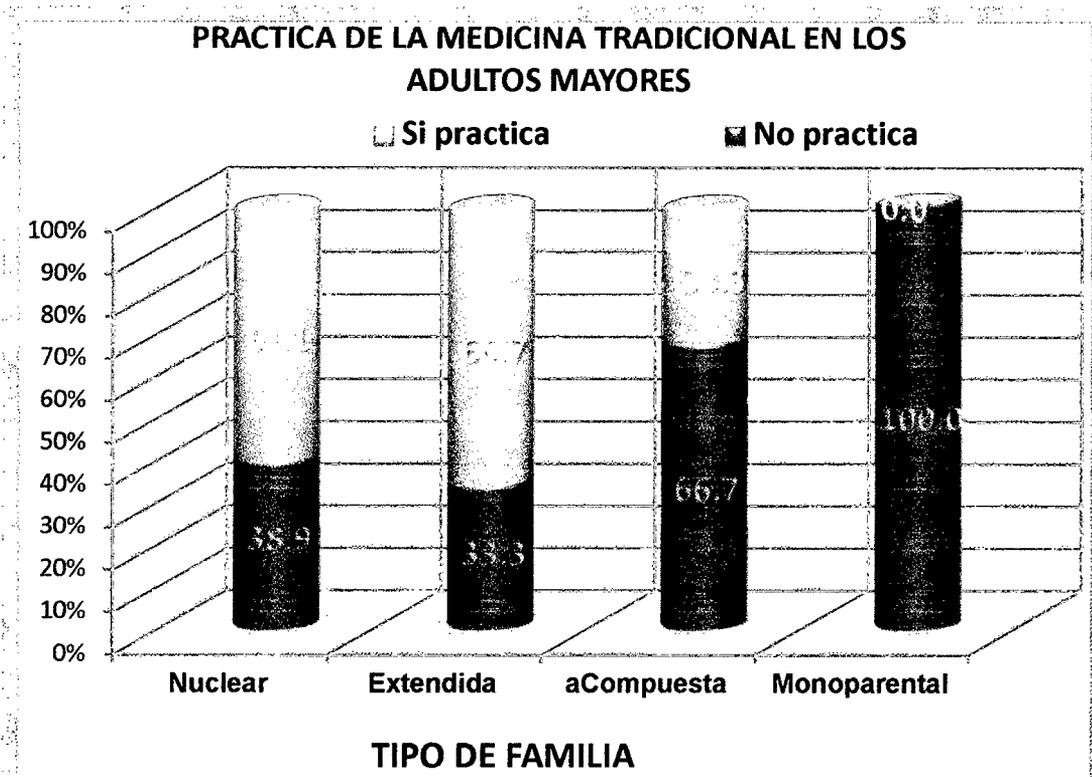
<b>PRACTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES</b>	<b>f<sub>i</sub></b>	<b>h<sub>i</sub></b>
No practica	23	43,4
Si practica	30	56,6
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>



**FIGURA Nro. 01:** PRACTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH. LUIS FELIPE DE LAS CASAS. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

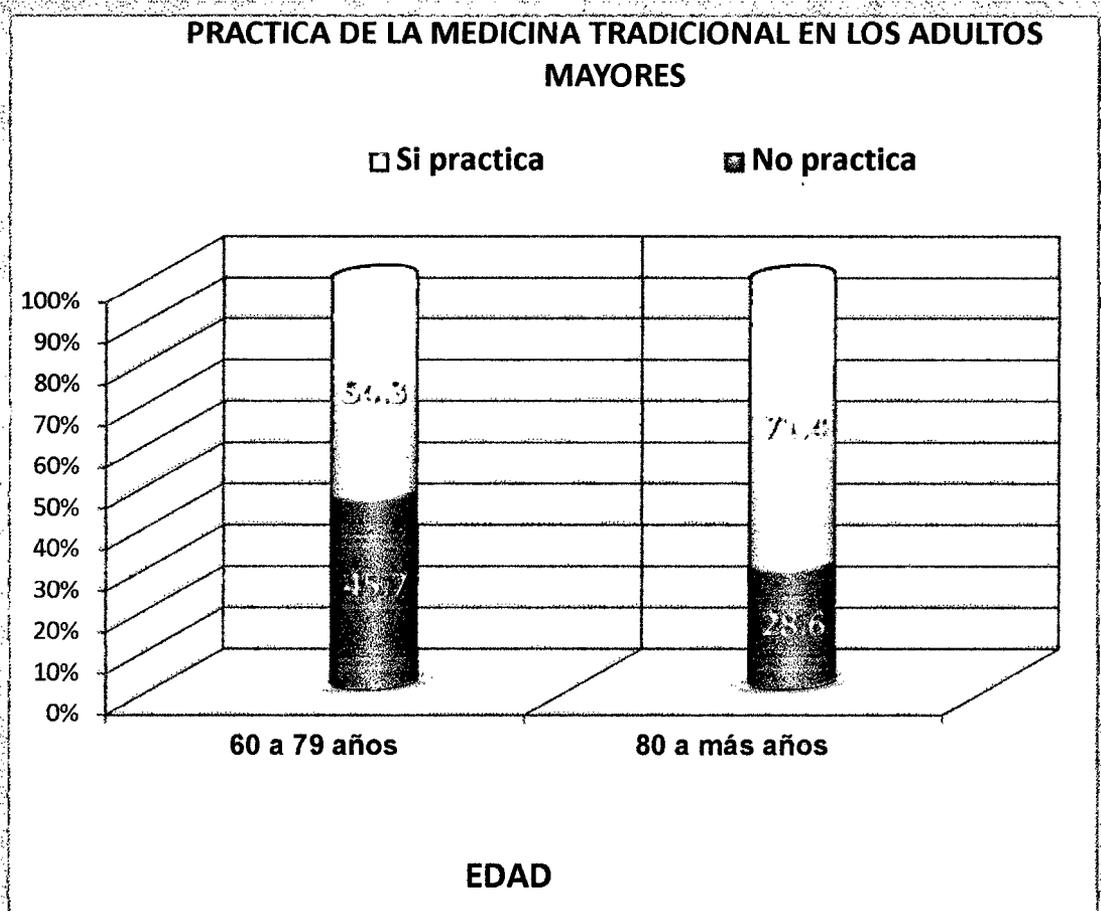
**TABLA No. 02: FACTORES SOCIALES Y PRACTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH. LUIS FELIPE DE LAS CASAS. NUEVO CHIMBOTE, 2013.**

FACTORES SOCIALES	PRACTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES				Total	
	No practica		Si practica		f <sub>i</sub>	h <sub>i</sub>
	f <sub>i</sub>	h <sub>i</sub>	f <sub>i</sub>	h <sub>i</sub>		
Total	23	43,4	30	56,6	53	100,0
<b>TIPO DE FAMILIA</b>						
Nuclear	7	38,9	11	61,1	18	34,0
Extendida	8	33,3	16	66,7	24	45,3
Compuesta	6	66,7	3	33,3	9	17,0
Monoparental	2	100,0	0	0,0	2	3,8
$X^2 = 5,731$ gl=2 p= 0,125 No Significativo OR= 3,2 Riesgo elevado						
<b>EDAD</b>						
60 a 79 años	21	45,7	25	54,3	46	86,8
80 a más años	2	28,6	5	71,4	7	13,2
$X^2 = 0,722$ gl=2 p= 0,3956 No Significativo OR= 2,1 Riesgo elevado						
<b>PROCEDENCIA</b>						
Costa	10	71,4	4	28,6	14	26,4
Sierra	13	37,1	22	62,9	35	66,0
Selva	0	0,0	4	100,0	4	7,5
$X^2 = 8,103$ gl=2 p= 0,017 Significativo OR= 5,0 Riesgo muy elevado						
<b>TIEMPO DE PERMANENCIA EN EL LUGAR DE ORIGEN</b>						
Menor igual a 30 años	17	56,7	13	43,3	30	56,6
Más de 30 años	6	26,1	17	73,9	23	43,4
$X^2 = 4,956$ gl=3 p= 0,0260 Significativo OR= 3,7 Riesgo elevado						
<b>ESTADO CONYUGAL</b>						
Soltero(a)	1	16,7	5	83,3	6	11,3
Casado(a)	9	45,0	11	55,0	20	37,7
Viudo(a)	8	47,1	9	52,9	17	32,1
Divorciado(a)	1	50,0	1	50,0	2	3,8
Conviviente	4	50,0	4	50,0	8	15,1
$X^2 = 2,036$ gl=4 p= 0,729 No Significativo OR= 1,4 Riesgo moderado						



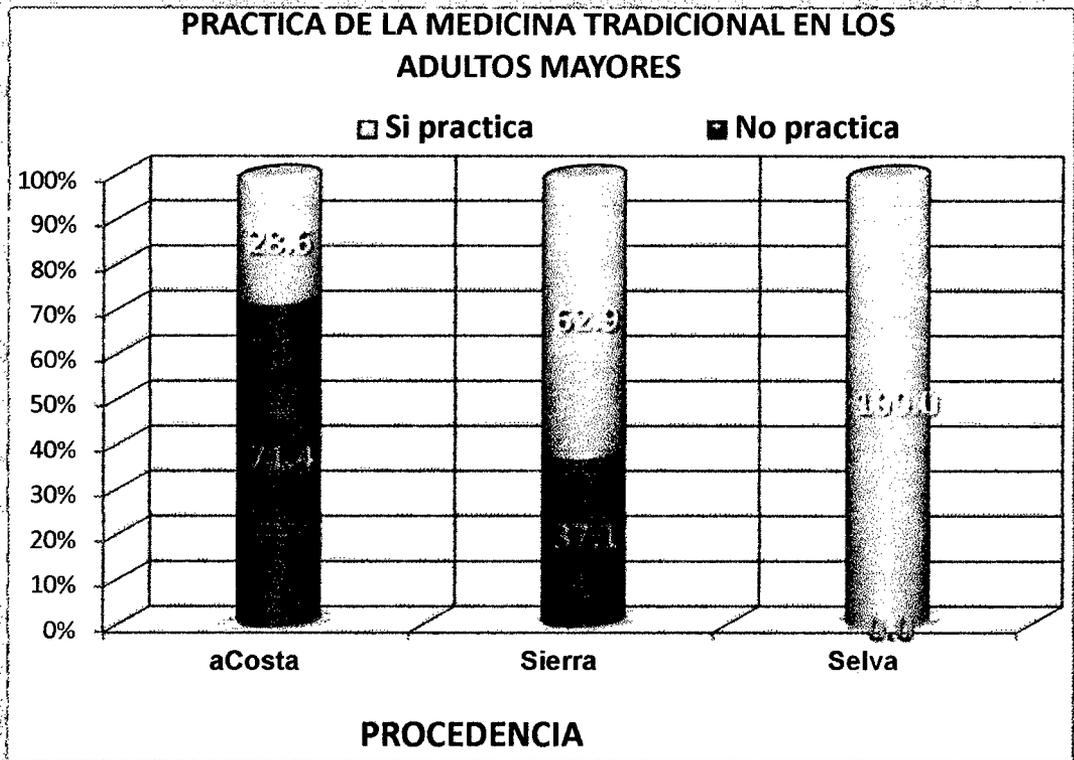
$\chi^2 = 5,731$   $gl=2$   $p = 0.125$  No Significativo  $^aOR = 3,2$  Riesgo elevado

**FIGURA Nro. 02:** TIPO DE FAMILIA Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH. LUIS FELIPE DE LAS CASAS. NUEVO CHIMBOTE, 2013.



$X^2 = 0,722$  gl=2  $p = 0.3956$  No Significativo OR = 2,1 Riesgo elevado

**FIGURA Nro. 03:** EDAD Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH. LUIS FELIPE DE LAS CASAS. NUEVO CHIMBOTE, 2013.



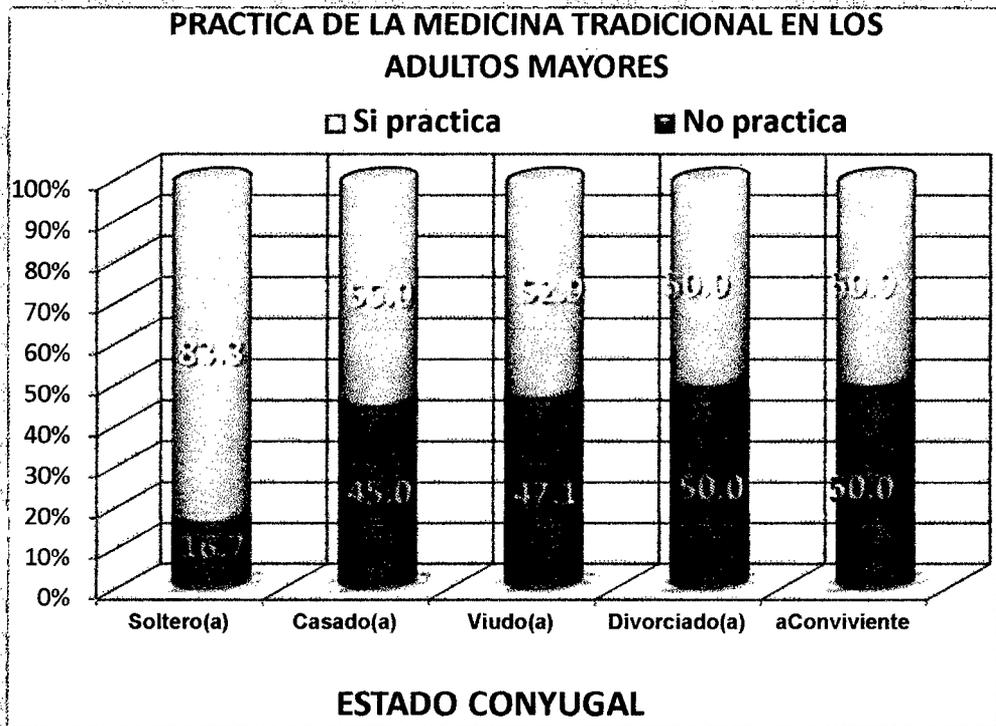
$\chi^2 = 8,103$  gl=2     $p = 0.017$  Significativo  $^aOR = 5,0$  Riesgo muy elevado

**FIGURA Nro. 04:** PROCEDENCIA Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH. LUIS FELIPE DE LAS CASAS. NUEVO CHIMBOTE, 2013.



$\chi^2 = 4,956$   $gl=3$   $p = 0.0260$  Significativo OR = 3,7 Riesgo elevado

**FIGURA Nro. 05:** TIEMPO DE PERMANENCIA EN EL LUGAR DE ORIGEN Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH. LUIS FELIPE DE LAS CASAS. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

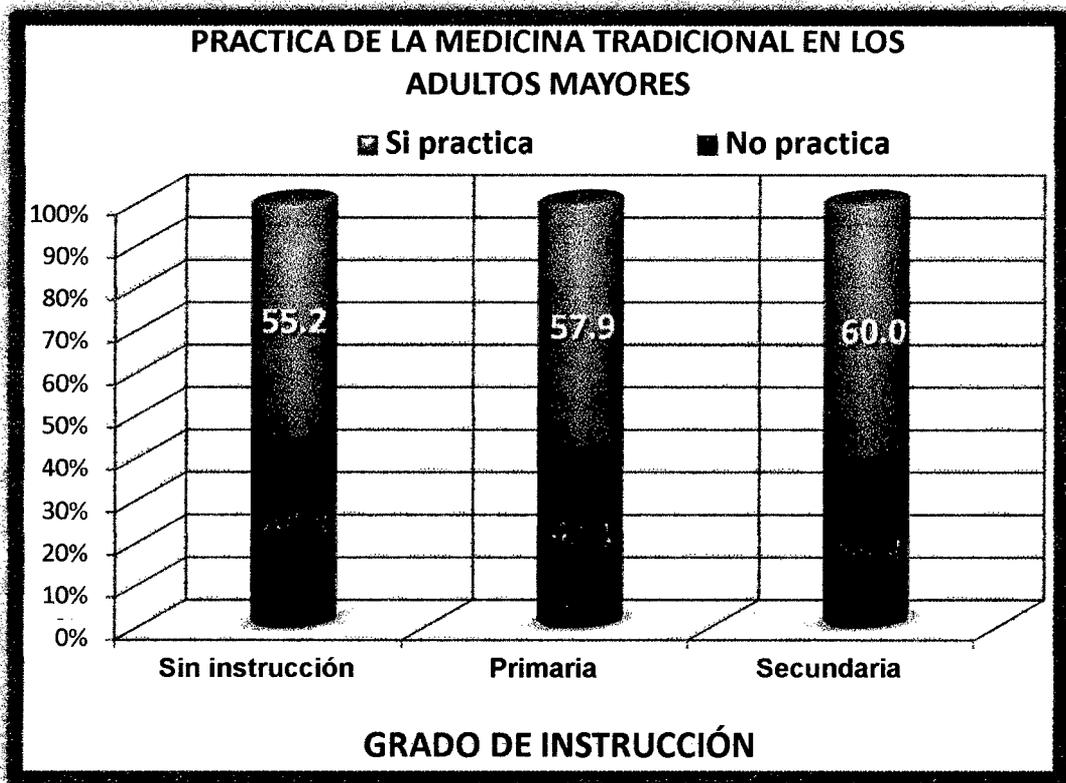


$\chi^2 = 2,036$  gl=4     $p = 0.729$  No Significativo     $^aOR = 1,4$  Riesgo moderado

**FIGURA Nro. 06:** ESTADO CONYUGAL Y PRACTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH. LUIS FELIPE DE LAS CASAS. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

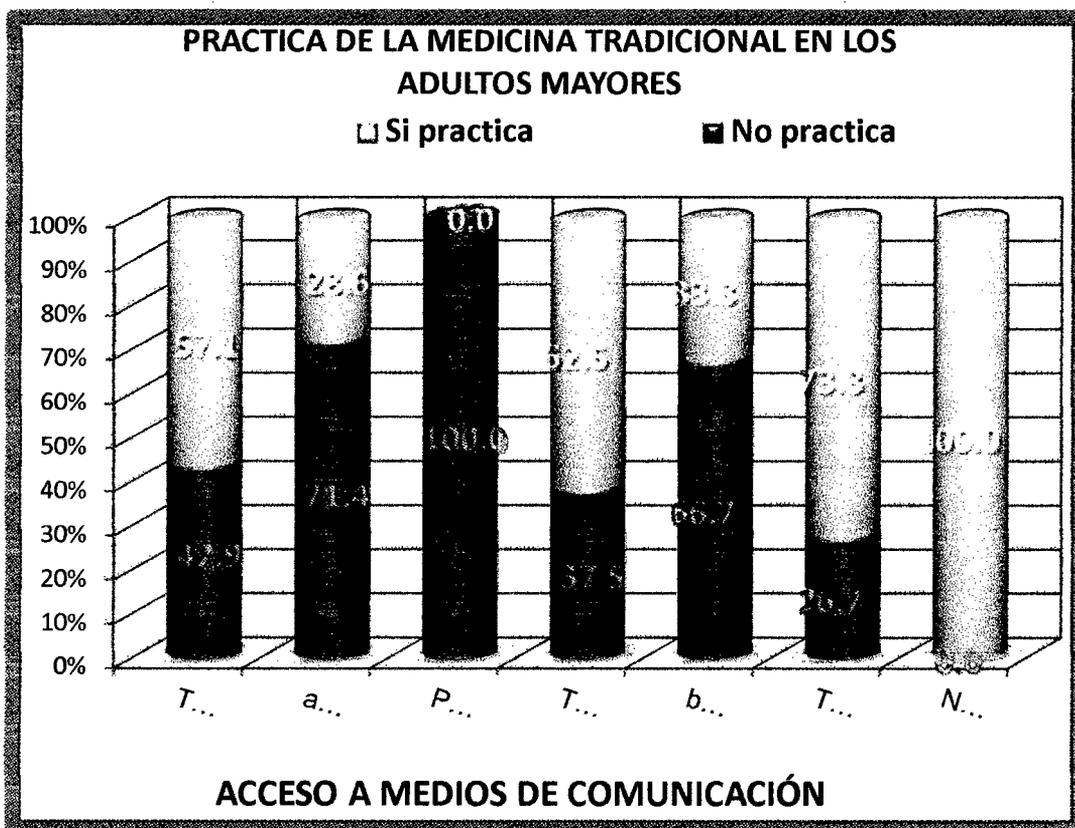
**TABLA Nro. 03: FACTORES CULTURALES Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH. LUIS FELIPE DE LAS CASAS. NUEVO CHIMBOTE, 2013.**

FACTORES CULTURALES	PRACTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES				Total	
	No practica		Si practica		f <sub>i</sub>	h <sub>i</sub>
	f <sub>i</sub>	h <sub>i</sub>	f <sub>i</sub>	h <sub>i</sub>		
TOTAL	23	43,4	30	56,6	53	100,0
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>						
Sin instruccion	13	44,8	16	55,2	29	54,7
Primaria	8	42,1	11	57,9	19	35,8
Secundaria	2	40,0	3	60,0	5	9,4
X <sup>2</sup> = 0,061 gl=2 p = 0,970 No Significativo						
<b>ACCESO A MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>						
Televisión (TV)	3	42,9	4	57,1	7	13,2
<sup>2</sup> Radio	5	71,4	2	28,6	7	13,2
Periodico	1	100,0	0	0,0	1	1,9
TV + Radio	6	37,5	10	62,5	16	30,2
<sup>3</sup> TV + Periódico	4	66,7	2	33,3	6	11,3
TV + Radio + Periódico	4	26,7	11	73,3	15	28,3
Ninguno	0	0,0	1	100,0	1	1,9
X <sup>2</sup> = 7,569 gl=6 p = 0,271 No Significativo <sup>1</sup> OR = 3,2 Riesgo elevado <sup>2</sup> OR = 2,9 Riesgo elevado						
<b>PARTICIPACIÓN EN ASOCIACIONES CULTURALES</b>						
Si	23	43,4	30	56,6	53	100,0
No	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>RELIGIÓN</b>						
No católico	7	50,0	7	50,0	14	26,4
Católico	16	41,1	23	58,9	39	73,6
X <sup>2</sup> = 0,338 gl=1 p = 0,561 No Significativo OR = 1,4 Riesgo moderado						



$\chi^2 = 0,061$  gl=2  $p = 0.970$  No Significativo

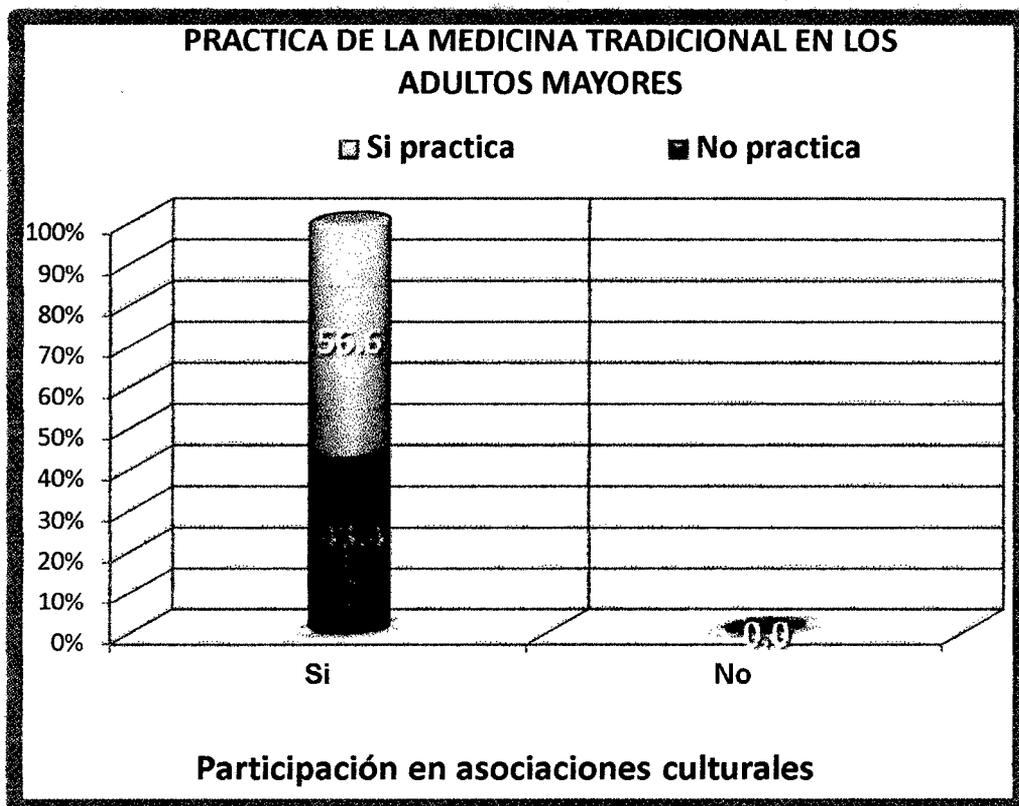
**FIGURA Nro. 07:** GRADO DE INSTRUCCIÓN Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH. LUIS FELIPE DE LAS CASAS. NUEVO CHIMBOTE, 2013.



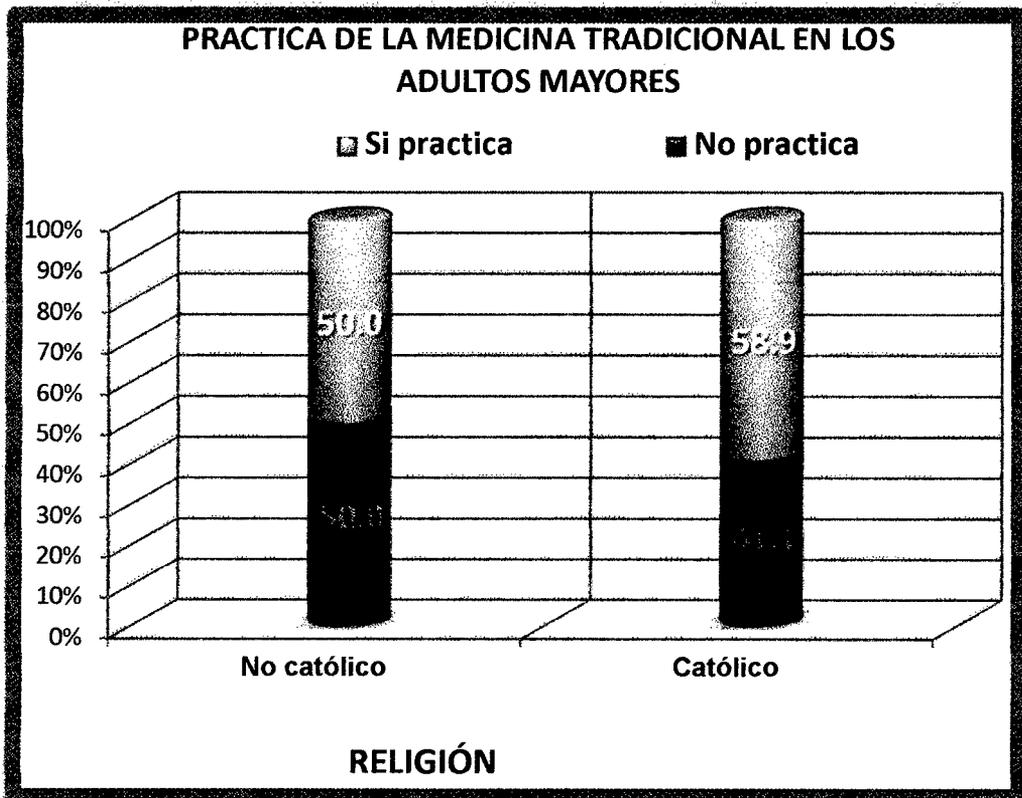
$\chi^2 = 7,569$   $gl=6$   $p = 0.271$  No Significativo

<sup>a</sup>OR = 3,2 Riesgo elevado <sup>b</sup>OR = 2,9 Riesgo elevado

**FIGURA Nro. 08:** ACCESO A MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH. LUIS FELIPE DE LAS CASAS. NUEVO CHIMBOTE, 2013.



**FIGURA Nro. 09:** PARTICIPACIÓN EN ASOCIACIONES CULTURALES Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH. LUIS FELIPE DE LAS CASAS. NUEVO CHIMBOTE, 2013.



$X^2 = 0,338$   $gl=1$   $p = 0.561$  No Significativo OR = 1,4 Riesgo moderado

**FIGURA Nro. 10:** RELIGIÓN Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL AA.HH. LUIS FELIPE DE LAS CASAS. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

## 4.2 ANALISIS Y DISCUSIÓN:

En la **Tabla N° 01**, sobre la práctica de la medicina tradicional en los adultos mayores, se observa que la mayoría de adultos mayores si practican la medicina tradicional (56,6%), y un 43,4% de adultos mayores no practican la medicina tradicional, es decir de cada 10 adultos mayores aproximadamente 4 no practican la medicina tradicional.

Estos resultados se asemejan al estudio realizado por Sánchez A. (2008), "Prácticas de auto-cuidado en el adulto mayor y uso de medicina tradicional", en donde los resultados mostraron que en general: El 44% de la población realiza práctica de baño corporal cada tercer día, 76.3% refiere considerar la medicina tradicional efectiva de la cual la más utilizada con un 60% es la Herbolaria. El 88.1% dice que la medicina tradicional que utiliza no es prescrita o atendida por algún profesional de salud, la mayoría de los entrevistado usa la manzanilla 35.6% en forma de té 76.9%. El 38.8% dijo haber aprendido la medicina tradicional de sus padres. Los resultados nos llevan a pensar que el adulto mayor hace uso en un mayor porcentaje de la medicina tradicional. (41)

También coinciden con el estudio realizado por Mena R. (2009), en el cual se obtuvo que la implementación de Medicina Tradicional en la práctica clínica es un coadyuvante importante para ver al adulto mayor como un todo. (42)

También coinciden con el estudio realizado por Bejarano I. (2004), el cual refiere que cuando hablamos de rescatar el saber de la medicina tradicional, no significa el oponerlo a la medicina científica, sino solamente tomarlo como punto de partida a fin de amplificar el proceso de aprehensión de la realidad cultural de las diferentes prácticas médicas populares. (43)

A diferencia con el estudio realizado por Videla N. (1994), quien plantea que el intento de incorporar conceptos de la medicina tradicional a la medicina científica "es una alternativa para países atrasados", y que en muchas ocasiones solemos escuchar afirmaciones en que la medicina tradicional es sólo una serie de creencias y costumbres basadas en la superstición, practicadas y transmitidas por los adultos mayores a sus hijos, muy lejos de los fundamentos comprobables de la medicina científica. (44)

De acuerdo con los resultados del presente estudio se obtuvo que un 56,6% de los adultos mayores si practican la medicina tradicional, por lo que nos damos cuenta que en nuestra sociedad el uso de la medicina tradicional es cada vez mayor debido a los resultados satisfactorios que estos proporcionan. Es necesario subrayar, que a diferencia de lo que refiere Videla N. (1994), una buena parte de los conocimientos con que se manejan los países del Norte, los desarrollados, provienen de la medicina tradicional.

En la Tabla N° 02, sobre los factores sociales y práctica de la medicina tradicional en los adultos mayores se observa lo siguiente:

- ✓ Respecto al tipo de familia, en la mayoría de adultos prevalece el tipo de familia extendida (45,3%), seguido del tipo nuclear (34,0%), con menor proporción el tipo compuesta (17,0%), y con mínima proporción el tipo monoparental (3,8%). Entre los adultos de tipo de familia compuesta y monoparental prevalece la no práctica de la medicina tradicional (66,7% y 100,0% respectivamente), a diferencia de los adultos de tipo de familia extendida y nuclear en quienes prevalece la práctica de medicina tradicional (66,7% y 61,1% respectivamente).
  
- ✓ Ante la prueba estadística del chi cuadrado, no existe relación significativa entre el tipo de familia y la práctica de la medicina tradicional ( $p=0,125$ ). Ante la prueba de riesgo, el tipo de familia compuesta se constituye en riesgo elevado para la no practica de la medicina tradicional ( $OR=3,2$ ), es decir, existe 3,2 veces más riesgo que los adultos no practiquen la medicina tradicional si es de tipo de familia compuesta.
  
- ✓ Sobre la edad de los adultos, prevalece la edad de 60 a 79 años de edad (86,8%), y con menor proporción los adultos de 80 a más años de edad (13,2%). Entre los adultos de los dos grupos etarios predomina la práctica de la medicina tradicional (54,3% y 71,4% respectivamente).

- ✓ Ante la prueba estadística del chi cuadrado, no existe relación significativa entre la edad y la práctica de la medicina tradicional ( $p=0,676$ ). Ante la prueba de riesgo, la edad de 60 a 79 años se constituye en riesgo elevado para la no practica de la medicina tradicional ( $OR=2,1$ ), es decir, existe 2,1 veces más riesgo que los adultos no practiquen la medicina tradicional si tiene entre 60 a 79 años de edad.
  
- ✓ Respecto a la procedencia, la mayoría de adultos procede de la sierra (66,0%), la cuarta parte de adultos procede de la costa (26,4%), y con mínima proporción proceden de la selva (7,5%). Entre los adultos que proceden de la costa prevalece la no práctica de la medicina tradicional (71,4%), a diferencia de los adultos que proceden de la sierra y de la selva, en quienes prevalece la práctica de medicina tradicional (62,9% y 100,0% respectivamente).
  
- ✓ Ante la prueba estadística del chi cuadrado, existe relación significativa entre la procedencia y la práctica de la medicina tradicional ( $p=0,017$ ). Ante la prueba de riesgo, proceder de la costa se constituye en riesgo muy elevado para la no practica de la medicina tradicional ( $OR=5,0$ ), es decir, existe 5 veces más riesgo que los adultos no practiquen la medicina tradicional si proceden de la costa.
  
- ✓ Sobre el tiempo de permanencia en el lugar de origen, la mayoría de adultos ha permanecido más de 30 años (43,4%), seguido de los que han permanecido de menor e igual a 30 años (56,6%). Entre los adultos que han

permanecido menor e igual a 30 años prevalece la no practica de la medicina tradicional (56,7%), a diferencia de los adultos que han permanecido más de 30 años en quienes prevalece la práctica de la medicina tradicional (73,9%).

- ✓ Ante la prueba estadística del chi cuadrado, existe relación significativa entre el tiempo de permanencia en el lugar de origen y la práctica de la medicina tradicional ( $p=0,0260$ ). Ante la prueba de riesgo, permanecer menor e igual a 30 años se constituye en riesgo elevado para la no practica de la medicina tradicional ( $OR=3,7$ ), es decir, existe 3,7 veces más riesgo que los adultos no practiquen la medicina tradicional si han permanecido menor e igual a 30 años en el lugar de origen.
  
- ✓ Respecto al estado conyugal, la mayoría de adultos refieren estar casados(as) y viudos(as) (37,7%, 32,1% respectivamente), seguido con menor proporción los convivientes (15,1%), los solteros(as) (11,3), y con mínima proporción los adultos divorciados(as) (3,8%). Entre los adultos divorciados(as) y convivientes, la mitad de ellos no practica la medicina tradicional (50,0% respectivamente), a diferencia de los adultos solteros(as), casados(as) y viudos(as) en quienes prevalece la practica la medicina tradicional (83,3%, 55,0% y 52,9% respectivamente).
  
- ✓ Ante la prueba estadística del chi cuadrado, no existe relación significativa entre el estado conyugal y la práctica de la medicina tradicional ( $p=0,729$ ). Ante la prueba de riesgo, el estado conyugal de conviviente se constituye

en riesgo moderado para la no practica de la medicina tradicional (OR=1,4), es decir, existe 1,4 veces más riesgo que los adultos no practiquen la medicina tradicional si su estado conyugal es de conviviente. (22)

En la **Tabla N° 03**, sobre los factores culturales y práctica de la medicina tradicional en los adultos mayores del AA.HH. Luis Felipe De Las Casas, Nuevo Chimbote, 2013, se observa lo siguiente:

- ✓ Respecto al grado de instrucción, en la mayoría de adultos se registra sin instrucción (54,7%), seguido de grado primaria (35,8%), y con mínima proporción de secundaria (9,4%). Entre los adultos de los tres grupos de grado de instrucción predomina la práctica de la medicina tradicional (55,2%, 57,9% y 60,0% respectivamente).
- ✓ Ante la prueba estadística del chi cuadrado, no existe relación significativa entre el grado de instrucción y la práctica de la medicina tradicional ( $p=0,970$ ).
- ✓ Sobre el acceso a medios de comunicación, la mayoría de adultos refiere tener acceso a TV + Radio (30,2%), seguido de TV + Radio + Periódico (28,3%), solo TV (13,2%), solo radio (13,2), TV + Periódico (11,3) y con mínima proporción solo periódico (1,9%), asimismo, el 1,9% refiere no tener acceso a ningún medio de comunicación. Entre los adultos que tienen acceso a solo periódico, solo radio y TV + Periódico prevalece la no practica

de la medicina tradicional (100,0%, 71,4% y 66,7% respectivamente), a diferencia de los adultos que tienen acceso a solo TV, TV + Radio y TV + Radio + Periódico, en quienes prevalece la práctica de medicina tradicional (57,1%, 62,5% y 73,3% respectivamente). Y el adulto que no tiene acceso a ningún medio de comunicación practica la medicina tradicional (100,0%).

- ✓ Ante la prueba estadística del chi cuadrado, no existe relación significativa entre el acceso a medios de comunicación y la práctica de la medicina tradicional ( $p=0,271$ ). Ante la prueba de riesgo, el tener acceso a la radio y a la TV + Periódico se constituyen en riesgo elevado para la no practica de la medicina tradicional ( $OR=3,2$  y  $OR=2,9$  respectivamente), es decir, existe 3,2 y 2,9 veces mas riesgo que los adultos no practiquen la medicina tradicional si tienen acceso a la Radio y a la TV + Periódico respectivamente.
- ✓ Respecto participación en asociaciones culturales, todos los adultos (100,0%) refieren participar en asociaciones culturales.
- ✓ Por registrarse valor cero en uno de los totales marginales no se puede calcular la prueba estadística del chi cuadrado.
- ✓ Sobre la religión, la mayoría de adultos refiere ser católico (73,6%), seguido de los adultos no católicos (26,4%). Entre los adultos no católicos (50,0%) no practica de la medicina tradicional, a diferencia de los adultos católicos en quienes prevalece la práctica de la medicina tradicional (58,9%).

- ✓ Ante la prueba estadística del chi cuadrado, no existe relación significativa entre el grado la religión y la práctica de la medicina tradicional ( $p=0,561$ ). Ante la prueba de riesgo, el ser no católico se constituye en riesgo moderado para la no practica de la medicina tradicional ( $OR=1,4$ ), es decir, existe 1,4 veces más riesgo que los adultos no practiquen la medicina tradicional si son no católicos.

## V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1 CONCLUSIONES:

En base a los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación se detalla las siguientes conclusiones:

- En los adultos mayores del AA.HH. Luis Felipe de las Casas. Nuevo Chimbote - 2013., se observa que la mayoría de adultos si practica la medicina tradicional (56,6%), y un 43,4% de adultos no practica la medicina tradicional, es decir de cada 10 adultos 4 aproximadamente no practica la medicina tradicional.
- En cuanto la relación que existe sobre algunos factores sociales y práctica de la medicina tradicional en los adultos mayores del AA.HH. Luis Felipe De Las Casas, Nuevo Chimbote, 2013, se observa lo siguiente:
  - ✓ El tipo de familia compuesta se constituye en riesgo elevado para la no practica de la medicina tradicional (OR=3,2),
  - ✓ Los adultos que comprenden entre las edades de 60 a 79 años se constituye en riesgo elevado para la no practica de la medicina tradicional (OR=2,1).
  - ✓ Los adultos mayores que proceden de la costa se constituye en riesgo muy elevado para la no practica de la medicina tradicional (OR=5,0).

- ✓ Los adultos mayores que permanecen menor e igual a 30 años se constituye en riesgo elevado para la no practica de la medicina tradicional (OR=3,7).
- ✓ El estado conyugal de conviviente se constituye en riesgo moderado para la no practica de la medicina tradicional (OR=1,4).
- En cuanto la relación, sobre los factores culturales y práctica de la medicina tradicional en los adultos mayores del AA.HH. Luis Felipe De Las Casas, Nuevo Chimbote, 2013, se observa lo siguiente:
  - ✓ Respecto al grado de instrucción, ante la prueba estadística del chi cuadrado, no existe relación significativa entre el grado de instrucción y la práctica de la medicina tradicional ( $p=0,970$ ).
  - ✓ El tener acceso a la radio y a la TV + Periódico se constituyen en riesgo elevado para la no practica de la medicina tradicional (OR=3,2 y OR=2,9 respectivamente),
  - ✓ Los adultos (100,0%) refieren participar en asociaciones culturales.
  - ✓ El ser no católico se constituye en riesgo moderado para la no practica de la medicina tradicional (OR=1,4).

## **5.2 RECOMENDACIONES:**

En base a lo investigado, a los resultados y conclusiones, se recomienda lo siguiente:

- La realización de trabajos de investigación sobre este tema; que ayuden a enriquecer la información sobre la práctica de la medicina tradicional en la población de los adultos mayores como una alternativa para este grupo etareo y que sean guiados por profesionales expertos en el área.
- Desarrollar proyectos de capacitación en la Práctica de la Medicina Tradicional, tanto a profesionales de salud como a la población en general.
- Dada la diversidad cultural de la población, respetar sus costumbres y creencias respecto al uso de la medicina tradicional, reforzando sobre sus beneficios.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2008). Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/es/index.html>.  
Visitado el día: 20.06.2012.
2. VELA, A. (2005). Plantas medicinales domésticas. Ed. Consejo de enfermería de la Comunidad Valenciana, Alicante.
3. MENDIBURU, M. (1989). Cultura y salud. Universidad Nacional del Santa, 1ra ed. Chimbote – Perú. pág. 56.
4. BLECH, J. (2005). Los inventores de enfermedades. Círculo de lectores. Barcelona.
5. PASARI, M. (1991). Animación del patrimonio folklórico e indígena. Lima – Perú. pág. 48-54.
6. SILVA, S. (1988). Antropología: Conceptos y Nociones Generales Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tercera Reimpresión. Lima-Perú. pág. 370-372.
7. CLERISME, R. (1985). Medicina Tradicional y Moderna en Haití. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. IIC. Nº 2. Chile. pág. 69-74.

8. LOPEZ, S. y Otros (1986). Líderes Informales de Salud. Cuaderno Medico Social. Vol. XXVI, N°3. Chile: Pág. 111-118.
  
9. LOZANO, S. (1992). El Rostro de la Brisa: Chimbote en su Literatura. Ed. Libertad. Trujillo-Perú. pág. 20-23.
  
10. NEYRA, M. (1989). Medicina Folklórica: Algunos Factores Socio-Económicos y Culturales de Madres de menores de 5 años que consultan al Curandero en Villa María del Perpetuo Socorro-Lima. Tesis para optar el grado de bachiller en Enfermería. Universidad Cayetano Heredia.
  
11. VERA, P. (1989). Medicina Moderna Norperuana. Distrito de Catacaos, Proyecto de Investigación para optar el título de Licenciado en Antropología Social. Trujillo-Perú.
  
12. FLORES, G.J. (1997). "Algunos factores sociales, económicos y culturales que influyen en la práctica de la medicina tradicional en la familia de la comunidad de Villa María- Nuevo Chimbote". Tesis para optar el grado de bachiller en Enfermería. Universidad Nacional del Santa. pág. 7-8.
  
13. RODRIGUEZ, L. (2008). Trabajo para el III Congreso de Asociación Latino Americana. Córdoba – Argentina.

14. CEDEÑO, M. (2007). Medicina y Salud. Disponible en: <http://salud.cibercuba.com/node/371>. Visitado el día: 05.07.2012.
15. DJANGMAH, J. y Otros. (2007) El Acceso a la educación básica en Ghana, Consorcio para el Acceso Educativo, las Transiciones y la Equidad (CREE). Accra.
16. REYES, Y. y LOBAINA, E. (2002). Artículos Originales. Aplicación de la Medicina Tradicional en el Adulto Mayor. Cuba.
17. GOICOCHEA, E. (2012). Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria. Perú.
18. MENÉNDEZ, E. (1984). El Modelo Médico Hegemónico: Transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México. Arxiu D'Etnografia de Catalunya N° 3. Disponible en <http://antropologia.urv.es/AEC/PDF/N3/articles/modelo.pdf>. Visitado el día: 05.012.2013.
19. TORRES, Y. (2004). Medicina alternativa y complementaria en la ciencia médica. Inicios. Cuadernos Médico Sociales. Pág. 74 - 88. Disponible en

[http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/publicaciones/cuadernos/44\\_4.pdf](http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/publicaciones/cuadernos/44_4.pdf). Visitado el día: 05.012.2013.

20. Sílabo de Medicina Tradicional. (2011). Escuela de Enfermería – UCV
21. GUIBOVICH DEL CARPIO, M. Lorgio, (2000) Medicina Folclorica en el Antiguo Perú y su Proyección en el mundo Moderno. CONCYTEC. Publicaciones Guibodelcar. Universidad Federico Villarreal Facultad de Ciencias Sociales .Lima-Perú pág. 31-32; 48-52.
22. DURÁN, J. (2001). “Etapas de la vida humana”. Diccionario Enciclopédico Bruguera. Disponible en: <http://html.rincondelvago.com/etapas-de-la-vida-humana.html>. Visitado el día: 16.07.2012.
23. ESTRADA, L. (2010). El ciclo vital de la familia, México: Grijalbo. Pág. 5-9.
24. LOPEZ, A. (2003). Diccionario Enciclopédico Universal. 1ra ed. Ed. Cultural. Madrid - España.
25. GAMARRA, S. (1999). Aprendiendo a Vivir Mejor. 2da ed. Ed. San Lucas. Perú. pág. 3-6.

- 26. VALDIZAM, A. (2009).** La medicina popular peruana. Impresión Torres Aguilar. Lima- Perú. Pág. 23-20
- 27. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS E INFORMÁTICA (INEI).** (2007). "Perfil Socio- Demográfico de la tercera Edad". Perú. Disponible en: <http://www1.inei.gob.pe/biblioineipbancopub/Est/.htm>. Visitado el día: 16/07/2012.
- 28. MART, M. (2008).** Desborde Popular y Crisis del Estado. Instituto de Estudios Peruanos, Decima Edición. Lima- Perú. Pg. 3-4.
- 29. Situación actual de la medicina naturista. (2012).** Disponible en [http://www.asociacionnaturista.com/la\\_medicina\\_naturista\\_actu\\_al.html](http://www.asociacionnaturista.com/la_medicina_naturista_actu_al.html). Visitado el día: 05.012.2013.
- 30. MORDUCHOWICZ, R. y Otros (2006).** "Los medios de comunicación en la Escuela: un abordaje reflexivo, una actitud crítica". Pág.16-20.
- 31. VASQUEZ, B. (1996).** "Bienestar percibido por el adulto mayor en el club IPSS". Chimbote- Perú.

- 32. GARCÍA C. (2003).** " Algunos interrogantes para el análisis jurídico del voluntariado". VI Jornadas de Voluntariado Cultural, Pontevedra, 17-18 de Junio de 2003. pág. 5-6.
- 33. BIBLIOTECA DE CONSULTA MICROSOFT ENCARTA (2005).** Microsoft Corporation. Disponible en: [www.microsoft.com/latam/encarta2005](http://www.microsoft.com/latam/encarta2005). Visitado el día: 16/07/2012.
- 34. GONZALEZ, J. y LORCA, M. (2004).** "Técnicas para una adecuada entrevista" Departamento de Enseñanza Clínica del Derecho. Universidad de Chile. Disponible en: <http://www.derecho.uchile.cl/cdrc/superior/aporte/entrevistas.pdf>. Visitado el día: 19.07.2012.
- 35. HAWA BOUARÉ (2009).** Educación superior y la crisis en la educación superior en Malí. Tesis doctoral en Ciencias Sociológicas, Universidad de Oriente. pág. 34.
- 36. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (2002).** "Medicina Tradicional". Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/portal/jerarquia/7/53/medicina-tradicional/jer.53>. Visitado el día: 16/07/2012
- 37. DICCIONARIO DIDÁCTICO EDUCATIVO SANTA FE DE BOGOTÁ.** Padilla Duque editores ilimitada 1996. pág. 904.

- 38.** OPS, (2005) "Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud". Serie de Informes Técnicos, Citado por OPS – OMS. Guatemala. pág. 7 y 8.
- 39.** FOLGEIRAS, B. (2009). Métodos y técnicas de recogida y análisis de información cualitativa. Presentación. Disponible en: [http://www.fvet.uba.ar/postgrado/especialidad/power\\_taller.pdf](http://www.fvet.uba.ar/postgrado/especialidad/power_taller.pdf)
- 40.** QUINTERO, M. (1994). El autocuidado: La atención de los ancianos un desafío para los años noventa. OPS Washington: Publicación Científica.
- 41.** SÁNCHEZ, A. (2008). "Prácticás de auto-cuidado en el adulto mayor y uso de medicina tradicional en el hogar" disponible en: [http://www.uagro.mx/usr/admin/investigacion/ponencias/biomedicas/biomedicas/biom%20\(3\).pdf](http://www.uagro.mx/usr/admin/investigacion/ponencias/biomedicas/biomedicas/biom%20(3).pdf)
- 42.** MENA, R. (2009). Medicina en Salud Pública. Buenos Aires, Edit. Ediciones Yanina.
- 43.** BEJARANO, I. (2004) "Nuevito de enfermar, facilito de sanar". Aplicaciones de la medicina tradicional en un barrio de la Ciudad de San Salvador de Jujuy, Argentina. Kallawaya. Nueva Serie. Salta–La Plata.

**44. VIDELA, M. (1991) Prevención. Intervención Psicológica en Salud Comunitaria. Buenos Aires, Edit. Ediciones Cinco, Colección Texto y Contexto.**

# **ANEXOS**

**ANEXO Nro. 01**

**ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo ..... tomo conocimiento de ser participe de una investigación desarrollada por las Tesistas de la Universidad Nacional del Santa para optar al Título de Licenciado (a) en Enfermería.

La información que entrego a través de los cuestionarios es de carácter anónimo y confidencial, en la que los datos serán usados solo con fines de la investigación.

Nuevo Chimbote,..... del 2013

DNI: .....

FIRMA: .....

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA  
FACULTAD DE CIENCIAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**CUESTIONARIO SOBRE “FACTORES SOCIALES Y CULTURALES EN LA  
PRACTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN EL ADULTO MAYOR”**

**INTRODUCCION:** Estimado (a) Sr. (a) solicito a Ud. su colaboración contestando las preguntas que a continuación le realizare, los resultados servirán para conocer algunos aspectos en la Práctica de la Medicina Tradicional. Agradecemos de ante mano su atención y colaboración.

Acepta Ud. participar en la investigación y contestar honestamente las siguientes preguntas:

- Sí
- No

**I. DATOS SOCIALES Y CULTURALES DEL ENCUESTADO:**

❖ **FACTORES SOCIALES**

1. Tipo de Familia:

- Nuclear
- Extendida
- Compuesta
- Monoparental

2. Edad:

- 60 a 70 años
- 70 a 80 años
- Más de 80 años

3. Procedencia:

- Costa
- Sierra
- Selva

4. Tiempo de Permanencia en el Lugar de Origen:

- Menos de 10 años
- 11 – 20 años
- 21 – 30 años
- Más de 30 años

5. Estado Conyugal:

- Soltero (a)
- Casado (a)
- Viudo (a)
- Divorciado (a)
- Conviviente

❖ **FACTORES CULTURALES**

1. Grado de instrucción

- Sin instrucción

- Primaria
- Secundaria
- Superior

## 2. Acceso a medios de comunicación

- Televisión
- Radio
- Periódico
- TV + Radio
- TV + Periódico
- TV + Radio + Periódico
- Otros: .....

## 3. Participación en asociaciones culturales

- Si
- No

## 4. Religión

- Católico
- No Católico

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA  
FACULTAD DE CIENCIAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**CUESTIONARIO SOBRE “LA PRACTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL  
EN EL ADULTO MAYOR”**

**INTRODUCCION:** Estimado (a) Sr. (a) solicito a Ud. su colaboración contestando a las preguntas que a continuación le realizare, los resultados servirán para conocer algunos aspectos en la Práctica de la Medicina Tradicional. Agradecemos de ante mano su atención y colaboración.

Acepta Ud. participar en la investigación y contestar honestamente las siguientes preguntas:

- Sí
- No

**PRACTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL**

**A. ¿Usted ha utilizado alguna(s) Planta(s) Medicinal(es) en este último año?**

- 1. SI: ( )
- 2. NO: ( )

**B. ¿Usted ha utilizado algún(os) animal(es) para curación de males, sustos, etc. en este último año?**

- 1. SI: ( )
- 2. NO: ( )

**C. ¿Usted ha utilizado algún(os) mineral(es) en este último año?**

1. SI: ( )

2. NO: ( )

**D. ¿Usted ha utilizado alguna(s) Terapia(s) Espiritual(es) en este último año?**

1. SI: ( )

2. NO: ( )

**E. ¿Usted ha utilizado alguna(s) Técnica(s) Manual(es) en este último año?**

1. SI: ( )

2. NO: ( )