



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON  
FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACION CONTINUA  
DECIMO CUARTA JORNADA REGIONAL DE RESIDENCIA MEDICA  
CAJA NACIONAL DE SALUD  
MEDICINA FAMILIAR

CREENCIAS, CONDUCTAS Y APOYO  
INFORMACIONAL EN LOS ASEGURADOS  
DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD  
COCHABAMBA. 1999

AUTOR:

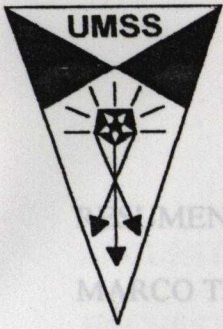
Dr. ROLANDO HERRERA GUTIERREZ

TUTOR:

Dr. HENRY SOLÍS FUENTES

COCHABAMBA - BOLIVIA  
2000

MED.  
Tesis  
H 565 C  
2000



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN**  
**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACION CONTINUA**  
**DECIMO CUARTA JORNADA REGIONAL DE RESIDENCIA MEDICA**  
**CAJA NACIONAL DE SALUD**  
**MEDICINA FAMILIAR**

MARCO TEORICO .....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	9
OBJETIVO GENERAL .....	9
OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	9
TIPO DE INVESTIGACION .....	11
<b>CREENCIAS, CONDUCTAS Y APOYO</b>	
<b>INFORMACIONAL EN LOS ASEGURADOS</b>	11
<b>DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD</b>	11
<b>COCHABAMBA. 1999</b>	11
MUESTRA .....	11
PROCESO .....	11
VARIABLES .....	12
RESULTADOS .....	13
<b>AUTOR:</b>	15
<b>Dr. ROLANDO HERRERA GUTIÉRREZ</b>	
RECOMENDACIONES .....	16
<b>TUTOR:</b>	17
<b>Dr. HENRY SOLÍS FUENTES</b>	
ANEXOS .....	18

## INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

### INDICE

N° PAGINA

N° PAGINA

RESUMEN	19
ENCUESTADOS SEGUN GRUPO ETAREO .....	19
MARCO TEORICO .....	1
ENCUESTADOS SEGUN GENERO .....	20
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	9
ENTREVISTADOS SEGUN PROCEDENCIA .....	21
OBJETIVO GENERAL .....	9
RELIGION QUE PROFESAN LOS ENTREVISTADOS.....	22
OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	9
CREENCIAS SEGUN ORIGEN DIVINO DE LA ENFERMEDAD .....	23
TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	11
MEDICO FAMILIAR RESPETA LAS CREENCIAS .....	24
MATERIAL Y METODOS .....	11
PREFERENCIA RESPECTO A MEDICINA FAMILIAR .....	25
UNIVERSO .....	11
INFLUENCIA SOCIAL Y MEDICINA TRADICIONAL.....	26
MUESTRA .....	11
PARTICIPACION EN RITUAL DE CURACION.....	27
PROCESO .....	11
INFLUENCIA DE RED SOCIAL EN CREENCIAS.....	28
VARIABLES .....	12
APOYO FAMILIAR Y SOCIAL EN CONSULTA MEDICA.....	29
RESULTADOS .....	13
DISCRIMINACION DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL .....	30
CONCLUSIONES .....	15
APOYO EMOCIONAL-INFORMACIONAL (ESCALA DE LIKERT.....	31
RECOMENDACIONES .....	16
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA .....	17
ANEXOS .....	18

## INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

N° PAGINA

ENCUESTADOS SEGÚN GRUPO ETAREO.....	19
ENCUESTADOS SEGÚN GENERO ...	20
ENTREVISTADOS SEGÚN PROCEDENCIA .....	21
RELIGION QUE PROFESAN LOS ENTREVISTADOS.....	22
CREENCIAS SEGÚN ORIGEN DIVINO DE LA ENFERMEDAD .....	23
MEDICO FAMILIAR RESPETA LAS CREENCIAS .....	24
PREFERENCIA RESPECTO A MEDICINA FAMILIAR .....	25
INFLUENCIA SOCIAL Y MEDICINA TRADICIONAL.....	26
PARTICIPACION EN RITUAL DE CURACION.....	27
INFLUENCIA DE RED SOCIAL EN CREENCIAS.....	28
APOYO FAMILIAR Y SOCIAL EN CONSULTA MEDICA.....	29
DISCRIMINACION DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL .....	30
APOYO EMOCIONAL-INFORMACIONAL (ESCALA DE LIKERT).....	31

Se concluye que la vigencia de las creencias y su interrelación con el modelo etnofisiológico y la cosmovisión andina no han perdido vigencia, siendo la familia el gran núcleo de información y transmisión de creencias, empero el respeto a la opinión médica sigue siendo fundamental en la interpretación del proceso dinámico de la salud y la enfermedad.

## RESUMEN

Las perspectivas para entender el mundo pueden variar por la cultura. En nuestro medio la simbiosis de interpretaciones entre las causas de la enfermedad se relacionan con creencias, actitudes y valores del individuo y su enfoque el proceso de salud.

El objetivo del presente trabajo es el de identificar las conductas, y creencias de los asegurados y relacionarlos al apoyo social, emocional e informacional en el proceso salud y enfermedad.

Con este motivo se realizó un estudio descriptivo, transversal e institucional, durante el segundo semestre de 1999 en el Policonsultorio N° 32 de la Caja Nacional de Salud de Cochabamba.

Se utilizó para este efecto un cuestionario de investigación social y actitudes, relacionándolo con el Cuestionario MOS de apoyo social, el cual fue evaluado mediante la escala de Likert, circunscribiéndose el apoyo emocional e informacional.

Se obtuvieron los siguientes resultados: Un 32% de los pacientes cree en un origen divino de la enfermedad, el 68% restante comprende un modelo biomédico para explicar el proceso de la enfermedad. El 21,42% de los pacientes opina que casi siempre lo hace. El 70% de los asegurados prefiere una consulta prioritaria con el médico antes que utilizar servicios alternativos. El 46,42% opina que existe en algunas ocasiones influencia social respecto a la Medicina tradicional. Una gran mayoría, el 72,32% no participó nunca de un rito de "curación", no obstante un 26% si lo hizo. La red social mayormente (52,67%) no influye en las creencias respecto a la enfermedad. Un 77% dispone de apoyo social y familiar en la consulta médica, siendo la familia el gran aporte emocional e informacional.

Se concluye que la vigencia de las creencias y su interrelación con el modelo etnofisiológico y la cosmovisión andina no han perdido vigencia, siendo la familia el gran núcleo de información y transmisión de creencias, empero el respeto a la opinión médica sigue siendo fundamental en la interpretación del proceso dinámico de la salud y la enfermedad.

## MARCO TEORICO

generales, podemos decir que estos dos sistemas no se interrelacionan, a veces antagonizan y a veces se ignoran mutuamente, sin comunicarse siquiera. Por

Las perspectivas para entender el mundo pueden variar por la cultura, toda perspectiva posee una racionalidad básica que organiza el mundo de la manera consistente y coherente. Al descubrir el patrón de esta racionalidad, las creencias, actitudes y prácticas de una población dejan de ser una lista sin fin de cosas curiosas, tornándose un conjunto inteligible que aun puede ofrecer la posibilidad de saber de antemano los posibles comportamientos en varias situaciones (1).

den haber intervenciones por el lado de la oferta (hacer los servicios del sistema de salud

El término "étnico" se refiere a cualquier descripción o análisis basado en los conceptos propios del grupo estudiado. Una parte importante de cualquier sistema étnico es la manera en que el cuerpo humano es entendido, ya que este entendimiento es propio de cada grupo étnico, podemos llamarlo etnofisiología, es decir la fisiología humana vista por un cierto grupo étnico.(1)

ejemplo, las prácticas tradicionales que apoyan a la salud. Estas pueden ser fomentadas, sirviendo de

La etnofisiología abarca, entre otras cosas: el cuerpo y su relación con el mundo externo; el concepto de la salud y la enfermedad; la etiología de las enfermedades; las diferentes partes del cuerpo y su funcionamiento; las diferencias entre hombre y mujer, niño y adulto; los órganos principales que pueden ser indicadores del estado de salud; y en la salud reproductiva, los mecanismos de la procreación en todas sus etapas: concepción, embarazo, parto y puerperio, así como los posibles problemas que pueden presentarse (2).

podemos identificar posibles intervenciones prioritarias por el lado de la oferta. (3)

**MODI** En términos generales, podemos decir que estos dos sistemas no se interrelacionan; a veces antagonizan y a veces se ignoran mutuamente, sin comunicarse siquiera. Por consiguiente, la identificación del modelo cosmovisión andina nos puede ayudar a entender por qué y dónde los dos sistemas chocan y se ignoran. Esta comparación puede ser nuestro punto de partida para identificar una estrategia de intervenciones que disminuya la distancia entre ambos.

*La salud no es, entonces, la ausencia de enfermedad, sino el equilibrio relativo y*

Tal estrategia puede consistir en intervenciones en tres áreas. Pueden haber intervenciones por el lado de la oferta (hacer los servicios del sistema de salud menos antitéticos al sistema quechua), por el lado de la demanda (incentivar a la población a aceptar los servicios) y por el lado de la educación de la salud (fomentar a disuadir ciertas prácticas en la población (2)).

*pérdida representaría amenaza de desangrarse (hemorragia).*

Un modelo pluricultural nos permite identificar, por ejemplo, las prácticas tradicionales que apoyan a la salud. Estas pueden ser fomentadas, sirviendo de puente a otras áreas de intervención que presentan mayor desafío. Asimismo, el modelo permite identificar las prácticas que perjudican la salud y —de suma importancia— las razones de esas prácticas. El análisis también separará las prácticas que están fuertemente arraigadas a la etnofisiología de las que están menos arraigadas, éstas más factibles de intervención. Y, de la misma manera, podemos identificar los puntos fuertes y débiles, desde la perspectiva etnofisiológica, del sistema de salud, permitiéndonos identificar posibles intervenciones prioritarias por el lado de la oferta. (3)