

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS DE SALUD
UNIDAD DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS USUARIOS Y PERSONAL DE
SALUD ACERCA DE LA MEDICINA POPULAR, TRADICIONAL Y ALTERNATIVA
SEGÚN NORMAS DE ATENCIÓN EN SALUD**

Estudio realizado en los distritos de salud de Chiquimula, San José la Arada del
departamento de Chiquimula, Quetzaltenango y Salcajá del departamento de
Quetzaltenango
junio 2011.

Erick Juan José Gramajo Arriola	200510123	tel. 41596057
Guillermo Alfonso Domínguez Hernández	200510133	tel. 42487113
Mariet Guisela Román Carrillo	200510219	tel. 58562236
Manuel Arturo Fuentes González	200515075	tel. 49046522

Asesor: Dr. Otto Hugo Velásquez	E-mail: velasquezotto@gmail.com
Revisor: Dr. Eduardo Miguel Tejada de la Vega	E-mail: etejadadelavega@yahoo.com

GUATEMALA JULIO DE 2011

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS USUARIOS Y PERSONAL DE
SALUD ACERCA DE LA MEDICINA POPULAR, TRADICIONAL Y ALTERNATIVA
SEGÚN NORMAS DE ATENCIÓN EN SALUD**

Estudio realizado en los distritos de salud de Chiquimula, San José la Arada del
departamento de Chiquimula, Quetzaltenango y Salcajá del departamento de
Quetzaltenango
junio 2011.

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

Erick Juan José Gramajo Arriola
Guillermo Alfonso Domínguez Hernández
Mariet Guisela Román Carrillo
Manuel Arturo Fuentes González

Previo a optar al título de

MÉDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Julio de 2011

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS USUARIOS Y PERSONAL DE
SALUD ACERCA DE LA MEDICINA POPULAR, TRADICIONAL Y ALTERNATIVA
SEGÚN NORMAS DE ATENCIÓN EN SALUD**

Estudio realizado en los distritos de salud de Chiquimula, San José la Arada del
departamento de Chiquimula, Quetzaltenango y Salcajá del departamento de
Quetzaltenango
junio 2011.

RESUMEN

Objetivos.- Describir los conocimientos, actitudes y prácticas de los usuarios y el personal de salud de los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá respecto a la medicina popular, tradicional y alternativa de acuerdo a las normas de atención en salud, durante junio de 2011. **Metodología.-** Estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo, en donde se realizaron encuestas en una muestra de 1039 usuarios y 78 trabajadores de los servicios de salud. **Resultados.-** De los usuarios el 83% correspondió al sexo femenino, el 42% se encontró entre los 25 a 39 años, el 69% era no indígena, el 32.3% tenía escolaridad de cuarto a sexto primaria; del personal se evidenció que el 69% pertenece al sexo femenino, el 44% se ubica entre 25 a 39 años, el 91% era no indígena, el 44% contó con estudios de diversificado, el 45% son enfermeras auxiliares. Del total de usuarios el 1% tenía conocimientos sobre medicina tradicional en base a las normas de atención en salud del MSPAS, el 55% presentó una actitud muy favorable respecto a la medicina tradicional; en relación con las prácticas de los usuarios el 97% ha utilizado medicina tradicional, el 33% la utilizó con frecuencia, el 26% ha utilizado medicina tradicional algunas veces debido a falta de medicamentos en los servicios de salud y el 34% conservaba plantas medicinales en su casa. En el grupo del personal, el 60% poseía conocimientos sobre medicina tradicional en base a las normas de atención en salud, el 50% mostró una actitud muy favorable; en cuanto a las prácticas, el 87% afirmó haber utilizado medicina tradicional, el 86% la ha recetado, el 51% la utilizó algunas veces y el 51% la recetó algunas veces. El 47% ha utilizado tratamientos tradicionales debido a la falta de medicamentos en los servicios. **Conclusiones.-** El usuario fue mujer, de 25 a 39 años, no indígena, con escolaridad de cuarto a sexto primaria, sin conocimientos, con actitud muy favorable y prácticas frecuentes respecto a medicina tradicional; el personal fue mujer de 25 a 39 años, no indígena, con estudios de diversificado, con conocimiento y actitud muy favorable de medicina tradicional, que la ha practicado y recetado en el servicio.

Palabras clave: medicina tradicional, conocimientos, actitudes, prácticas, servicios de salud

ÍNDICE

1.	Introducción	1
2.	Objetivos	5
3.	Marco Teórico	7
3.1.	Contextualización del área de estudio.	7
3.2.	Enfoque cultural.....	14
3.3.	Medicina tradicional y alternativa.	17
3.4.	Lineamientos generales de salud en Guatemala	26
3.4.1.	Programa nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa.	26
3.4.2.	Sistema Integral de Atención en Salud	29
3.4.3.	Niveles de atención en salud.	29
3.5.	Normas de atención integral en salud.....	32
3.6.	Conocimientos.....	36
3.7.	Actitudes.....	40
3.8.	Prácticas.....	43
3.9.	Personal de salud.....	44
4.	Metodología	47
4.1.	Tipo y diseño.	47
4.2.	Unidad de análisis.	47
4.3.	Población y muestra.	48
4.4.	Selección de sujetos de estudio.....	49
4.5.	Definición y operacionalización de las variables	51
4.6.	Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos	53
4.7.	Procesamiento y análisis de datos.....	57
4.8.	Alcances y límites de la investigación	58
4.9.	Aspectos éticos de la investigación	58
5.	Resultados	61

5.1.	Caracterización sociodemográfica.	62
5.2.	Conocimientos, actitudes y prácticas.	64
6.	Discusión	67
6.1.	Caracterización sociodemográfica.	67
6.2.	Conocimientos, actitudes y prácticas.	68
7.	Conclusiones.....	71
8.	Recomendaciones	73
9.	Aportes.....	75
10.	Referencias bibliográficas	77
11.	Anexos	85

1. INTRODUCCIÓN

El reconocimiento y generalización en el uso de la medicina tradicional y alternativa como opción terapéutica se ha realizado lentamente en el país; su desarrollo y práctica en la última década ha producido, en ocasiones, rechazo en médicos del ámbito nacional a pesar de la reciente creación del programa nacional de medicina popular, tradicional y alternativa en el año 2002, el cual integra dentro de la normas de atención integral algunas formas de preparación y utilización de plantas medicinales y recursos terapéuticos tradicionales.⁽¹⁾

Las causas del rechazo se desconocen debido a la falta de estudios que lo aclaren, esto asociado a la insuficiente información respecto a medicina tradicional y a que se no existe conocimiento acerca de la aceptación y práctica de las normas de atención en salud durante la consulta diaria a los pacientes. Por otra parte, no fue posible encontrar evidencia de estudios realizados en la última década en el país, que indiquen las actitudes que tienen los usuarios de los sistemas de salud acerca del uso de la medicina tradicional, popular y alternativa, siendo ésta aceptación un factor de conocimiento importante para la implementación e integración de este tipo de medicina al sistema de salud que se maneja actualmente. A su vez, no se encontraron estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas de medicina tradicional, popular y alternativa.

El hecho de conocer los factores limitantes tanto de la población guatemalteca usuaria de los servicios, como de los integrantes del personal de salud en base a las normas de atención, permite la evaluación de la necesidad de mejorar la capacitación al personal o promover el uso de la medicina tradicional en la población, logrando así integrar los dos sistemas de salud que por tanto tiempo han trabajado de forma paralela.

Entre los estudios publicados sobre medicina tradicional, popular y alternativa en el país, existe una tesis titulada “La medicina tradicional y su utilización en el área rural” realizada en el año 1995 la cual consistió en un estudio observacional en 100 personas de la aldea Cruz Blanca, municipio de San Juan Sacatepéquez, quienes consultaron a los centros de atención médica tradicional brindada por curanderos, para conocer la utilización de la medicina tradicional y establecer las causas por las que la población no acude a los centros de atención médica oficial, siendo la principal razón por la que no asistían, la falta de confianza en el personal de salud, ya que no manejaban los métodos tradicionales de

la población, para quienes esto era un factor importante en la integración de los dos modelos de atención.⁽²⁾

La tesis titulada: “La medicina tradicional y su integración con la medicina moderna”, realizó una encuesta de opinión en 92 médicos que laboraron en el Ministerio de Salud Pública en el departamento de Guatemala, en el año 1987, la cual evidenciaba que los médicos utilizaban muy poco la medicina tradicional, pero estaban de acuerdo con capacitación e implementación para el uso de este tipo de medicina.⁽³⁾

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal describir los conocimientos, actitudes y prácticas de los usuarios y el personal de salud respecto a la medicina popular, tradicional y alternativa de acuerdo a las normas de atención en salud, para lo cual se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo, de corte transversal durante el mes de junio de 2011 en los municipios de Chiquimula y San José la Arada, departamento de Chiquimula y los municipios de Quetzaltenango y Salcajá, departamento de Quetzaltenango.

Para la realización del estudio se tomó en cuentas dos poblaciones: personal de los y usuarios de los servicios de salud. Se seleccionó la muestra en base a la población total de cada uno de los municipios estudiados, obteniendo 265 usuarios para Chiquimula, 250 para San José la Arada, 258 para Salcajá y 266 para Quetzaltenango, para un total de 1039 usuarios entrevistados. En el caso del personal, se contó con una población de 29 trabajadores para Chiquimula, 16 para San José la Arada, 13 para Salcajá y 20 para Quetzaltenango, para un total de 78 trabajadores.

Como resultados, se encontró que de los usuarios, el 83% correspondió al sexo femenino, el 42% se encontró entre los 25 a 39 años, el 69% era no indígena, el 32.3% tenía escolaridad de cuarto a sexto primaria; del personal se evidenció que el 69% pertenece al sexo femenino, el 44% se ubica entre 25 a 39 años, el 91% era no indígena, el 44% contó con estudios de diversificado, el 45% son enfermeras auxiliares.

Del total de usuarios, el 1% tenía conocimientos sobre medicina tradicional en base a las normas de atención en salud del MSPAS, el 55% presentó una actitud muy favorable respecto a la medicina tradicional; en relación con las prácticas de los usuarios el 97% ha utilizado medicina tradicional, el 33% la utilizó con frecuencia, el 26% ha utilizado

medicina tradicional algunas veces debido a falta de medicamentos en los servicios de salud y el 34% conservaba plantas medicinales en su casa.

En el grupo del personal, el 60% poseía conocimientos sobre medicina tradicional en base a las normas de atención en salud, el 50% mostró una actitud muy favorable; en cuanto a las prácticas, el 87% afirmó haber utilizado medicina tradicional, el 86% la ha recetado, el 51% la utilizó algunas veces y el 51% la recetó algunas veces. El 47% ha utilizado tratamientos tradicionales debido a la falta de medicamentos en los servicios.

Se concluye que el usuario encuestado fue una mujer, de 25 a 39 años, no indígena, con escolaridad de cuarto a sexto primaria, sin conocimientos y con actitud muy favorable respecto a medicina tradicional, con prácticas frecuentes de medicina tradicional. En el grupo del personal, fue una mujer de 25 a 39 años, no indígena con estudios de diversificado, con conocimiento de medicina tradicional y actitud muy favorable respecto a la misma, que la ha practicado y recetado en el servicio.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general:

Describir los conocimientos, actitudes y prácticas de los usuarios y el personal de salud de los municipios de Chiquimula, San José La Arada, Quetzaltenango y Salcajá respecto a la medicina popular, tradicional y alternativa de acuerdo a las normas de atención en salud, durante el mes de junio de 2011.

2.2. Objetivos específicos:

2.2.1. Caracterizar sociodemográficamente a los usuarios por sexo, edad, etnia, escolaridad y al personal de los servicios de salud de acuerdo a sexo, edad, etnia, escolaridad y cargo desempeñado.

2.2.2. Identificar en los usuarios y el personal de salud:

- Conocimientos sobre medicina popular, tradicional y alternativa de acuerdo a las Normas de Atención Integral en Salud.
- Actitudes respecto a la medicina popular, tradicional y alternativa como recurso utilizable en las prácticas sanitarias.
- Prácticas respecto a la medicina popular, tradicional y alternativa.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Contextualización del área de estudio.

3.1.1. Chiquimula.

El departamento de Chiquimula está situado en la región III o nororiental en la República de Guatemala, su cabecera departamental es Chiquimula y limita al norte con el departamento de Zacapa; al sur con el departamento de Jutiapa y la República de El Salvador; al este con la República de Honduras; y al oeste con los departamentos de Jalapa y Zacapa. Cuenta con una extensión territorial de 2,376 km². Se encuentra a una altura de 423.82 msnm, lo que determina su clima cálido, variando de acuerdo a su topografía. La cabecera departamental, Chiquimula, se encuentra a una distancia de 175 kilómetros, de la ciudad capital. El departamento se encuentra dividido en 11 municipios. El número de habitantes asciende a 302,485. ^(4,5)

La red de servicios de salud se encuentra organizada en 11 distritos municipales de salud que cuentan con 13 centros de salud ubicados en las cabeceras municipales y en diferentes aldeas del área chortí, además de 24 puestos de salud en las distintas aldeas del departamento. Cuenta con un hospital departamental: Hospital Modular Carlos Manuel Arana Osorio, ubicado en la cabecera departamental.

Los servicios de salud del departamento cuentan con 1 médico por cada 5,817 habitantes, 1 enfermera por cada 9,757 habitantes, 1 auxiliar de enfermería por cada 1,926 habitantes, 1 técnico de salud rural por cada 14,404 habitantes y un técnico de laboratorio por cada 18,905 habitantes. ⁽⁶⁾

Entre los principales indicadores de salud se encuentran:

- Crecimiento vegetativo: 2.52 % anual.
- Tasa de natalidad: 30.91 nacimientos por mil habitantes.
- Tasa de fecundidad: 98.51 nacimientos por mil mujeres en edad fértil.
- Tasa de mortalidad neonatal: 1.8 defunciones por mil nacidos vivos.

- Tasa de mortalidad infantil: 20.58 defunciones por mil nacidos vivos.
- Tasa de mortalidad materna: 12.15 defunciones por cien mil mujeres en edad fértil.
- Tasa de mortalidad general: 5.74 defunciones por mil habitantes.⁽⁶⁾

3.1.1.1. Municipio de Chiquimula.

Municipio del departamento de Chiquimula con categoría de cabecera departamental. Se encuentra ubicado a 167 km de la ciudad de Guatemala. Colinda al norte con el municipio de Zacapa, al sur con los municipios de San José la Arada y San Jacinto, al este con los municipios de Jocotán y San Juan Ermita y al oeste con el municipio de San Diego, Zacapa.^(7,8)

Tiene una extensión territorial de 372 km². Está dividido en 38 aldeas y 52 caseríos. Su clima varía según su geografía, desde las altas montañas heladas y húmedas (1,500 msnm), hasta los valles soleados y secos (424 msnm). Chiquimula está rodeada de montañas con un valle en la región central.^(7,8)

El municipio cuenta con una población de 79,815 habitantes según el XI censo de población, realizado en 2002. De estos, el 48.05% son hombres y el 51.95% son mujeres. Se estima que alrededor del 60% de sus habitantes son mestizos, 20% blancos y 20% indígenas de la etnia chortí. La densidad demográfica es de 217 habitantes por Km², contando con un crecimiento vegetativo de 2.18% anual. En el 2002 existían alrededor de 16,451 hogares en todo el municipio. Se estima que la población económicamente activa alcanza un 38.9 %, el cual incluye a niños mayores de siete años. La población mayor de 18 años corresponde a 20,338 habitantes.^(7,5)

Sus habitantes se dedican al comercio, la agricultura y los servicios públicos. Se estima que el 32.61% de sus habitantes viven en pobreza y el 5% en la pobreza extrema. Según el censo de 2002, el 57.1% de la población está alfabetizada.⁽⁹⁾

El municipio de Chiquimula cuenta con un centro de salud, ubicado dentro de los terrenos del hospital modular Carlos Manuel Arana Osorio, en el cual, actualmente, laboran 3 médicos, dentro de los cuales encontramos al jefe de distrito municipal de salud, un médico general y un médico pediatra; una enfermera profesional y 8 auxiliares de enfermería que ejercen funciones en las clínicas de vacunación, control prenatal y post-consulta así como 5 técnicos en salud rural. Al distrito municipal de salud pertenecen 8 puestos de salud en las diferentes comunidades del municipio, cada uno de los cuales cuentan con un auxiliar de enfermería; en 3 de los puestos de salud laboran 4 estudiantes de EPSR de medicina.

3.1.1.2. Municipio de San José la Arada.

Se encuentra en el departamento de Chiquimula a 10 kilómetros de la cabecera departamental y a 185 kilómetros de la capital. La cabecera municipal lleva el mismo nombre del municipio. El municipio tiene una extensión territorial de 180 km². Limita al norte con el municipio de Chiquimula, al sur con el municipio de Ipala, al este con el municipio de San Jacinto, al oeste con el municipio de San Luis Jilotepeque, Jalapa. Consta de 15 aldeas y 31 caseríos. ^(10,11)

El clima del municipio es cálido seco y seco la mayor parte del año. Sin embargo algunas aldeas llegan a presentar clima fresco durante el día y durante las noches frío, debido a la altitud a la que se ubican. El municipio se caracteriza por ser un territorio con muchas pendientes y pocas planicies, cuya vegetación está constituida mayormente por arbustos espinosos. ⁽¹²⁾

El idioma predominante es el español. La población se encuentra compuesta por 7,505 habitantes siendo el 48% masculino y 52% femenino, de los cuales el 3% es indígena y el 97% restante es no indígena. Del total de la población, son mayores de 18 años un total de 1,167. La población se encuentra dividida en 29% urbana y 71%

rural. La tasa de crecimiento poblacional en el municipio es de 2.6 por ciento. ⁽⁵⁾

La población económicamente activa (PEA) alcanza un 28.9% que incluye a niños mayores de siete años en adelante. Sus habitantes se dedican al comercio y la agricultura. ⁽¹²⁾

La población se encuentra con una tasa de analfabetismo en adultos de 38.69%. ⁽¹³⁾

El centro de salud de San José la Arada se encuentra en el centro del municipio y dentro de su personal cuenta con un médico que ejerce tanto funciones clínicas como administrativas, fungiendo como jefe de distrito municipal de salud; una enfermera profesional y 6 auxiliares de enfermería que ejercen funciones en las clínicas de vacunación, control prenatal y post-consulta además de 4 técnicos en salud rural. Bajo la jurisdicción del centro de salud existen dos puestos de salud en las afueras de la cabecera municipal, cada uno de los cuales cuenta con una enfermera auxiliar y un estudiante de EPSR de medicina.

3.1.2. Quetzaltenango.

El departamento de Quetzaltenango se encuentra situado en la región VI o región sur-occidente, su cabecera departamental es Quetzaltenango, limita al norte con el departamento de Huehuetenango; al sur con los departamentos de Retalhuleu y Suchitepéquez; al este con los departamentos de Totonicapán y Sololá; y al oeste con el departamento de San Marcos. Cuenta con una extensión territorial de 1,951 km². Por su configuración geográfica, sus alturas oscilan entre los 2,800 y 350 metros sobre el nivel del mar, con un clima variado, generalmente frío y seco. La cabecera departamental se encuentra a una distancia de 203 Km de la ciudad capital. Se encuentra dividido en 24 municipios. El número de habitantes del departamento asciende a 624,716. ⁽¹⁴⁾

La red de servicios de salud se encuentra organizada en 21 distritos municipales de salud que cuentan con 14 centros de salud ubicados en cabeceras municipales, 45 puestos de salud, de los cuales 10 están ubicados en cabeceras municipales y 35 en diferentes aldeas.^(6, 15)

Cuenta con 3 hospitales: Hospital Regional de Occidente y Hospital de Enfermedades Pulmonares Dr. Rodolfo Robles; ubicados en la cabecera departamental, el Hospital Juan José Ortega se encuentra en Coatepeque.⁽¹⁶⁾

Los servicios de salud del departamento, cuentan con 1 médico por cada 4,494 habitantes, 1 enfermera por cada 4,278 habitantes, 1 auxiliar de enfermería por cada 1,066 habitantes, 1 técnico de salud rural por cada 34,706 habitantes y 1 técnico de laboratorio por cada 20,152 habitantes.⁽⁶⁾

Entre los principales indicadores de salud se encuentran:

- Crecimiento vegetativo: 1.88 % anual.
- Tasa de natalidad: 23.11 nacimientos por mil habitantes.
- Tasa de fecundidad: 70.64 nacimientos por mil mujeres en edad fértil.
- Tasa de mortalidad neonatal: 4.26 defunciones por mil nacidos vivos.
- Tasa de mortalidad infantil: 12.12 defunciones por mil nacidos vivos.
- Tasa de mortalidad materna: 5.09 defunciones por cien mil mujeres en edad fértil.
- Tasa de mortalidad general 4.27 defunciones por mil habitantes.⁽⁶⁾

3.1.2.1. Municipio de Quetzaltenango.

Es la cabecera del departamento que tiene el mismo nombre, considerada la segunda cabecera más importante del país. Este municipio se encuentra ubicado hacia el este del departamento de Quetzaltenango. Se ubica a 203 kilómetros de la ciudad capital. Colinda al norte con los municipios de Olinstepeque, La Esperanza (Quetzaltenango) y San Andrés Xecul (Totonicapán); al sur con los municipios de: Zunil y El Palmar (Quetzaltenango); al este con los municipios de: Zunil, Salcajá y Almolonga (Quetzaltenango); al oeste

con los municipios de: Concepción Chiquirichuapa y San Mateo (Quetzaltenango). ^(16, 17)

El municipio cuenta con una extensión de 120 km² a una altitud de 2,333 msnm, lo cual ejerce influencia importante sobre el clima, que generalmente es frío. ⁽¹⁶⁾

La conformación del municipio está comprendida por 11 zonas del área urbana, 13 cantones y 2 aldeas. ⁽¹⁶⁾

La economía del municipio se basa principalmente en la producción agrícola y crianza de ganado. Además existe producción industrial, fábricas de tejidos e hilados y producción artesanal. ⁽¹⁶⁾

La población del municipio de Quetzaltenango está comprendida por 127,569 habitantes. De ésta cifra, el 48% corresponde al género masculino y el 52% restante corresponde al género femenino. De este total, el 50% es indígena y el 50% es no indígena. La población es eminentemente urbana, representada por 94% mientras el 6% restante es rural. La población económicamente activa está comprendida por 47,606 correspondiente a un 30.88 (24%) del género masculino y un 16,724 (13%) del género femenino. Del total de la población, un 89% es alfabeta y un 11 % es analfabeta. Los habitantes mayores de 18 años suman un total de 65,176. ⁽⁶⁾

La cabecera municipal de Quetzaltenango cuenta con un centro de salud en el cual laboran dos médicos, uno de los cuales se dedica enteramente a funciones clínicas mientras que el otro desempeña tanto funciones clínicas así como la jefatura de distrito municipal de salud, un tercer médico desempeña sus funciones en uno de los puestos de salud. Ejercen sus funciones dentro del centro de salud 2 enfermeras profesionales y 9 auxiliares de enfermería así como también, 4 técnicos en salud rural. Dentro del territorio del municipio de Quetzaltenango se encuentran 3 puestos de salud, cada uno con una enfermera auxiliar. Existen 3 estudiantes de EPSR de medicina

bajo la tutela del distrito municipal de salud, dos ejerciendo funciones en puestos de salud y uno en el centro de salud.

3.1.2.2. Municipio de Salcajá.

El municipio de Salcajá, perteneciente al departamento de Quetzaltenango, se encuentra ubicado 192 kilómetros de la ciudad Capital y a 9 kilómetros de la cabecera departamental. Colinda al este con San Cristóbal y Paxtocá, Totonicapán; al sur con Cantel y Quetzaltenango; al oeste con la aldea San José Chiquilajá, Quetzaltenango y al norte con el municipio de San Cristóbal, Totonicapán.⁽¹⁸⁾

Tiene una extensión territorial de 12 Km², encontrándose a una altura de 2,321.67 msnm por lo que presenta clima frío. Cuenta con una población de 12,099 habitantes siendo 5,776 hombres y 6,323 mujeres, correspondiendo 6,009 personas que se encuentran en un rango de edad mayor de 18 años.^(6, 18)

La economía del municipio se basa principalmente en la producción agrícola y artesanal de distintos hilos y telas típicas.⁽¹⁹⁾

La población cuenta con un porcentaje de analfabetismo de 10% en el área urbana y de hasta un 25% en área rural. La educación pública cubre los niveles pre-primario, primario y medio, sin embargo dentro del territorio se observan una cantidad importante de colegios privados que ofrecen nivel diversificado.⁽¹⁸⁾

En el sector salud, el municipio de Salcajá cuenta dentro de su territorio con un centro de salud, en el cual labora un médico con funciones clínicas y administrativas, como jefe de distrito municipal de salud. Trabajan en las instalaciones del centro una enfermera profesional, 8 auxiliares de enfermería, 4 técnicos en salud rural y completa el personal de salud un estudiante de EPSR de medicina.

3.2. Enfoque cultural.

3.2.1.Multiculturalidad.

La expresión multiculturalidad o multiculturalismo, se refiere a la coexistencia de varios pueblos, etnias, culturas, dentro de un mismo territorio, generalmente, siendo estas minoritarias, clamando por el reconocimiento y diferenciación de su propia identidad, teniendo como objetivo la aceptación e integración en la sociedad.

Actualmente en Guatemala, conviven y se interrelacionan cuatro culturas plenamente identificadas:

- La ladina, de origen hispano-occidental.
- La maya, de origen mesoamericano.
- La garífuna, de origen afrocaribeño.
- La xinca, que lingüísticamente se encuentra en una situación de debilitamiento, pero sus jóvenes han iniciado un proceso de recuperación.

Cada una de las culturas mencionadas es el sustento, marco, identidad y autoestima de las comunidades que la conforman y construyen la identidad plural de Guatemala. ⁽²⁰⁾

3.2.2.Interculturalidad.

La interculturalidad pone énfasis en las mezclas, la comunicación, los conflictos y los préstamos que vinculan a los grupos tanto a nivel país como en el ámbito global. Esta definición no implica que las diferencias dejen de importar, sólo se trata de un nuevo enfoque en el cual el espacio “inter-” es decisivo para explicar las consecuencias de los flujos de personas, tecnologías, capitales, imágenes e ideologías de los que la sociedad actual es partícipe. ⁽²¹⁾

El concepto tiene en cuenta las diferencias entre personas y grupos, las convergencias entre ellos, los vínculos que unen la aceptación de los derechos de los pueblos, de los valores compartidos, las normas de

convivencias ya legitimadas y aceptadas, las instituciones comúnmente utilizadas aunque requieran adaptación y mejora, los intereses comunes en desarrollo local, la identidad nacional, en algunos casos y otros puntos en común.

La incorporación de la interculturalidad a la vida diaria promueve cambios y actitudes dirigidos a lograr la igualdad de los seres humanos ante la ley, el derecho de los seres humanos a la diferencia, la igualdad de las culturas como situaciones creativas y genuinas de la humanidad, el reconocimiento legítimo del otro, el convencimiento de que existen puntos en común, la conciencia de que es preciso aprender a convivir entre culturas diferentes y la convicción de que la interculturalidad es un requisito indispensable para el desarrollo integral, sostenible e incluyente.⁽²²⁾

3.2.3. Interculturalidad y salud.

La interculturalidad en salud, se define como la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas. En el plano operacional se entiende la interculturalidad como potenciar lo común entre el sistema médico occidental y el sistema médico indígena, respetando y manteniendo la diversidad.^(22,23)

La convivencia de varias culturas en Guatemala con diferentes cosmovisiones, costumbres y tradiciones, ha determinado la existencia de modelos de salud paralelos y en algunos aspectos relacionados, de la medicina como ciencia y como práctica social.⁽²²⁾

La importancia de incorporar el enfoque intercultural en las políticas y el personal de los servicios de salud, radica en la necesidad de que los servicios brindados tengan una visión que se base en el reconocimiento y respeto a la diversidad cultural del país, a la participación de las comunidades y pueblos en el diseño de estrategias y programas, lo cual permitirá incorporar mejoras y servicios complementarios que fomenten la calidad, la accesibilidad y la satisfacción tanto de las comunidades como del personal encargado de la

atención sanitaria. Evitando así factores que dificulten su interrelación. *(Ver anexo 1)* ⁽²²⁾

3.2.4. Medicina tradicional y medicina occidental, dos paradigmas.

A lo largo de la historia del país, han coexistido dos formas de ver el binomio salud-enfermedad, de diagnosticar los padecimientos y darles tratamiento, lo cual ha llevado a la existencia de dos sistemas de salud que han funcionado de forma paralela a través de los tiempos. El principal sistema de salud es el propuesto por el Estado, basado en la medicina occidental o biológica y el otro es el de la medicina tradicional maya, transmitido de generación en generación por más de 2,000 años. Variando de esta manera las cualidades de ambos. *(Ver anexo 2)*

La práctica de la salud debe entenderse como parte de un contexto cultural determinado, de cuya interacción se origina el sistema de salud. En el caso de la medicina tradicional indígena en Guatemala, el sistema se origina a partir de una cosmovisión en la cual interactúan tanto la sociedad, como los seres individuales y el medio ambiente, el cual provee de lo necesario para el sustento. ⁽²³⁾

En el sistema de medicina occidental, los elementos socioculturales dieron origen a deducciones e investigaciones que dieron pie al descubrimiento de técnicas y terapias capaces de restablecer la salud física y mental de las personas. La mayoría de los modelos de atención a nivel internacional se han basado en este tipo de medicina. Siendo este modelo el de vigencia a pesar de ser relativamente más joven. ⁽²⁴⁾

El sistema de salud de Guatemala se encuentra basado predominantemente en la medicina occidental. Sin embargo, a partir de la firma de los Acuerdos de Paz, la medicina tradicional es impulsada como un recurso que podía sumarse a los conocimientos de medicina occidental para lograr la valoración e integración de los pueblos indígenas a las políticas de la nación. ⁽²²⁾

El enfoque intercultural de salud en Guatemala, forma parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en quien recae la responsabilidad de

incorporar los conocimientos ancestrales respecto al proceso salud-enfermedad en las políticas nacionales de salud.

3.3. Medicina tradicional y alternativa.

3.3.1. Cosmovisión y salud.

Cosmovisión se define como el conjunto articulado de sistemas ideológicos, relacionados entre sí en forma relativamente congruente, con el que un individuo o un grupo social, en un momento histórico, pretende aprehender el universo. Con el correr del tiempo, a pesar de existir enormes cambios culturales, económicos, políticos, sociales y demás, se logra conservar un conjunto de saberes, creencias y prácticas en todo campo del saber humano, como el proceso salud – enfermedad. ⁽²⁵⁾

En la cosmovisión maya contemporánea, existe una evidente mezcla de conceptos precolombinos, de elementos europeos de origen judeo-cristiano e incluso, aunque en menor medida, componentes culturales africanos. Es la mezcla del Popol-Vuh y la Biblia. Observamos esta situación claramente en la consulta al centro de salud más cercano, acompañado de diversos rezos cristianos e incluso una previa visita al sobador o h'men. ⁽²⁵⁾

Es importante la influencia de los antepasados de la cultura maya en el presente de la sociedad guatemalteca, remontándose a los escritos del Popol Vuh, en donde se encuentran descritas la creación del hombre en base a maíz, creencias y prácticas sobre la alimentación, el embarazo, el parto, el puerperio, pasando por las tradiciones que han ido desarrollándose con el correr de los años en cada una de las etnias del país. Esto asociado a la influencia ejercida por la cultura española, se ha convertido en la medicina tradicional y alternativa de Guatemala. Tener conocimiento de la sabiduría y las prácticas culturales específicas de un pueblo en el cual se busca la integración de la medicina biológica es relevante para que se dé un proceso intercultural adecuado, para ello resulta indispensable conocer la cosmovisión y con esto la concepción de salud-enfermedad. ⁽²²⁾

3.3.2.Medicina tradicional.

La Organización Mundial de la Salud define la medicina tradicional como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades. ⁽²⁶⁾

La medicina tradicional puede ser codificada, regulada, enseñada abiertamente, practicada amplia y sistemáticamente además de ser respaldada por siglos de experiencia.

Por otra parte, puede ser reservada y mística a través de la difusión oral de sabiduría y prácticas milenarias que se basan ya sea en síntomas físicos o en fuerzas sobrenaturales. La medicina popular sería lo mismo de concepciones, saberes, prácticas y recursos, pero con un origen más bien mestizo. ⁽²⁶⁾

3.3.3.Medicina alternativa.

La Organización Mundial de la Salud define a la medicina alternativa como aquella que no desempeña una función principal dentro de los sistemas de salud nacionales. También es llamada complementaria. ⁽²⁶⁾

Este tipo de medicina abarca un amplio espectro de técnicas y recursos dentro de los cuales la Revista Médica Británica ha publicado una lista dentro de la cual se cuenta la acupuntura y la acupresión, las terapias manuales como el shiatsu, terapias espirituales como la hipnosis y la meditación e incluso ejercicios como el yoga, como parte de terapéuticas comúnmente utilizadas en medicina complementaria y alternativa.

En los países donde la medicina occidental asume la responsabilidad exclusiva de la atención en salud en el ámbito nacional, la medicina tradicional-indígena y otras terapias, son consideradas complementarias o alternativas. ⁽²⁷⁾

3.3.4.Sistemas de salud indígenas.

Durante más de 500 años los pueblos indígenas han sido sometidos por el sistema hegemónico colonial – neocolonial, lo que ha provocado alteración en la forma de vida y culturas traducándose en indicadores preocupantes tanto a nivel nacional como internacional. ⁽²⁸⁾

La concepción del proceso salud - enfermedad en los pueblos indígenas se encuentra determinada por aspectos socioculturales inherentes a sus respectivas poblaciones, es decir, a un sistema de salud “indígena” que posee una estructura en la cual se hacen evidentes los principios de normalización que rigen a una sociedad históricamente determinada, quedando claramente en evidencia la existencia de diversos sistemas de atención a la salud y no uno de validación universal. ⁽²⁸⁾

Las inequidades que existen en el ámbito social y específicamente salud en los pueblos indígenas, es explicable primero porque el sistema oficial de salud basa sus acciones en la lógica de cobertura y no de acceso. La cobertura toma como base para sus acciones los indicadores y registros estadísticos, que al cumplirlos considera que sus estrategias y acciones han sido un éxito; no evalúa ni considera el impacto real en la salud de los pueblos. En cambio el sistema de salud indígena busca que los servicios de salud sean accesibles a todos con la misma calidad y garantiza que se cuente con todos los recursos necesarios para brindar una buena atención. ⁽²⁸⁾

Es evidente que el sistema de salud indígena tiene como componente fundamental su propia concepción de salud, del proceso de salud enfermedad, entre otras características. Esto constituye el sustento de la práctica social de la medicina indígena. ⁽²⁸⁾

El sistema se organiza como un orden en el cual ocurre la práctica social de la medicina indígena, y se produce a través de la concurrencia de diversos actores que realizan una serie de actividades que se encuentran motivadas por un paradigma o pensamiento primario. ⁽²⁸⁾

Es necesario indicar que el modelo se organiza de tal forma que la medicina indígena funciona con base a las necesidades demandadas por la población, las cuales se presentan con un perfil epidemiológico culturas, sustentado en la concepción culturalizada de la salud y la enfermedad. En el sistema podemos encontrar la existencia de especialidades en la terapéutica para poder responder a esta demanda de la población. ⁽²⁸⁾

3.3.5.Terapeutas.

La medicina tradicional cuenta con una diversidad de recurso humano que se han clasificado de acuerdo a la función y conocimiento que posee, entre estos podemos mencionar: las comadronas, los hierberos, los curanderos, los masajistas, los sacerdotes mayas, los hueseros, los sopladores. Es importante el mencionar que este recurso humano de la medicina tradicional debe pasar una serie de pruebas, enfermedades, problemas en la familia, sueños, visiones, que deben enfrentar las personas que han sido escogidas por las fuerzas superiores para desarrollar estas especialidades. Se menciona que hasta que se deciden a recibir su vocación dejan de padecer de todos estos inconvenientes. ^(22,28)

3.3.5.1. La comadrona: conforma un grupo muy importante del recurso humano con que cuenta la medicina tradicional. Es una especialidad que puede ser practicada únicamente por mujeres ya que dentro del pensamiento indígena se contempla que el hombre, por su condición biológica, no puede comprender ni establecer la empatía necesaria con la mujer ya que no experimenta los mismos padecimientos y por ende no puede desempeñar el cargo. Las comadronas se dedican a la atención de embarazadas, puérperas o mujeres que se encuentran en la fase del trabajo de parto. También se dedican a la atención de problemas propios de la mujer, teniendo entonces el papel de obstetra en la comunidad. Se le atribuyen también facultades para poder atender a los niños pequeños de la comunidad, constituyéndose en pediatra. ^(22, 28)

3.3.5.2. El hierbero: es el especialista en lo que respecta al conocimiento profundo de las plantas medicinales. Es la persona que conoce los

lugares en donde se pueden encontrar dichas plantas, además su conocimiento le permite saber la manera en la que se pueden preparar y las enfermedades para las cuales pueden ser utilizadas las mismas. El hierbero es considerado también como una subespecialidad dentro del grupo de los curanderos.⁽²²⁾

3.3.5.3. El curandero: se constituye como una figura de gran importancia dentro de la comunidad ya que se encarga del mantenimiento del bienestar tanto físico como psíquico de la comunidad. Lleva a cabo dos acciones terapéuticas principales; por una parte orienta, recomienda, aconseja para la prevención de los desequilibrios; en la otra, prescribe la utilización de plantas medicinales que a menudo cosecha para elaborar sus propias preparaciones. El papel del curandero en la práctica médica indígena es de tanta importancia ya que la misma le confiere algunas facultades únicas como lo es, el tener la capacidad de establecer un contacto con las fuerzas superiores, de las cuales es un mediador.^(22, 28)

3.3.5.4. El masajista: es un personaje dentro de la medicina tradicional, que se encarga de utilizar el masaje como medio para realizar su práctica terapéutica. El masajista también utiliza plantas medicinales, productos animales y minerales para poder complementar su terapéutica.⁽²²⁾

3.3.5.5. El sacerdote maya o guía espiritual: son personajes que tienen la función de representar, ejercer y recrear la espiritualidad y cultura maya.

Es la figura que encabeza la organización de los médicos mayas, ya que a él se dirigen las personas de otras especialidades para consultarle cualquier necesidad en cuanto a la enfermedad que está afectando a la salud del individuo, especialmente si son de difícil tratamiento. Todo este conocimiento lo adquiere a través del guía anciano quien le enseña como desenvolverse, así como la

interpretación de signos y símbolos de la vida de las personas y su relación con el destino de las mismas.⁽²²⁾

Los guías espirituales realizan entonces, la consejería la curación de los problemas de tipos espiritual, mental, social, legal, económico o afectivo. Los guías espirituales deben poseer el saber y el entendimiento de la cultura maya así como la espiritualidad ya que ellas son las que sustentan su práctica. Tienen la particularidad de que las prácticas terapéuticas y espirituales las realizan en lugares considerados como sagrados, los cuales se encuentran en la naturaleza de manera abierta. Las prácticas pueden ser individuales y colectivas, y se encuentran orientadas a la curación, prevención, agradecimiento, entre otras motivaciones.⁽²²⁾

3.3.5.6. El huesero: llamado también curador de huesos, su función principal es la atención, diagnóstico y recuperación de las personas, de cualquier edad y sexo, que están afectadas en su sistema óseo, por problemas derivados de traumas como golpes, zafaduras y quebraduras. Adquiere sus conocimientos conforme a su destino y cosmovisión. Tienen por característica que desde muy jóvenes empiezan a demostrar sus habilidades para atender los problemas de los huesos, golpes, zafaduras, fracturas; en cualquier momento es llamado a atender emergencias, accidentes y caídas que sufran las personas. Es un especialista muy apreciado dentro de la organización comunitaria por sus cualidades especiales para atender a sus pacientes y su forma de dar los tratamientos que son naturales. Los hueseros organizan la atención a sus pacientes de acuerdo a los movimientos de los astros, especialmente las influencias de la luna según sus fases así ellos programan los días y horas para enderezar los huesos.⁽²²⁾

3.3.5.7. El soplador: también es considerado en ocasiones como una subespecialidad de los curanderos. Este personaje, en base a sus propios procedimientos aprendidos y experimentados cura quemaduras y heridas.⁽²²⁾

3.3.6.Métodos diagnósticos.

Los terapeutas de la medicina tradicional utilizan diversidad de métodos y procedimientos para poder realizar el diagnóstico de los padecimientos que presenta la población. Es importante mencionar que estos se basan generalmente en la identificación de signos corporales y un entrelazamiento que realizan con el cosmos. ^(Ver anexo 3)

La observación de signos, el interrogatorio, la palpación mediante examen físico, además de ceremonias para realizar el entrelace entre el individuo y el cosmos. ⁽²⁸⁾

3.3.7.Recursos terapéuticos.

La medicina tradicional emplea una diversidad de recursos terapéuticos basados en elementos que se encuentran en la naturaleza y en las prácticas que les permiten a los terapeutas determinar la etiología, diagnóstico, curación y prevención de las causas de demanda de atención. Los terapeutas emplean tanto uno o varios de estos recursos de manera individual o conjunta para potenciar el efecto de los mismos. Los principales recursos utilizados son: la fitoterapia, zooterapia, mineraloterapia, el temascal, los masajes. ⁽²²⁾

3.3.7.1. Fitoterapia: consiste en el tratamiento de enfermedades basado en la utilización de plantas, esta disciplina ha sido practicada durante siglos, por ende es uno de los recursos no solo más utilizados sino del que más conocimiento se tiene. Se han ido desarrollando conocimientos mediante investigaciones para poder contar con una caracterización botánica de las plantas, establecer sus y sus y propiedades y en base a esta información se han establecido estudios de validación farmacológica. ⁽²²⁾

La utilización de las plantas medicinales en Guatemala, dentro del marco de la medicina tradicional, varía de acuerdo al tipo de afección que se desea curar, y por ende existen diferentes tipos de preparación de las mismas. Dentro de estas formas se encuentran las

siguientes: cataplasma, el emplasto, el cocimiento, el gargarismo o enjuague, la infusión, los jarabes, los jugos, los lavados, los vapores entre otros.⁽²²⁾

Para poder elaborar estas variadas formas de preparación, se utilizan las partes más importantes de las plantas que son: las hojas, las flores, los frutos, el tallo y la raíz cuando estas partes se encuentren en su madurez o época de cosecha.⁽²²⁾

Las plantas son clasificadas también en base a sus propiedades curativas, las principales categorías son: antiparasitarias, antimicrobianas, antiprotozoarias, antiácidas, astringentes, antidiarreicas, expectorantes entre otras.⁽²²⁾

La fitoterapia, en Guatemala, presenta una serie de peculiaridades, ya que como recurso terapéutico de la medicina tradicional, ha sido objeto de reconocimiento por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Tradicional, mediante el establecimiento del Vademécum Nacional de Plantas Medicinales, dándole validez a la práctica de la misma.⁽²²⁾

3.3.7.2. Mineraloterapia: la medicina tradicional dentro de sus recursos terapéuticos, hace uso también de los minerales, tal es el caso de la sal blanca, la arena de río, el barro, los sedimentos de pozas que contienen azufre, pierdas de diversas y variadas características como la piedra del águila, piedritas blancas etc.⁽²²⁾

3.3.7.3. Zooterapia: Es otro de los recursos con los que cuenta la medicina tradicional, y se basa en el uso de productos animales o derivados de los mismos. Es empleada por las diversas especialidades desde los curanderos hasta los hierberos. Los principales recursos con los que cuenta es el aceite de hígado de bacalao, el aceite de tiburón, la pomada de cascabel, los derivados como el jabón de cerdo, las veladoras, los sebos, la cera de abeja, la miel entre

otros. Estos productos o derivados animales son empleados tanto para su uso directo como para la elaboración de pomadas.⁽²²⁾

3.3.7.4. Temascal: Es el nombre que se le da al baño de vapor tradicional. La especialidad terapéutica que más lo utiliza es el de las comadronas, ya que lo utilizan principalmente a la hora de realizar los masajes y palpaciones. Se emplea también para preparar el cuerpo de la mujer que va a tener un parto ya que el calor y los masajes actúan como relajantes. Durante el puerperio también es ampliamente utilizado ya que ayuda a preservar la higiene física, y dentro de la creencia se contempla que ayuda a mantener la limpieza espiritual, también se le atribuyen propiedades que ayudan al apoyo y atención emocional y psicológica. Las comadronas también le confieren propiedades de galactogogo. Los hueseros lo utilizan porque se le atribuyen propiedades que promueven la curación de heridas y fracturas.⁽²²⁾

3.3.7.5. Masajes: Son técnicas empleadas por diversos terapeutas que tienen varias finalidades. Generalmente los masajes son complementados con el uso de otros recursos como los derivados de animales tal es el caso de los sebos y aceites, o por plantas medicinales.

La comadrona es la que mayor uso hace de los mismos ya que aplica esta técnica en las diversas fases de la gestación. Se les adjudican como parte de sus propiedades el hecho de permitir la relajación de la musculatura pélvica y evitan de este modo las rasgaduras externa e internas, además promueven la secreción de la hormona relaxina lo que hace que se le de flexibilidad a los ligamentos y músculos y esto hace que exista una reducción en la posibilidad de que se rasgue el área perineal.⁽²²⁾

3.3.7.6. Las ceremonias: se definen como actividades religiosas o espirituales, que se celebran en lugares considerados sagrados o en cerros como recurso terapéutico en ciertas enfermedades; su proceso de realización es en idioma maya, en donde se realizan diversas acciones físicas pero inicialmente se hincan los participantes para

pedir perdón al creador y formador del cielo y la tierra, a los cuatro puntos cardinales, y la comunicación con los nahuales, es una de las prácticas más antiguas de la medicina tradicional. Las ceremonias son llevadas a cabo y complementadas con varios elementos como plantas, tal es el caso del eucalipto, la ruda, el pericón entre otras, además se utilizan puros, cera, agua ardiente entre otras, con lo que se produce una integración de los recursos de la medicina tradicional.⁽²²⁾

3.3.8. Diagnósticos frecuentes.

Es difícil establecer debido a la amplitud de padecimientos que tiene la medicina tradicional. Sin embargo, de acuerdo con el médico guatemalteco, Juan Hurtado, las enfermedades en el sistema de medicina tradicional pueden clasificarse de la siguiente manera:

- Enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio mecánico del cuerpo
- Enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio emocional
- Enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio calor-frío
- Enfermedades causadas por la pérdida del alma
- Enfermedades causadas por la influencia de otros seres naturales o sobrenaturales.⁽²²⁾

3.4. Lineamientos generales de salud en Guatemala.

3.4.1. Programa nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través del Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa (PNMPTA) tiene como objetivo general contribuir en la creación de condiciones políticas y estratégicas para el reconocimiento, valoración y rescate de la medicina popular tradicional y alternativa de atención; y del desarrollo del enfoque intercultural en salud, desde un abordaje en los niveles políticos, técnico normativo y operativo.⁽²⁹⁾

El PNMPA formula y promueve políticas, normativas, estrategias y líneas de acción para la valoración, reconocimiento y respeto de los conocimientos, recursos, métodos y prácticas de medicina popular tradicional y alternativa. A la misma vez, el programa promueve la incorporación de elementos sociales, espirituales, psicológicos y biológicos en la atención brindada por los servicios de salud, contribuyendo para que estos sean culturalmente accesibles, adaptados y aceptados. ⁽²⁹⁾

3.4.1.1. Marco legal.

El PNMPA se basa en un conjunto de referencias técnicas, políticas y legales que fundamentan los derechos de los pueblos indígenas y resaltan la importancia de conservar los conocimientos de la medicina tradicional guatemalteca.

La ley del Organismo Ejecutivo establece en su artículo 39 que al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social le corresponde formular las políticas y hacer cumplir el régimen jurídico relativo a la salud preventiva y curativa y a las acciones de protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud física y mental de los habitantes del país. ⁽³⁰⁾

La Constitución Política de la República de Guatemala, en sus artículos 93, 94 y 98 hace énfasis en el derecho a la salud sin discriminación alguna, la obligación del Estado sobre la salud y la asistencia social y la participación de las comunidades en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud. ⁽³¹⁾

El Código de Salud en su artículo 161, define que el Estado incorporará, regulará y fortalecerá los sistemas alternativos, como la homeopatía, la medicina natural, la medicina tradicional, medidas terapéuticas y otras para la atención de la salud, estableciendo mecanismos para su autorización, evaluación y control. En sus artículos 164 y 165 define los productos fitoterapéuticos y

zooterapéuticos, estableciendo un sistema de vigilancia y control sobre la acción de los mismos. ⁽³²⁾

Los Acuerdos de Paz, suscritos en 1996 entre el Gobierno de la República y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG) hacen énfasis en valorar la importancia de la medicina indígena y tradicional y promueve el estudio y rescate de sus concepciones métodos y prácticas. ⁽³³⁾

El Plan Nacional de Salud 2008-2012 en su política dos establece que se deberá implementar un modelo de atención y gestión integral, que garantice la continuidad de la atención, equitativa, descentralizada y con pertinencia cultural. En su política tres contempla promover y fortalecer acciones que garanticen la accesibilidad a medicamentos, además del reconocimiento al uso y práctica de la medicina alternativa y tradicional. ⁽³⁴⁾

• **Normativa internacional.**

En el plano internacional, se han establecido lineamientos y consensos que buscan dar mayor importancia a la medicina tradicional e instan a las naciones a incorporarla dentro de las políticas de salud.

En la Declaración de Salud de Centroamérica, celebrada en 1987, se acordó apoyar el primer encuentro de Centroamérica, Panamá y Belice para el rescate de la medicina popular tradicional. ⁽³⁵⁾

En el primer Taller Hemisférico de Salud de los Pueblos Indígenas, celebrado en 1993 en Canadá, se abordó la operacionalización de la Iniciativa Salud Para los Pueblos Indígenas de América, SAPIA, en la que se trata de generar un proceso basado en el respeto de los valores propios de cada cultura con la finalidad de fortalecer las identidades para el cambio necesario. Los principios establecidos en ese taller fueron confirmados en los talleres regionales de

Santa Cruz, Bolivia y Guatemala en 1994, en los cuales se incluyen la necesidad del enfoque integral de la Salud, derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas, respeto y rehabilitación de las culturas indígenas, reciprocidad de las relaciones entre los actores involucrados en los procesos y derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas a través de sus representantes.⁽³⁵⁾

3.4.2. Sistema Integral de Atención en Salud

Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) es la dependencia a nivel central del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS), responsable de dirigir y conducir el proceso de organización y desarrollo de los servicios públicos de salud. A su vez, organiza funcional y jerárquicamente los distintos establecimientos que conforman la red de los servicios públicos y privados, ubicándolos en distritos y áreas de salud; con el fin de poder supervisar, monitorizar y evaluar los distintos programas de atención a las personas y al ambiente que desarrollan los diferentes establecimientos.

A su vez, como ente ejecutor de los programas, es responsable de vigilar y supervisar la correcta aplicación de las normas técnicas y administrativas dictadas por las dependencias reguladoras del Ministerio de Salud para la prestación y gerencia de salud. Además apoya y participa en el desarrollo de los procesos de investigación científica y formación y capacitación de los recursos humanos en salud.⁽³⁶⁾

3.4.3. Niveles de atención en salud.

Los niveles de atención en salud son el conjunto de recursos físicos, materiales, humanos y tecnológicos organizados de acuerdo a criterios poblacionales, territoriales, de capacidad de resolución y de riesgo para la atención de la salud de grupos específicos.

3.4.3.1. Primer nivel.

Es el primer contacto de la población con la red de servicios de salud, a través de los establecimientos y acciones comunitarias. En este nivel se brindan accesos a los servicios básicos de salud, los cuales son: acciones integrales de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, diseñadas, organizadas y realizadas para resolver los problemas de salud de las personas y del ambiente, que requieran de tecnologías y recursos apropiados para la resolución de los problemas más frecuentes.⁽³⁷⁾

En este nivel se encuentran:

- **La vivienda:** al ser el lugar donde el personal de salud realiza visita domiciliar.⁽³⁷⁾
- **Centro comunitario de salud:** establecimiento de menor complejidad, tiene bajo su área de responsabilidad una población menor de mil quinientos habitantes. En la prestación de servicios de salud participan directamente miembros de la comunidad así como personal del Ministerio.⁽³⁷⁾
- **Puesto de salud:** es el establecimiento de servicios públicos de salud de Primer Nivel de Atención ubicados en aldeas, cantones, caseríos y barrios de los municipios. Cubre dos mil habitantes como promedio y sirve de enlace entre la red institucional y el nivel comunitario. Brinda un conjunto de servicios básicos de salud definidos según normas en un horario de 8 horas de lunes a viernes; y el recurso humano básico conformado por el/la auxiliar de enfermería y el/la técnico(a) de salud rural.⁽³⁷⁾

3.4.3.2. Segundo nivel.

Este nivel está dirigido a la prestación de servicios ampliados de salud para solucionar los problemas de las personas, referidas del

primer nivel de atención o aquellas que por demanda espontánea y urgencias acudan a los establecimientos típicos de este nivel.

Comprende la prestación de servicios de: medicina general, laboratorio, rayos x y emergencia.⁽³⁷⁾

- **Centro de salud:** el centro de salud es la base de este nivel de atención, generalmente ubicado en la cabecera municipal y centros poblados de 5,000 a 20,000 habitantes. Brinda a la población de su área de influencia, los servicios ampliados de salud definidos según normas; coordina y articula la prestación de servicios de salud de los establecimientos de menor categoría ubicados en su área de influencia.⁽³⁷⁾

Los centros de salud se clasifican en: centros de salud tipo B, centro de atención a pacientes ambulatorios (CENAPA), centros de salud tipo A, centro de atención médica permanente (CAP), centro de atención integral materno-infantil (CAIMI), y otros centros de salud como clínicas periféricas, centros de urgencias médicas (CUM) y maternidades periféricas.⁽³⁷⁾

- **Centro de salud tipo B:** son establecimientos de servicios públicos de salud que brindan servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidos a las personas y acciones al ambiente. Tiene un área de influencia comprendida entre cinco y diez mil habitantes. Los recursos humanos básicos son médico general, odontólogo, psicólogo, enfermero(a), auxiliar de enfermería, técnico(a) en salud rural, inspector(a) de saneamiento ambiental, técnico(a) de laboratorio clínico y personal de administrativo y de apoyo.⁽³⁷⁾
- **Centro de salud tipo A:** son establecimientos de servicios públicos que cuentan con servicios de internamiento, de seis a diez camas para atención materno-infantil. Estos centros están situados en áreas geográficas seleccionadas, en centros

urbanos de alta concentración poblacional. Tienen un área de influencia entre diez y veinte mil habitantes. Funcionan las veinticuatro horas del día y brindan atención de maternidad (parto sin complicaciones), además de las acciones de recuperación, ejecutan acciones de promoción, prevención y rehabilitación según normas. Los recursos humanos básicos son: médico general, odontólogo(a), psicólogo(a), enfermero(a) profesional, auxiliar de enfermería, técnico(a) de salud rural, inspector de saneamiento ambiental; técnicos(as) de laboratorio, y personal administrativo y operativo de apoyo. ⁽³⁷⁾

3.4.3.3. Tercer nivel.

Es el nivel donde se atienden los servicios de salud de alta complejidad dirigidos a la solución de los problemas de las personas referidas de los niveles de atención precedentes, así como aquellas personas que acudan a los establecimientos de este nivel en forma espontánea o por razones de urgencia.

Los establecimientos que brindan atención a este nivel son: hospitales regionales, hospitales nacionales y hospitales especializados de referencia nacional. ⁽³⁷⁾

3.5. Normas de atención integral en salud.

El Ministerio de Salud y Asistencia Social ha realizado gestión centrada en las personas y con la finalidad de mejorar la situación de salud de la población, elaboró desde el año 2004 las normas de atención del primer y segundo nivel por ciclo de vida. Las Normas de Atención Integral en Salud se elaboran con el enfoque de desarrollo de la atención primaria de salud, la cual se encuentra basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, las cuales han sido puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, dichas normas en Guatemala tienen su expresión en el primer y segundo nivel de asistencia sanitaria,

desde los pilares de la promoción de salud, prevención de enfermedades, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, curación y rehabilitación. ⁽³⁶⁾

Las Normas de Atención Integral en Salud del año 2007, son el último normativo con el que ha sido capacitado el personal del primer y segundo nivel. Se encuentra organizado de la siguiente manera:

- Módulo 1: Crónicas no transmisibles
- Módulo 2: Salud buco dental
- Módulo 3: Salud mental
- Módulo 4: Salud a la población migrante
- Módulo 5: Salud laboral
- Módulo 6: Medicina tradicional, popular y alternativa. ⁽³⁶⁾

3.5.1. Normas de medicina tradicional, popular y alternativa. *(Ver anexo 4)*

En el año 2007 se crearon las condiciones políticas, estratégicas, normativas y operativas que contribuyeron a la aparición de las normas de Medicina Popular, Tradicional y Alternativa por vez primera dentro de las Normas de Atención Integral en Salud, siendo capacitado el personal de salud a partir ese momento. Dichas normas incluyen únicamente una pequeña parte del “Vademécum Nacional de Plantas Medicinales”, el cual es un esfuerzo conjunto, entre el MSPAS y la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la Universidad de San Carlos y que están descritos en forma popular para facilitar su manejo por el personal de los servicios de salud. Las plantas que se incluyen son parte de las 101 que contiene el vademécum. Las terapias a base de plantas medicinales y las terapias occidentales están descritas para ser complementarias en el tratamiento de las diferentes enfermedades. Dicha sección se subdivide en 10 apartados que se describen a continuación. ⁽³⁶⁾

3.5.1.1. Formas de preparación de las plantas medicinales.

- **Infusión:** consiste en dejar en contacto por algunos minutos a la parte medicinal de las plantas con agua hirviendo. Garantiza que sus partes o principios activos no sufran deterioro. Se utiliza para

hacer preparaciones de las partes suaves como flores y hojas tiernas.⁽³⁸⁾

- **Cocimiento:** se prepara hirviendo durante algunos minutos la planta y luego se filtra. Debe emplearse para las partes duras de la planta y tomando en cuenta que los principios activos sean resistentes al calor como: troncos, raíces, cortezas y semillas.⁽³⁸⁾
- **Tintura:** obtenidas por maceración de plantas secas en alcohol del 60° a 90°, variando la graduación alcohólica según las características de las plantas. Se preparan a partir de una única planta, pudiendo mezclar las respectivas tinturas (preparación de elixires) en el momento de su utilización. Las tinturas tienen la ventaja de ser más estables y de fácil dosificación.⁽³⁸⁾
- **Jarabes:** preparados a partir de plantas frescas, secas o sus tinturas y una cantidad determinada de azúcar. En su composición se incluyen varias plantas con un efecto sinérgico entre ellas.⁽³⁸⁾

3.5.1.2. Esquemas para tratamiento para la tos (a partir de 5 años).

- **Esquema de tratamiento No.1:** donde se describe el uso y la forma de preparación de remedio a base de tomillo
- **Esquema de tratamiento No.2:** donde se describe el uso y la forma de preparación de remedio a base de eucalipto, jengibre y ocote.⁽³⁸⁾

3.5.1.3. Esquemas de tratamiento de dolor de garganta (a partir de 5 años).

- **Esquema de tratamiento No.1:** donde se describe el uso y la forma de preparación de remedio a base de linaza y miel

- **Esquema de tratamiento No.2:** donde se describe el uso y la forma de preparación de remedio a base de llantén y miel.
- **Esquema de tratamiento No.3:** donde se describe el uso y la forma de preparación de remedio a base de malva. ⁽³⁸⁾

3.5.1.4. Esquemas para tratamiento de fiebre (a partir de 10 años).

- **Esquema de tratamiento No.1:** donde se describe el uso y la forma de preparación de remedio a base de pino.
- **Esquema de tratamiento No.2:** donde se describe el uso y la forma de preparación de remedio a base de Salvia sijá, Miel y agua o leche. ⁽³⁸⁾

3.5.1.5. Coadyuvante escasa leche materna.

- **Esquema de tratamiento No.1:** donde se describe el uso y la forma de preparación de infusión a base de ixbut. ⁽³⁸⁾

3.5.1.6. Tratamiento para la diarrea (a partir de los 5 años).

- **Esquema de tratamiento No.1:** donde se describe el uso y la forma de preparación de remedio a base de guayaba. ⁽³⁸⁾

3.5.1.7. Tratamiento para la diarrea/diarrea bacteriana (a partir de los 5 años).

- **Esquema de tratamiento No.2:** donde se describe otro esquema de uso del remedio a base de guayaba preparado anteriormente. ⁽³⁸⁾

3.5.1.8. Tratamiento para las amebas/shigellosis (a partir de los 5 años).

- **Esquema de tratamiento No.1:** donde se describe el uso y la forma de preparación de remedio a base de jacaranda.
- **Esquema de tratamiento No.2:** donde se describe otro esquema de uso del remedio a base de jacaranda preparado anteriormente.
- **Esquema de tratamiento No.3:** donde se describe el uso y la forma de preparación de remedio a base de guayaba. ⁽³⁸⁾

3.5.1.9. Tratamiento parasitismo intestinal (a partir de los 10 años).

- **Esquema de tratamiento No.1:** donde se describe el uso y la forma de preparación de remedio a base de apazote.
- **Esquema de tratamiento No.2:** donde se describe el uso y la forma de preparación de remedio a base de ajo. ⁽³⁸⁾

3.5.1.10. Tratamiento antiespasmódico (a partir de 10 años).

- **Esquema de tratamiento No.1:** donde se describe el uso y la forma de preparación de remedio a base de hierbabuena.
- **Esquema de tratamiento No.2:** donde se describe el uso y la forma de preparación de remedio a base de pericón. ⁽³⁸⁾

3.6. Conocimientos.

El conocimiento, de acuerdo a la Real Academia Española, se define como la acción y efecto de conocer que a su vez se define como el entender, advertir, saber. Conocimiento también se define como el entendimiento, inteligencia o razón natural. Las definiciones del conocimiento son amplias y variadas ya que depende mucho del contexto en el cual se utiliza dicho término. ⁽³⁹⁾

De manera general, se acepta al conocimiento como el conjunto de hechos, o datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un tema u objeto de la realidad. ⁽⁴⁰⁾

El conocimiento se encuentra afianzado para muchos autores dentro del concepto del aprendizaje tal es el caso de Morris y Maisto quienes contemplan el aprendizaje como un elemento primario del proceso en que la experiencia o la práctica pueden producir un cambio relativamente permanente en la conducta o el potencial de conducta ⁽⁴⁰⁾

En el ámbito filosófico, Hume asegura que “Todos los objetos cuya investigación se propone la razón humana, se dividen naturalmente en dos clases” y que pueden considerarse contenidos de nuestra conciencia. La primera clase la constituyen las relaciones de ideas y la segunda las cuestiones de hecho. ⁽⁴⁰⁾

Las relaciones de ideas son los enunciados cuya verdad se conoce por simple actividad de la mente y son, por tanto, a priori, se fundamentan en el principio de identidad o no contradicción, se conocen por intuición o demostración, y su contradictorio es imposible; por tanto, son verdades necesarias. A este grupo pertenecen los enunciados de las matemáticas y la lógica. ⁽⁴¹⁾

3.6.1. Conocimiento científico.

El término ciencia está definido por el diccionario de la Real Academia Española como el conjunto de conocimientos obtenidos mediante la observación y el razonamiento, sistemáticamente estructurados y de los que se deducen principios y leyes generales, ⁽³⁹⁾ obteniendo de esta manera al conocimiento científico como una aproximación crítica a la realidad, misma que se apoya directamente en el método científico que, esencialmente, trata de percibir, comprender y explicar desde lo esencial hasta lo más específico y complicado, el porqué de las cosas y su acontecer. El conocimiento científico es un saber racional e intersubjetivo, que tiene una estructura lógica. ⁽⁴²⁾

El conocimiento científico se va produciendo en la transformación de conocimientos previos, sean estos científicos ya establecidos o no científicos como aseveraciones empíricas u observaciones personales, siendo esta

transformación realizada mediante el proceso de investigación científica y todos los pasos que este conlleva.⁽⁴³⁾

3.6.2. Conocimiento empírico.

Suele decirse que la percepción es la primera y más directa forma de obtener conocimiento sobre el mundo, hasta lo que se aprende al leer o escuchar a los demás se adquiere mediante esta, formando parte del sentido común. Los sentidos proporcionan al ser humano un conocimiento directo de la realidad, impregnando en la persona todo aquello que existe en el mundo y los acontecimientos que suceden en él.⁽⁴⁴⁾

El diccionario de la Real Academia Española define el término empirismo como el conocimiento que se origina de la experiencia o bien un sistema filosófico basado fundamentalmente en los datos de la experiencia.⁽³⁹⁾

El saber vulgar, no científico o empírico, no tiene que demostrarse ni explicarse, está asociado con las creencias, la “*doxa*” o simplemente, la mera opinión.⁽⁴²⁾

3.6.3. Medición del conocimiento.

En ocasiones es necesario recolectar información que permita establecer si la transmisión de información ha sido adecuada. Lo que se busca es estudiar la manera en que el grupo objetivo entiende, procesa mentalmente y responde a la información que se le presenta, con énfasis en interrupciones en este proceso, lo que se conoce como medición del conocimiento.⁽⁴⁵⁾

El intento de medir el conocimiento; desde los trabajos de Sternberg y Wagner (1985); Wagner (1987) Sternberg et al., (1995) en el campo de la psicología; quienes enfocaron la medición del conocimiento tácito, dentro del cual consideran las experiencias vividas y acumuladas por los individuos a lo largo de los años. Otros estudios han utilizado como indicador el nivel de cualificación o de educación en los individuos, refiriéndose al conocimiento que el individuo ha logrado adquirir y acumular en su proceso de formación y experiencias vividas. Señalan además que antes de cualquier intento de

medirlo es preciso llegar a un consenso sobre la unidad de medida en el individuo, proceso u organización. ⁽⁴⁶⁾

Para hacer un análisis minucioso del conocimiento, es necesario abordarlo desde dos dimensiones: el epistemológico y el ontológico, el primero se refiere a la manifestación o modos de expresión del conocimiento en el ser humano. Este puede ser articulado de manera empírica o científica. El conocimiento empírico es difícil de articularse y puede transmitirse mediante un lenguaje informal del maestro al aprendiz y por lo tanto es complejo de codificarse. Con respecto al conocimiento científico puede codificarse en documentos escritos, programas de computadora etc. En cuanto a la dimensión ontológica se refiere a que el conocimiento puede residir a un nivel individual o puede estar distribuido colectivamente entre los miembros de la comunidad y por tanto ser aplicado a actividades, tareas o problemas específicos y transferirlo a determinadas personas. ⁽⁴⁶⁾

Para su análisis, el conocimiento científico se divide en *Saber qué*, lo que se refiere a la capacitación profesional y *Saber por qué*, que se refiere a la educación formal en el individuo. Por otra parte, el conocimiento empírico, por no haber sido adquirido de manera estandarizada, es necesario dividirlo para su análisis en *Saber cómo* que se refieren al desarrollo de habilidades cognoscitivas y físicas en el individuo, y *Saber quien* a las habilidades a nivel individual y a nivel colectivo. Es necesario aclarar que ambos tipos de conocimientos se manifiestan en el individuo de manera conjunta e interactiva, es decir, se encuentran simbióticamente unidos. ⁽⁴⁶⁾

Sin embargo, a pesar de esta forma de división que permite ver el conocimiento desde el punto de vista analítico, la medición del conocimiento a través de escalas numéricas que ponderen la cantidad de conocimiento que una persona posee acerca de un tema determinado es sumamente compleja y por lo general se realiza estableciendo puntos de corte arbitrarios que determinan si el individuo posee o no conocimiento. ⁽⁴⁶⁾

Se han realizado estudios en el país, los cuales pretenden abordar el conocimiento de la medicina tradicional en diversas poblaciones. Al respecto,

Álvarez en el estudio titulado “Conocimiento y actitudes respecto a medicina tradicional en estudiantes de medicina” realizado en 1991 evidencio que 76% de los estudiantes no tenían un concepto claro de la medicina tradicional. ⁽⁴⁷⁾

En el ámbito internacional, Luna, et. al, realizaron en la Habana, Cuba un estudio titulado “Conocimiento de la medicina natural y tradicional en la población mayor de 18 años” en el año 2006, encontrando un alto nivel de conocimiento (72.3% de los encuestados) sobre la medicina natural tradicional y sus técnicas. ⁽⁴⁸⁾

En Guatemala, tanto el Ministerio de Educación como la Universidad de San Carlos de Guatemala plantean dentro de los reglamentos de evaluación, la nota de aprobación de cursos arriba de 60 puntos y 61 respectivamente; por lo que son parámetros que se pueden tomar en cuenta a la hora de establecer los criterios para considerar la aprobación de determinado instrumento. ^(49,50)

3.7. Actitudes.

Actitud proviene del latín “actitudo” y es definida por la Real Academia Española inicialmente como la “disposición de ánimo que se manifiesta de algún modo”. Otras definiciones refieren la postura del cuerpo humano y que tienen como característica el expresar algo con eficacia o la determinación de la expresión por los movimientos del ánimo. ^(39, 51)

La actitud ha sido definida también como un estado de disposición nerviosa y mental que se organiza mediante la experiencia y que por sus características ejerce un efecto dinámico u orientador sobre las respuestas que da un individuo a los objetos y situaciones con las que guarda relación en su entorno. ⁽⁵¹⁾

Por ello se considera a la actitud como una motivación social, como una predisposición aprendida para responder de un modo consistente a un objeto social. Por tal razón, la psicología social analiza las actitudes para predecir conductas. ⁽⁵¹⁾

Las actitudes poseen tres componentes, el cognoscitivo que se encuentra formado por las percepciones y creencias que se poseen hacia un objeto además de la

información con la que se cuenta del mismo, el otro componente es el afectivo que consiste en el sentimiento a favor o en contra de un objeto social y el tercer componente es el social que se define como la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. ⁽⁵¹⁾

El conocimiento de las creencias de las poblaciones es esencial para poder establecer la aceptación de planes y programas y realizar las adaptaciones que sean necesarias para lograr la pertinencia de las mismas.

Se han realizado estudios en el país que abordan las actitudes con respecto a la medicina tradicional. En su estudio Álvarez, evidenció que 77% de los estudiantes tenían una actitud negativa a la incorporación de contenidos de medicina tradicional al pensum de la carrera de médico y cirujano y además este mismo porcentaje no aceptaba la idea de realizar un tratamiento complementario. Sin embargo el 69% consideraba que la medicina tradicional era una alternativa de atención médica para la mayoría de la población guatemalteca y las principales razones que se mencionaron fueron que era de bajo costo, era aceptada culturalmente y que estaba al alcance de la mayoría de la población. ⁽⁴⁷⁾

Por otra parte, Valdez, realizó en 1987 un estudio titulado “La medicina tradicional y su integración con la medicina moderna” en el cual se evidencio que el 68.47% aceptaba la práctica de la medicina tradicional mientras que un 31.58% la rechazaban. Este grupo estudiado refirió estar de acuerdo con la capacitación para el uso de este tipo de medicina. ⁽³⁾

3.7.1. Medición de las actitudes.

Las actitudes están relacionadas con el comportamiento al cual hacen referencia. Sin embargo, las actitudes son sólo un indicador de la conducta, no la conducta en sí. Por ello, las mediciones de actitudes deben interpretarse como “síntomas” y no como “hechos”, pues no en todos los casos las actitudes determinan que se presenten comportamientos específicos. ⁽⁵²⁾

Las actitudes tiene diversas propiedades, entre las que destacan: dirección (positiva o negativa) e intensidad (alta o baja); estas propiedades forman parte de la medición. ⁽⁵²⁾

Los métodos más conocidos para medir por escalas las variables que constituyen actitudes son: el método el diferencial semántico, la escala de Guttman y el escalamiento tipo Likert. El primero consiste en una serie de adjetivos que califican al objeto de actitud, ante los cuales se solicita la reacción del sujeto. La escala de Guttman está basada en el hecho de que algunos ítems indican, en mayor medida, la intensidad de la actitud. ⁽⁵²⁾

3.7.2.Escalamiento tipo Likert.

El método consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. De esta manera, el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y, al final, su puntuación total, sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones. ⁽⁵²⁾

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo y deben expresar sólo una relación lógica. Para cada afirmación se dan un determinado número de respuestas, las cuales indican cuando se está de acuerdo con la afirmación correspondiente. A cada una de ellas se le asigna un valor numérico y sólo puede ser elegida una opción con cada afirmación dada. Se considera un dato inválido si se marcan dos o más opciones. ⁽⁵²⁾

Las afirmaciones pueden tener dirección: favorable positiva o desfavorable o negativa. Si la afirmación es positiva, significa que califica favorablemente al objeto de actitud, y cuanto más de acuerdo con la afirmación estén los sujetos, su actitud será más favorable. Si la afirmación es negativa, significa que califica desfavorablemente al objeto de actitud, y cuanto más de acuerdo estén los sujetos con la afirmación, su actitud es menos favorable. Cuando las afirmaciones son negativas se califican al contrario que las positivas. ⁽⁵²⁾

Las puntuaciones en las escalas Likert se obtienen sumando los valores alcanzados respecto a cada frase. Por ello se denomina escala aditiva. Una puntuación se considera alta o baja de acuerdo con el número de ítems o afirmaciones. La escala cuenta con una puntuación mínima, la cual será equivalente al número de ítems o afirmaciones y una puntuación máxima igual

al producto del número de ítems con el número de respuestas posibles. Posteriormente, se define la actitud respecto a la variable evaluada según la cercanía de la puntuación hacia la puntuación mínima o máxima las cuales representan actitud muy desfavorable y muy favorable, respectivamente. ⁽⁵²⁾

3.8. Prácticas.

Práctica es un concepto que posee varios usos y significados, se puede definir como la acción que se desarrolla a través de la aplicación de ciertos conocimientos. ⁽³⁹⁾

De acuerdo con la Real Academia Española, práctica se refiere a los conocimientos que enseñan el modo de hacer algo. Consiste también en el ejercicio de cualquier arte o facultad, conforme a sus reglas, es una destreza adquirida con este ejercicio. Sin embargo, práctica se entiende en términos generales como el ejercicio que se realiza de acuerdo a ciertas reglas, es una manera de utilizar los conocimientos adquiridos y plasmarlos en la realidad es una respuesta del individuo a los estímulos del entorno social. ^(39, 53)

Se encontraron estudios que se han dado a la tarea de evaluar el aspecto de prácticas de medicina tradicional; como la tesis titulada “La medicina tradicional y su utilización en el área rural” realizada por Rodríguez, en el año 1995 en el municipio de San Juan Sacatepéquez en la cual se evidenció que en cuanto a la utilización de los servicios de salud, el 4% de la población estudiada hizo uso exclusivo de los centros de atención médica tradicional brindada por curanderos y el 96% realizó un uso mixto de los centros de atención; es decir centros de atención médica tradicional y centros de atención médica oficial. ⁽²⁾ Por su parte, Valdez, en su estudio, evidenció que los médicos utilizaban muy poco la medicina tradicional, ya que del total de médicos encuestados, 50% no había recomendado hasta el momento ningún tratamiento propio de la medicina tradicional, sin embargo un 46.65% si había recomendado; el principal tratamiento recomendado fue la infusión de una amplia variedad de plantas. ⁽³⁾

3.9. Personal de salud.

3.9.1. Médicos institucionales.

Médicos que laboran en el área institucional (centro de salud). Sus funciones son realizar exámenes clínicos, diagnósticos y prescripción de tratamientos generales a pacientes. Atender emergencias y consultas externas en centros de salud del Ministerio. Practicar intervenciones de pequeña cirugía. Auxiliar al personal médico que se dedica al tratamiento de casos especiales. Interpretar el resultado de exámenes de laboratorio. ⁽⁵⁴⁾ Participar en actividades científicas y docentes dentro y fuera de las dependencias del Ministerio. Elaborar registros y reportes sobre los casos atendidos de acuerdo a normas establecidas y otras funciones inherentes al cargo.

Este ejerce sus funciones en base a ejecutar acciones como director del centro de salud, prestación de atención en salud u otras funciones administrativas o salubristas. ⁽⁵⁴⁾

- Director del centro de salud.
- Médicos del centro de salud.
- Médicos de unidad específica. ⁽⁵⁴⁾

3.9.2. Enfermero(a) profesional.

Enfermeras que laboran en el área institucional (centro de salud). Sus funciones son ejecutar tareas de enfermería en la atención, diagnóstico, prescripción y administración de tratamientos para las diversas enfermedades, trastornos y lesiones del organismo humano, así como en la aplicación de métodos de medicina preventiva como medida de prevención contra enfermedades en jornada matutina. ⁽⁵⁴⁾

3.9.3. Enfermero(a) auxiliar.

Enfermera que laboran en el área institucional (centro o puesto de salud). Sus funciones son auxiliar al personal de enfermería y profesional en ciencias de la salud en la atención y administración de tratamientos para las diversas

enfermedades, trastornos y lesiones del organismo humano, así como en la aplicación de métodos de medicina preventiva para evitar enfermedades, entre otras funciones inherentes al cargo. ⁽⁵⁴⁾

3.9.4. Técnico(a) en salud rural.

Técnico que labora en el área institucional (centro de salud). Sus funciones son asignar y supervisar las tareas que realiza el personal de una brigada de rociado en las campañas de lucha antimalárica. Distribuir los materiales y equipo de trabajo velando por el uso adecuado y mantenimiento de los mismos. Impartir pláticas a las autoridades civiles y militares de las localidades a efecto de divulgar los objetivos de la campaña y notificar a los vecinos el calendario de rociamiento señalándoles las medidas preventivas de que deben tomar y otras funciones inherentes al cargo. ⁽⁵⁴⁾

3.9.5. Estudiante de ejercicio profesional supervisado rural.

Estudiante de último año de la carrera de médico y cirujano, quien es insertado formalmente en el sistema nacional de salud, específicamente en el primer nivel de atención (puestos de salud). Sus funciones son realizar exámenes clínicos, diagnósticos y prescripción de tratamientos generales a pacientes, así como promoción de la salud a los habitantes de una o más comunidades establecidas dentro de un área geográfica determinada. ⁽⁵⁵⁾

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo y diseño.

Cuantitativo, no experimental, transversal, descriptivo

4.2. Unidad de análisis.

4.2.1. Unidad primaria de muestreo:

4.2.1.1. Usuarios: habitantes de los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, mayores de 18 años, que consultaron los centros de salud de dichos lugares.

4.2.1.2. Personal de salud: personal empleado en los distritos municipales de salud, (médicos, enfermeras(os) profesionales, enfermeras(os) auxiliares, técnicos en salud rural y estudiantes de ejercicio profesional supervisado rural, EPSR, de medicina), de los lugares designados.

4.2.2. Unidad de análisis: respuestas obtenidas con los instrumentos diseñados.

4.2.3. Unidad de información:

4.2.3.1. Usuarios: habitantes de los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, mayores de 18 años, que consultaron los centros de salud de dichos lugares.

4.2.3.2. Personal de salud: personal empleado en los distritos municipales de salud, (médicos, enfermeras(os) profesionales, enfermeras(os) auxiliares, técnicos en salud rural y estudiantes de EPSR de medicina), de los lugares designados.

4.3. Población y muestra.

Se tomaron en cuenta dos poblaciones: usuarios y trabajadores de salud.

4.3.1. Usuarios:

4.3.1.1. Población: personas mayores de 18 años, usuarios de los servicios de salud de los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá.

4.3.1.2. Marco muestral: XI Censo nacional de población (2002).

4.3.1.3. Muestra: de la población que se incluyó en el estudio se toma una muestra representativa de la misma y de tamaño adecuado.

- **Tamaño de la muestra:** para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la formula de muestreo por proporciones:

$$n = \frac{N_z^2 pq}{d^2 N + z^2 pq}$$

Donde:

n: tamaño de la muestra

N: tamaño de la población

z: nivel de confianza de 95%, (1.96).

p: prevalencia del fenómeno estudiado. Por no ser posible calcular esta prevalencia, se toma 0.5 como valor estándar.

q: 1 – p

d: coeficiente de confiabilidad 0.06

Municipio	N	z	p	q	d	Tamaño de la muestra
Chiquimula	43,100	1.96	0.5	0.5	0.06	265
San José la Arada	4,052	1.96	0.5	0.5	0.06	250
Quetzaltenango	68,887	1.96	0.5	0.5	0.06	266
Salcajá	8,007	1.96	0.5	0.5	0.06	258
TOTAL						1,039

4.3.2. Personal de salud:

4.3.2.1. Población: personal empleado en los distritos municipales de salud de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, que desempeñaban los cargos de médicos, enfermeras(os) profesionales, enfermeras(os) auxiliares, técnicas(os) en salud rural y estudiantes de EPSR de medicina.

Municipio	Médico	Enfermera(o) profesional	Enfermera(o) auxiliar	Técnico en salud rural	Estudiante EPSR de medicina	TOTAL
Chiquimula	3	1	15	5	5	29
San José la Arada	1	1	8	4	2	16
Quetzaltenango	3	3	10	2	2	20
Salcajá	1	1	8	2	1	13
TOTAL	8	6	41	13	10	78

4.3.2.2. Marco muestral: nómina de empleados de los distritos municipales de salud.

4.3.2.3. Muestra: en este caso no se trabajó con muestra sino con la población completa.

4.4. Selección de sujetos de estudio.

4.4.1. Criterios de inclusión:

4.4.1.1. Usuarios:

Personas mayores de 18 años de edad, usuarios de los servicios de salud de los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá.

4.4.1.2. Personal de salud:

Personas empleadas en el distrito municipal de salud designado, dentro de los centros y puestos de salud, que desempeñaran el cargo

de médicos, enfermeras(os) profesionales, auxiliares de enfermería, técnicos en salud rural y estudiantes del ejercicio profesional supervisado rural de medicina.

4.4.2. Criterios de exclusión:

4.4.2.1. Usuarios:

Personas que presentaban problemas mentales o cualquier otro impedimento físico que dificultara responder la encuesta. Personas que reconsultaron durante el período de investigación que fueron encuestadas previamente.

4.4.2.2. Personal de salud:

Trabajadores que se encontraban de vacaciones. Trabajadores que ya no laboraban en los servicios al momento del estudio. Trabajadores suspendidos por enfermedad.

4.5. Definición y operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Instrumento
Personal de salud	Individuos que trabajan en la prestación de servicios de salud, ya sea como practicantes individuales o como empleados de instituciones y programas de salud, aunque no tengan entrenamiento profesional, y estén o no sujetos a regulación pública. ⁽⁵⁶⁾	Dato obtenido del trabajador respecto al cargo desempeñado dentro del distrito municipal de salud. • Médico • Enfermero(a) profesional • Enfermero(a) auxiliar • Técnico de salud rural • Estudiante EPSR	Cualitativa Politómica	Nominal	Boleta de recolección de datos
Características sociodemográficas	Conjunto de características inherentes al sujeto que no son susceptibles a modificación y que condicionan el comportamiento demográfico y social. ⁽⁵⁷⁾	Sexo Características físicas de la persona entrevistada que condicionan el hecho de ser hombre o mujer, observadas por el entrevistador. ⁽⁵⁸⁾ • Masculino • Femenino	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Boleta de recolección de datos
		Edad Dato obtenido de la persona entrevistada respecto a su edad en años. ⁽³⁹⁾ • 18-19 años • 20-24 años • 25-39 años • 40-49 años • 50-59 años • 60-64 años • 65-69 años • >70 años	Cuantitativa	Razón	Boleta de recolección de datos
		Etnia Dato obtenido de la persona entrevistada respecto al hecho de considerarse indígena o no indígena. ⁽³⁹⁾	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Boleta de recolección de datos
		Escolaridad Dato obtenido de la persona entrevistada con respecto al último año escolar aprobado. ⁽³⁹⁾	Cualitativa Politómica	Ordinal	Boleta de recolección de datos

		• Primero a tercero primaria • Cuarto a sexto primaria • Primero a tercero básico • Diversificado • Universidad (continua estudiando) • Universidad completa			
Conocimientos	Hechos, o datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia o educación, la comprensión teórica o práctica de un tema u objeto de la realidad. ⁽⁵⁹⁾	Datos obtenidos de la persona entrevistada que permiten evaluar la existencia o ausencia de información y comprensión acerca de medicina tradicional que posee el personal de salud y los habitantes respecto a las normas de atención integrales referentes a medicina tradicional. • Puntuación de 61 o más en el instrumento: posee conocimiento • Puntuación de 60 o menos en el instrumento: no posee conocimiento	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
Actitudes	Formas de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. ⁽⁵¹⁾	Datos obtenidos de la persona entrevistada que permiten evaluar el comportamiento presentado por el personal de salud y los habitantes respecto a las normas de atención integrales referentes a medicina tradicional el cual puede ser manifestado como actitud positiva o negativa. • Actitud muy favorable • Actitud favorable • Actitud indiferente • Actitud desfavorable • Actitud muy desfavorable	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
Prácticas	Ejercicio de una capacidad, habilidad, conocimiento o arte. ⁽³⁹⁾	Datos obtenidos de la persona entrevistada que permiten evaluar el uso de los conocimientos respecto a las normas de atención integrales referentes a medicina tradicional por el personal de salud y los habitantes.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos

4.6. Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos

4.6.1. Técnicas

4.6.1.1. Usuarios:

Se realizó una encuesta utilizando un cuestionario previamente desarrollado, de preguntas cerradas, tanto dicotómicas como con varias alternativas de respuesta, el cual fue aplicado a la muestra de la población ya seleccionada tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión

4.6.1.2. Personal de salud:

Se realizó una encuesta utilizando un cuestionario previamente desarrollado, de preguntas cerradas, tanto dicotómicas como con varias alternativas de respuesta, a los trabajadores de los distritos municipales de salud en cuestión, tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión.

4.6.2. Procedimientos

- Elección de tema de investigación.
- Realización de anteproyecto de investigación.
- Revisión y corrección de anteproyecto de investigación por parte de asesor y revisor.
- Revisión y aprobación de anteproyecto de investigación por parte de la Unidad de Trabajos de Graduación.
- Realización de protocolo de investigación.
- Revisión y corrección de protocolo de investigación por parte de asesor y revisor.
- Revisión, corrección y aprobación de protocolo de investigación por parte de la Unidad de Trabajos de Graduación.
- Solicitud de cartas de autorización y aval para la realización de la investigación por parte de los distintos distritos municipales de salud.

- Recolección de datos:
 - Usuarios:
 - ✓ Dentro de las instalaciones de los 4 centros de salud establecidos se abordó a los usuarios que cumplieron con los criterios de inclusión. Se utilizó una técnica muestreo por conveniencia, encuestando a todo usuario del servicio, previa lectura por el encuestador del consentimiento informado y su debida autorización por el usuario. Dicho procedimiento se realizó durante el número de días necesarios hasta llegar a la muestra previamente establecida.
 - ✓ Se realizó tabulación de los datos al finalizar cada día de encuestas.
 - Personal de salud:
 - ✓ Con la colaboración del jefe de distrito de cada uno de los municipios, se estableció una fecha para reunir a todo el personal de salud que cumpliera con los criterios de inclusión, en las instalaciones de los distintos centros de salud.
 - ✓ Se entrevistó a dichos trabajadores de salud, previa lectura del consentimiento informado y debida aprobación por parte de los mismos, utilizando el instrumento previamente establecido.
 - ✓ Se realizó tabulación de los datos al finalizar las encuestas al personal de salud.
- Análisis e interpretación de la información obtenida.
- Realización de informe final.
- Revisión y aprobación de informe final por parte de la Unidad de Trabajos de Graduación.
- Impresión de trabajos de graduación.
- Examen público y acto de graduación.

4.6.3. Instrumentos:

4.6.3.1. Instrumento dirigido a los usuarios *(ver anexo 6)*

El instrumento para recolectar la información en la población del estudio consistió en una entrevista constituida por 4 secciones:

- **Sección I:** incluyó 4 preguntas respecto a las características sociodemográficas de la población: edad, sexo, etnia y escolaridad.
- **Sección II:** esta sección incluyó las preguntas de la 1 a la 8, se indagó acerca de los conocimientos de la población con respecto a la medicina tradicional, considerando estos como empíricos pero siempre teniendo un punto de partida que en este caso fue el plan educacional que les brinda el personal de salud en base a las normas de atención en salud.

La pregunta 1 inquirió respecto al conocimiento o no respecto de la medicina tradicional, la pregunta número 3 interrogaba acerca de cuáles plantas han sido recomendadas por el personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se planteó la opción de ninguna por si esto no hubiera sido realizado por el personal. La pregunta 4 fue acerca de una combinación de plantas que se encuentran en las guías para la elaboración de un jarabe para la tos, la pregunta 5 abordó el tema de plantas recomendadas para la realización de gárgaras para la odinofagia, la pregunta 6 abordó el tema de tratamiento para la diarrea, la pregunta 7 abordó el tema de parasitismo intestinal y plantas recomendadas y la pregunta número 8 evaluó el conocimiento para el tratamiento de fiebre, basadas todas en las recomendaciones de las Normas de Atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

- **Sección III:** esta sección incluyó las preguntas 9 a la 17, relacionadas con las actitudes de la población respecto a la medicina tradicional. Las preguntas 9, 11, 12, 14, 15 y 16 evaluaron la aceptación de la medicina tradicional dentro de la población y su integración con la medicina occidental. La pregunta 10 evaluó la importancia que tenía

la medicina tradicional para la comunidad. Estas 5 preguntas eran de opción múltiple y respuesta única. Las preguntas 13 y 17 contaron únicamente con dos opciones mutuamente excluyentes.

- **Sección IV:** en esta sección se evidenciaron las prácticas de medicina tradicional dentro de la población. Comprendió las preguntas de la 18 a la 29. La pregunta 18 constó de dos respuestas, mutuamente excluyentes. Las preguntas 19 a la 22 eran de opción múltiple y respuesta única y evaluaban la utilización de la medicina tradicional por parte de la población. La pregunta 23 evaluó la utilización de plantas medicinales, de opción y respuestas múltiples. Las preguntas 24 y 25 fueron de selección múltiple, con opción de varias respuestas. Las preguntas 26, 27 y 28 evaluaron la utilización de terapeutas tradicionales mediante preguntas de opción múltiple y respuesta única. La pregunta 29 fue de opción y selección múltiple.

4.6.3.2. Instrumento dirigido al personal de salud *(ver anexo 7)*

El instrumento para recolectar la información del personal de salud que laboraba en los distritos municipales en los que se realizó el estudio consistió en una entrevista constituida por cuatro secciones.

- **Sección I:** incluyó preguntas respecto a las características sociodemográficas de los trabajadores de salud: edad, sexo, tiempo de residencia en la comunidad, escolaridad, etnia y cargo desempeñado. Estas preguntas fueron de respuesta única y espontánea.
- **Sección II:** en esta sección que incluyó la pregunta de la 1 a la 15, se indagó acerca de los conocimientos del personal de salud acerca de las normas de atención respecto a medicina tradicional propuestas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Las preguntas 1 y 3 constaban de dos respuestas mutuamente excluyentes. Las preguntas 2 y 4 a la 15 pretendían evaluar los conocimientos que se

encuentran en las normas de atención del MSPAS. La pregunta 8 era de selección múltiple.

- **Sección III:** esta sección incluyó las preguntas 16 a la 24, relacionadas con las actitudes del personal de salud con respecto a la medicina tradicional. Las preguntas 16 a la 19 y 21 a la 23 eran de opción múltiple y respuesta única. Con ellas se pretendía evaluar la aceptación de la medicina tradicional y su integración en la medicina occidental. Las preguntas 20 y 24 constaban de dos respuestas mutuamente excluyentes.
- **Sección IV:** en esta sección se evidenciaron las prácticas de medicina tradicional dentro de la población. Comprendió las preguntas de la 25 a la 33. Las preguntas 25 a la 28 evaluaron el uso de la medicina tradicional. Las preguntas 25 y 27 constaban de dos respuestas mutuamente excluyentes mientras que la 26 y 28 constaban de opción múltiple y respuesta única. Las preguntas 29 y 30 evaluaban el uso de medicina tradicional en los servicios de salud. Constaban de opción múltiple y respuesta única. Las preguntas 31 y 32 eran de opción y selección múltiple. La pregunta 33 es de opción múltiple y respuesta única.

4.7. Procesamiento y análisis de datos

4.7.1. Procesamiento de datos:

- Tabulación de los datos.
- Ingreso de la información a la matriz de Epi Info® versión 3.5.1 para formar la base de datos.
- Uso del programa Microsoft® Office Excel® 2007 para la realización de las tablas y gráficas pertinentes.

4.7.2. Análisis de datos:

Se realizó un análisis descriptivo de los datos recolectados, se hizo uso de las herramientas proporcionadas por la estadística descriptiva, mediante la agrupación inicial de los datos en distribuciones de frecuencia con los respectivos porcentajes, representándolas gráficamente según fue más conveniente.

Esto permitió realizar un análisis detallado de los distintos ítems del instrumento de medición, para poder comprender de una manera adecuada el fenómeno investigado y así poder establecer conclusiones respecto a los objetivos planteados.

4.8. Alcances y límites de la investigación

4.8.1. Alcances:

Se definió la investigación como un estudio descriptivo, a través del cual se procuró presentar los conocimientos, actitudes y prácticas tanto de los usuarios como del personal de los servicios de salud. Con el terreno preparado a través de la información descriptiva que se obtuvo con la presente investigación, se establecen las bases para la realización de futuras investigaciones de tipo correlacional y explicativo.

4.8.2. Límites:

La presente investigación se limitó únicamente a los municipios ya establecidos; debido a falta de recurso humano y económico no se podrán abarcar los departamentos de Chiquimula y Quetzaltenango en su totalidad.

No existió un medio para la verificación directa de las prácticas de los usuarios y personal de salud, únicamente se tomó como válido lo referido por el encuestado.

4.9. Aspectos éticos de la investigación

El presente estudio pertenece a la categoría I de la clasificación de riesgo, en el cual se utilizaron técnicas observacionales, sin intervenciones ni procedimientos

importantes, utilizando cuestionarios y sin invadir la intimidad de la persona, es decir, sin riesgo para la población.

Por medio de consentimiento informado referido verbalmente por el encuestador y por escrito, se dió a conocer a ambas poblaciones la voluntariedad de participar en el estudio. *(Ver anexo 5)*

Se explicó a las personas que la aceptación a participar en el estudio era voluntaria, que los datos brindados eran confidenciales y que su uso sería únicamente con fines científicos. Durante la entrevista, el informante podría retirarse en cualquier momento, sin ninguna consecuencia y sería tomado como parte de la muestra.

Debe tomarse en cuenta que siendo esta una investigación que involucra a personas y sus opiniones, se realizó de acuerdo a principios éticos básicos, como lo es el respeto por las personas y por ende el respeto a su autonomía, evitando coaccionar a los sujetos de estudio y sus respuestas, en todo momento. De igual manera, se cumplió con el principio de beneficencia ya que los resultados obtenidos al término de la presente investigación ayudaran a que el usuario de los servicios de salud tenga una mejor atención a través de las recomendaciones pertinentes.

5. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de las 1,117 encuestas, de las cuales 1039 corresponden a usuarios y 78 a personal de salud. Dichas encuestas correspondieron a los conocimientos, actitudes, prácticas de los usuarios y el personal de los distritos de salud en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Salcá y Quetzaltenango.

Los resultados se presentan en dos secciones:

- Caracterización sociodemográfica
- Conocimientos, actitudes y prácticas.

Cada una de estas secciones contiene los resultados de cada una de las poblaciones de estudio: usuarios y personal de salud.

5.1. Caracterización sociodemográfica.

TABLA 1

Distribución de los usuarios de los servicios según características sociodemográficas en los distritos municipales de salud de Chiquimula, San José La Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011
Guatemala, julio 2011

Características		Distrito municipal de salud								TOTAL	%
		Chiquimula		San José la Arada		Quetzaltenango		Salcajá			
		f	%	f	%	f	%	f	%		
Sexo	Femenino	201	76	212	85	227	85	224	87	864	83
	Masculino	64	24	38	15	39	15	34	13	175	17
	TOTAL	265	100	250	100	266	100	258	100	1039	100
Edad	18-19	22	8	22	9	23	9	15	6	82	8
	20-24	66	25	52	21	53	20	58	22	229	22
	25-39	105	40	88	35	127	48	119	46	439	42
	40-49	49	18	43	17	37	14	42	16	171	16
	50-59	13	5	23	9	17	6	14	5	67	6
	60-64	7	3	12	5	4	2	5	2	28	3
	65-69	3	1	7	3	2	1	4	1.6	16	2
	>70	0	0	3	1	3	1	1	0.4	7	1
	TOTAL	265	100	250	100	266	100	258	100	1039	100
Etnia	Indígena	23	9	11	4	145	55	145	56	324	31
	No indígena	242	91	239	96	121	45	113	44	715	69
	TOTAL	265	100	250	100	266	100	258	100	1039	100
Escolaridad	Sin estudios	67	25.3	0	0	27	10.2	36	14	130	12.5
	Primero a tercero primaria	24	9.1	117	46.8	50	18.8	40	15.5	231	22.2
	Cuarto a sexto primaria	101	38.1	82	32.8	76	28.6	77	29.8	336	32.3
	Primero a tercero básico	48	18.1	35	14.0	53	19.9	72	27.9	208	20.0
	Diversificado	18	6.8	16	6.4	51	19.2	28	10.9	113	10.9
	Universidad (continúa estudiando)	6	2.3	0	0	6	2.3	5	1.9	17	1.6
	Universidad completa	1	0.4	0	0	3	1.1	0	0	4	0.4
	TOTAL	265	100	250	100	266	100	258	100	1039	100

Fuente: boleta de recolección de datos

TABLA 2

Distribución del personal de los servicios según características sociodemográficas en los distritos municipales de salud de Chiquimula, San José La Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011
Guatemala, julio 2011

Características		Distrito municipal de salud								TOTAL	%
		Chiquimula		San José la Arada		Quetzaltenango		Salcajá			
		f	%	f	%	f	%	f	%		
Sexo	Femenino	19	66	13	81	14	70	8	62	54	69
	Masculino	10	34	3	19	6	30	5	38	24	31
	TOTAL	29	100	16	100	20	100	13	100	78	100
Edad	18-19	1	3	0	0	0	0	1	8	2	3
	20-24	9	31	4	25	2	10	6	46	21	27
	25-39	12	41	7	44	12	60	3	23	34	44
	40-49	4	14	4	25	3	15	2	15	13	17
	50-59	3	10	1	6	3	15	0	0	7	9
	60-64	0	0	0	0	0	0	1	8	1	1
	65-69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	>70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	29	100	16	100	20	100	13	100	78	100
Etnia	Indígena	0	0	0	0	5	25	2	15	7	9
	No indígena	29	100	16	100	15	75	11	85	71	91
	TOTAL	29	100	16	100	20	100	13	100	78	100
Escolaridad	Sin estudios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Primero a tercero primaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Cuarto a sexto primaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Primero a tercero básico	9	31	1	6	1	5	0	0	11	14
	Diversificado	9	31	6	38	11	55	8	62	34	44
	Universidad (continúa estudiando)	8	28	7	44	2	10	3	23	20	26
	Universidad completa	3	10	2	13	6	30	2	15	13	17
	TOTAL	29	100	16	100	20	100	13	100	78	100
Cargo desempeñado	Médico	0	0	1	6	3	15	1	8	5	6
	Enfermero(a) Profesional	9	31	1	6	3	15	1	8	14	18
	Enfermero(a) Auxiliar	9	31	8	50	10	50	8	62	35	45
	EPS Medicina	8	28	4	25	2	10	1	8	15	19
	Técnico en Salud Rural	3	10	2	13	2	10	2	15	9	12
	TOTAL	29	100	16	100	20	100	13	100	78	100

Fuente: boleta de recolección de datos

5.2. Conocimientos, actitudes y prácticas.

TABLA 3

Distribución de los usuarios y personal de los servicios respecto al conocimiento de medicina tradicional de acuerdo a las normas de atención en los distritos municipales de salud de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011.
Guatemala, julio de 2011

Población	Posee conocimiento	%	No posee conocimiento	%	TOTAL	%
Usuarios	6	1	1033	99	1039	100
Personal	47	60	31	40	78	100

Fuente: tablas 5 y 30, anexo 8

TABLA 4

Distribución de los usuarios y personal de los servicios respecto a las actitudes sobre medicina tradicional en los distritos municipales de salud de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011.
Guatemala, julio de 2011

Población	Actitud										TOTAL	%
	Muy favorable	%	Favorable	%	Indiferente	%	Desfavorable	%	Muy desfavorable	%		
Usuarios	569	55	432	41	32	3	6	1	0	0	1039	100
Personal	39	50	36	46	2	3	1	1	0	0	78	100

Fuente: tablas 8 y 34, anexo 8

TABLA 5

Distribución de los usuarios de los servicios respecto a las prácticas sobre medicina tradicional en los distritos municipales de salud de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011.
Guatemala, julio de 2011

Práctica		Distrito municipal de salud								TOTAL	%
		Chiquimula		San José la Arada		Quetzaltenango		Salcajá			
		f	%	f	%	f	%	f	%		
Utilización medicina tradicional	Si	259	98	235	94	260	98	258	100	1012	97
	No	6	2	15	6	6	2	0	0	27	3
	TOTAL	265	100	250	100	266	100	258	100	1039	100
Frecuencia de uso de la medicina tradicional	Siempre	110	42	53	21	41	15	59	23	263	25
	Con frecuencia	73	28	66	26	110	41	97	38	346	33
	Algunas veces	13	5	16	6	91	34	87	34	207	20
	Rara vez	47	18	98	39	18	7	15	6	178	17
	Nunca	22	8	17	7	6	2	0	0	45	4
	TOTAL	265	100	250	100	266	100	258	100	1039	100
Uso de medicina tradicional debido a la falta de medicamentos en el servicio de salud	Siempre	40	15	4	2	0	0	2	1	46	4
	Con frecuencia	10	4	14	6	23	9	6	2	53	5
	Algunas veces	135	51	21	8	58	22	51	20	265	26
	Rara vez	77	29	14	6	53	20	62	24	206	20
	Nunca	3	1	197	79	132	50	137	53	469	45
	TOTAL	265	100	250	100	266	100	258	100	1039	100
Presencia de plantas medicinales en casa	Siempre	95	36	16	6	123	46	122	47	356	34
	Con frecuencia	75	28	32	13	83	31	101	39	291	28
	Algunas veces	36	14	50	20	35	13	15	6	136	13
	Rara vez	37	14	57	23	11	4	10	4	115	11
	Nunca	22	8	95	38	14	5	10	4	141	14
	TOTAL	265	100	250	100	266	100	258	100	1039	100

Fuente: boleta de recolección de datos

TABLA 6

Distribución del personal de los servicios respecto a las prácticas sobre medicina tradicional en los distritos municipales de salud de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011.
Guatemala, julio de 2011

Práctica		Distrito municipal de salud								TOTAL	%
		Quetzaltenango		Salcajá		Chiquimula		San José la Arada			
		f	%	f	%	f	%	f	%		
Utilización medicina tradicional	Si	18	90	12	92	23	79	15	94	68	87
	No	2	10	1	8	6	21	1	6	10	13
	TOTAL	20	100	13	100	29	100	16	100	78	100
Frecuencia de uso de la medicina tradicional	Siempre	3	15	1	8	1	3	0	0	5	6
	Con frecuencia	2	10	2	15	4	14	1	6	9	12
	Algunas veces	11	55	9	69	10	34	10	63	40	51
	Rara vez	3	15	1	8	11	38	4	25	19	24
	Nunca	1	5	0	0	3	10	1	6	5	6
	TOTAL	20	100	13	100	29	100	16	100	78	100
Receta medicina tradicional	Si	17	85	12	92	24	83	14	88	67	86
	No	3	15	1	8	5	17	2	13	11	14
	TOTAL	20	100	13	100	29	100	16	100	78	100
Frecuencia al recetar medicina tradicional	Siempre	2	10	0	0	0	0	0	0	2	3
	Con frecuencia	1	5	0	0	5	17	1	6	7	9
	Algunas veces	12	60	10	77	8	28	10	63	40	51
	Rara vez	2	10	2	15	10	34	3	19	17	22
	Nunca	3	15	1	8	6	21	2	13	12	15
	TOTAL	20	100	13	100	29	100	16	100	78	100
Receta de medicina tradicional debido a la falta de medicamentos en el servicio de salud	Siempre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Con frecuencia	3	15	0	0	2	7	1	6	6	8
	Algunas veces	7	35	6	46	14	48	10	63	37	47
	Rara vez	8	40	0	0	8	28	4	25	20	26
	Nunca	2	10	7	54	5	17	1	6	15	19
	TOTAL	20	100	13	100	29	100	16	100	78	100

Fuente: boleta de recolección de datos

6. DISCUSIÓN

6.1. Caracterización sociodemográfica.

El 83% de los usuarios perteneció al sexo femenino (tabla 1), siendo un porcentaje significativamente mayor al del país donde se observa que 51 % de la población corresponde al sexo femenino, esto se explica porque en general son las mujeres las encargadas de la salud dentro del hogar, procurando la atención en los servicios por contar con mayor disponibilidad de tiempo. El 42% se encontraba entre los 25 a 39 años (tabla 1), lo cual contrasta con la pirámide poblacional del país donde se evidencia que el 21% pertenece a este grupo. Esto podría explicarse porque por lo general quienes consultan a los servicios son los jefes de familia. Los grupos etáreos utilizados corresponden a los rangos estipulados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) en el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA).⁽³⁶⁾ En los municipios de Quetzaltenango y Salcajá los porcentajes de usuarios pertenecientes a etnia indígena corresponden a 55% y 56%, mientras que en los municipios de Chiquimula y San José la Arada los porcentajes de etnia indígena corresponden a 9% y 4% respectivamente (tabla 1), esto concuerda con las estadísticas generales del INE donde 41% de la población son indígenas.⁽⁵⁾ El 32.3% de los usuarios contaba con estudios de cuarto a sexto primaria (tabla 1), lo que se relaciona al promedio de años (5.59) de estudio del país.⁽⁶⁰⁾

Del personal de salud, el 69% correspondió al sexo femenino (tabla 2), lo cual es congruente con la distribución poblacional del país. Es probable que esto se deba a que tradicionalmente, los cuidados de los enfermos se relegaban a personal del sexo femenino.⁽²⁸⁾ El 43% se encontraba entre los 25 a 39 años (tabla 2), esto demuestra que son adultos jóvenes, lo que podría hacerlos anuentes a emprender el uso de opciones terapéuticas alternas. Este grupo de edad va en relación con el tiempo requerido para poder obtener la instrucción suficiente para poder ser contratados como personal de salud. El 91% del personal era no indígena (tabla 2), encontrando únicamente personal de la etnia indígena en los municipios de Quetzaltenango y Salcajá, esto concordando a la distribución sociodemográfica de estos municipios de acuerdo a estadísticas del INE.⁽⁵⁾ El 44% del personal posee título de diversificado (tabla 2), siendo superior al promedio del país, el cual corresponde a 5.59 años de educación primaria lo cual es un aspecto positivo ya que puede favorecer una mayor

compresión para la capacitación.⁽⁶⁰⁾ Sin embargo un alto nivel educativo no es garantía de alta productividad, por lo que el personal de salud requiere capacitación y adiestramiento constante, producto de los veloces cambios que se están dando en el plano de la medicina moderna y en la tecnificación de la medicina tradicional.

6.2. Conocimientos, actitudes y prácticas.

De los usuarios el 99% no tenía conocimiento sobre medicina tradicional en base a las normas de atención (tabla 3), lo que contrasta con la investigación "Conocimiento de la medicina natural y tradicional en la población mayor de 18 años" realizado en la Habana, Cuba, por Toledo, et al, en la cual el 72.3% de la población del estudio tenía conocimiento sobre medicina tradicional.⁽⁴⁸⁾ Considerando que las normas de medicina tradicional fueron establecidas para ser recetadas a los usuarios como tratamiento coadyuvante en las enfermedades más comunes, se observa que estas no han sido puestas en práctica ni incluidas dentro del tratamiento y plan educacional al usuario.

En el personal de salud el 60% tenía conocimiento sobre medicina tradicional en base a las normas de atención (tabla 3), esto relacionado con la falta de capacitación al personal, ya que 75% refirió no haber sido capacitado sobre las normas de medicina tradicional (tabla 29, anexo 8), podría evidenciar que el personal a pesar de no ser capacitado, tiene interés por conocer las normas de atención mediante la autoformación. Cabe resaltar que del personal de salud, el 17% corresponde a los EPSR de medicina quienes, en su totalidad, no conocían de medicina tradicional en base a las normas de atención (tabla 31, anexo 8). Lo que concuerda con el estudio de Álvarez titulado "Conocimiento y actitudes respecto a medicina tradicional en estudiantes de medicina", realizado en 1991 el cual evidenció que 76% de los estudiantes no tenían un concepto claro de la medicina tradicional.⁽⁴⁷⁾

Con respecto a actitudes en los usuarios el 55 % mostró una actitud muy favorable y el 41 % una actitud favorable respecto a la medicina tradicional (tabla 4), lo que se relaciona con el estudio titulado: "Perú. Percepción sobre la medicina tradicional en hogares urbanos" realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática durante el año 1998, en el cual el 99.8% de los encuestados tenían una respuesta positiva para la medicina tradicional. Esto se atribuye a que aún se considera a la

medicina tradicional como una adecuada opción terapéutica, además que una actitud muy favorable y favorable, permitiría implementar e integrar fácilmente a la medicina tradicional en los servicios de salud del primer y segundo nivel.

De las actitudes del personal con respecto a la medicina tradicional el 50% tenían una actitud muy favorable y 46% favorable (tabla 4), contrastando con lo encontrado por Valdez en 1987, en el estudio titulado “La medicina tradicional y su integración con la medicina moderna” en el cual se evidenció que el 68.47% de los médicos entrevistados aceptaba la práctica de la medicina tradicional. ⁽³⁾ Lo anterior indica que el personal de salud aceptaría positivamente la incorporación y utilización de la medicina tradicional en su labor diaria.

Respecto a las prácticas, el 97% de usuarios ha utilizado medicina tradicional (tabla 5), de los cuales el 25% la utilizó siempre y 33% con frecuencia (tabla 5). Lo anterior indica que los usuarios hacen amplio uso de tratamientos de medicina tradicional, confirmando lo observado en la sección de actitudes previamente descrita, así como en los resultados de la tesis realizada por Rodríguez en el año 1995, titulada: “La medicina tradicional y su utilización en el área rural” la cual evidenció que el 96% de la población utilizó medicina tradicional. ⁽²⁾ De los usuarios, el 45% nunca ha tenido la necesidad de usar medicina tradicional por falta de medicamentos en su servicio de salud (tabla 5), respecto a la presencia de plantas medicinales en casa el 34% las tuvo siempre y 28% con frecuencia (tabla 5), esto demuestra la aceptación y práctica de la medicina tradicional, por lo que una adecuada promoción de la misma en los usuarios, lograría integrar los dos sistemas de salud que por tanto tiempo han trabajado de forma paralela.

En las prácticas del personal de salud, 87% refirió haber utilizado medicina tradicional (tabla 6), de los cuales 51% refirió haberla utilizado alguna vez en su persona (tabla 6). El 86% del personal ha recetado medicina tradicional (tabla 6), de los cuales el 51% la recetó algunas veces y el 22% rara vez (tabla 6). El 47% del personal refirió haberla recetado por falta de medicamentos en el servicio de salud (tabla 6). Los datos mencionados anteriormente contrastan con lo evidenciado por Valdez, en su estudio, en el cual los médicos utilizaban poco la medicina tradicional, ya que del total de médicos encuestados, 50% no había recomendado hasta el momento ningún tratamiento propio de la medicina tradicional. ⁽³⁾ Al comparar la frecuencia con la que

el personal de los servicios de salud utiliza la medicina tradicional fuera del ámbito nosocomial con la frecuencia de prescripción de estos tratamientos, se observó que los resultados son similares, hecho que podría explicar que la medicina tradicional no es aún un recurso terapéutico en el cual se confíe plenamente como tratamiento.

7. CONCLUSIONES

- 7.1.** De los usuarios, el 83% correspondió al sexo femenino, el 42% se encontró en el rango de los 25 a 39 años, el 69% perteneció a etnia no indígena y el 32.3% ocupó el rango de cuarto a sexto primaria.

Dentro del personal el 69% pertenece al sexo femenino, el 44% se ubica en el rango de 25 a 39 años de edad, el 91% pertenece a la etnia no indígena, el 44% cuenta con estudios de nivel diversificado y el 45% son enfermeras auxiliares.

- 7.2.** Del total de usuarios el 1% tenía conocimientos sobre medicina tradicional en base a las normas de atención en salud del MSPAS, el 55% presentó una actitud muy favorable respecto a la medicina tradicional; en relación con las prácticas de los usuarios el 97% ha utilizado medicina tradicional, el 33% la utilizó con frecuencia, el 26% ha utilizado medicina tradicional algunas veces debido a falta de medicamentos en los servicios de salud y el 34% conservaba plantas medicinales en su casa.

En el grupo del personal de los distritos municipales de salud, el 60% poseía conocimientos sobre medicina tradicional en base a las normas de atención en salud, el 50% mostró una actitud muy favorable; en cuanto a las prácticas, el 87% afirmó haber utilizado medicina tradicional, el 86% la ha recetado, el 51% la utilizó algunas veces y el 51% la recetó algunas veces. El 47% ha utilizado tratamientos tradicionales debido a la falta de medicamentos en los servicios.

8. RECOMENDACIONES

8.1. Al Programa Nacional de Medicina Popular, Tradicional y Alternativa (PNMPTA):

- Realizar capacitaciones dirigidas hacia los médicos, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería y técnicos en salud rural, para mejorar los conocimientos con respecto a la medicina popular, tradicional y alternativa.

8.2. A las áreas de salud de Chiquimula y Quetzaltenango:

- Impulsar campañas de educación y promoción de medicina tradicional y de esta manera lograr la integración entre los paradigmas de medicina tradicional y occidental.
- Establecer un plan en conjunto con los distritos de salud para poner en práctica lo establecido en las normas de atención en salud.

8.3. A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala:

- Promover la incorporación de la medicina popular, tradicional y alternativa dentro del pensum de estudios de la carrera de médico y cirujano.
- Gestionar junto con el PNMPTA la provisión de material didáctico a los estudiantes de medicina que se encuentran realizando ejercicio profesional supervisado rural, para que en base a los conocimientos adquiridos previamente realicen la gestión en salud pertinente para promover el uso de la medicina tradicional en la comunidad.

9. APORTES

Presentación de los resultados de la investigación al Programa Nacional de Medicina Popular, Tradicional y Alternativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, lo cual permitirá mostrar la realidad de la medicina tradicional en los servicios de salud y realizar las recomendaciones pertinentes de forma directa. *(ver anexo 9)*

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guatemala. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Guatemala: Hacia un Estado para el desarrollo humano: Informe nacional de desarrollo humano 2009/2010. Guatemala: PNUD; 2010.
2. Rodríguez Garzona EE. La medicina tradicional y su utilización en el área rural: estudio realizado en 100 pacientes que consultan a centros de atención tradicional de la aldea Cruz Blanca, municipio de San Juan Sacatepéquez, mayo y junio de 1995 [tesis de Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de san Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1995.
3. Valdez Díaz JC. La medicina tradicional y su integración con la medicina moderna: encuesta de opinión realizada en 92 médicos que laboran en el Ministerio de Salud Pública en el depto. de Guatemala, durante los meses de julio, agosto, septiembre 1987. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1987.
4. Servicio de Información Municipal. Departamento de Chiquimula. [en línea]. Guatemala: SIM; 2007 [Accesado 2 Abr. 2011]. [1 pantalla]. Disponible en: http://www.inforpressca.com/municipal/mapas_web/chiquimula/chiquimula.php
5. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística [en línea]. Guatemala: INE; 2010 [actualizado 11 Mar 2010; Accesado 5 Mar 2011]. XI censo de población y VI de habitación: censo 2002. Disponible en: <http://www.ine.gob.gt/index.php/demografia-y-poblacion/42-demografiaypoblacion/75-censo2002>
6. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Centro Nacional de Epidemiología. Memoria anual de vigilancia epidemiológica 2007. Guatemala: MSPAS; 2008.
7. ChiquimulaOnline.com [en línea] Guatemala: ChiquimulaOnline.com; 2005 [Accesado 10 Mar 2010]. Datos generales de Chiquimula [1 Pantalla]. Disponible en: <http://www.chiquimulaonline.com/datosgenerales/chiquimula.htm>

8. Guatemala. Secretaria de Planificación y Programación. Estrategia para la reducción de la pobreza: Municipio de Chiquimula. [en línea]. Chiquimula: APPI-SEGEPLAN; 2003. [Accesado 12 Mar 2011] Disponible en: <http://infoambiental.org/wp-content/plugins/downloads-manager/upload/Chiquimula.pdf>
9. Servicio de Información Municipal [en línea] Guatemala: SIM; 2005 [Accesado 12 Mar 2011]. Chiquimula [1 pantalla] Disponible en: <http://inforpressca.com/chiquimula/demografia.php>
10. Servicio de Información Municipal [en línea] Guatemala: SIM; 2010 [Accesado 12 Mar 2010]. Distancia entre municipios. Disponible en: http://www.inforpressca.com/localizacion_municipios/index.php#4
11. ChiquimulaOnline.com [en línea] Guatemala: ChiquimulaOnline.com; 2008 [Accesado 12 Mar 2010]. San José La Arada. Disponible en: http://www.chiquimulaonline.com/datosgenerales/san_jose_arada.htm
12. Guatemala. Secretaria de Planificación y Programación. Estrategia para la reducción de la pobreza: Municipio de San José la Arada [en línea]. Chiquimula: APPI-SEGEPLAN; 2003. [Accesado 12 Mar 2011] Disponible en: <http://infoambiental.org/wp-content/plugins/downloads-manager/upload/San%20Jose%20la%20%20Arada.pdf>
13. Sistema de Información Departamental. Caracterización social del municipio de San José La Arada. [en línea] Chiquimula: CODEDUR; 2002 [Accesado 12 Mar 2011] Disponible en: http://sinit.segeplan.gob.gt/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=67&Itemid=99999999
14. Servicio de Información Municipal [en línea]. Guatemala: SIM; 2007 [Accesado 2 de Abr 2011]. Departamento de Quetzaltenango [1 pantalla]. Disponible en: http://www.inforpressca.com/municipal/mapas_web/quetzaltenango/quetzaltenango.php
15. Guatemala. Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia. Caracterización del departamento de Quetzaltenango [en línea]. Guatemala:

- SEGEPLAN; 2000 [Accesado 2 Abr 2011]. Disponible en:
http://sinit.segeplan.gob.gt/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22&Itemid=100
16. Sistema de Información Municipal [en línea] Guatemala: SIM; 2010 [Accesado 12 Mar 2010]. Quetzaltenango [42 pantallas] Disponible en:
<http://www.inforpressca.com/quetzaltenango/ubicacion.php>
17. deGUATE.com [En línea] Guatemala: deGUATE.com; 2004 [Accesado 12 Mar 2010]. Datos de Quetzaltenango [1 pantalla]. Disponible en:
http://www.deguate.com/geografia/article_395.shtml
18. Municipalidad de Salcajá. Monografía del Municipio de Salcajá. [en línea] Quetzaltenango: Municipalidad de Salcajá; 2008 [Accesado 11 Mar 2011] Disponible en: <http://www.inforpressca.com/salcaja/monografia.pdf>
19. Consejo Municipal de Salcajá. Plan de Inversión Municipal. Municipalidad de Salcajá. [en línea] Quetzaltenango: Municipalidad de Salcajá; 2008 [Accesado 11 Mar 2011]. Disponible en:
http://sinit.segeplan.gob.gt/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=524&Itemid=100
20. Salazar M. Culturas e Interculturalidad en Guatemala. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Instituto de Lingüística y Educación; 2001.
21. Sheinbaum D. La interculturalidad. [en línea] México: Secretaría de Educación Pública; 2007. [Accesado 25 Feb 2011]. Disponible en:
http://sepiensa.org.mx/contenidos/2007/l_intercultu/inter_1.html
22. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa. Conociendo la medicina maya en Guatemala. [en línea] Guatemala: MSPAS, [20?] [Accesado 2 Feb 2011]. Disponible en:
<http://portal.mspas.gob.gt/images/files//Medicina%20Alternativa/MedicinaMaya1.pdf>

23. Campos R. Interculturalidad, cosmovisión y prácticas médicas mayas de la península de Yucatán: una aproximación antropológica. En: Gutiérrez M, López J. América indígena ante el siglo XXI. Madrid: fundación Carolina; 2009. p. 281-312.
24. Fernández G. Salud e Interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: Abya-Yala; 2006.
25. Gutiérrez M, López J. América indígena ante el siglo XXI. Madrid: Fundación Carolina; 2009.
26. Organización Mundial de La Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: OMS; 2002.
27. Organización Panamericana de la Salud. Informe, grupo de trabajo OPS/OMS medicinas y terapias tradicionales, complementarias y alternativas. Washington D.C.: OPS/OMS; 1999.
28. Cuellar L, Cuyún A, Herrera M, Mazariegos C, Reyes MA, Velásquez O, et. al. Salud Pública II: un mundo mejor. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala: USAC; 2007.
29. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social [en línea] Guatemala: MSPAS; 2008 [Accesado 5 Mar 2011] Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa [1 pantalla]. Disponible en: http://portal.mspas.gob.gt/medicina_tradicional.html
30. Guatemala. Congreso de la República. Ley del Organismo Ejecutivo. Guatemala: Congreso de la República; 1997.
31. Guatemala. Corte de Constitucionalidad. Constitución Política de la República de Guatemala y su interpretación por la Corte de Constitucionalidad. Guatemala: Corte de Constitucionalidad; 2004.
32. Guatemala. Congreso de la República. Decreto No. 90-97: Código de Salud. Guatemala: Congreso de la República; 1997.

33. Guatemala. Procurador de los Derechos Humanos. Acuerdos de Paz: un compromiso para el cambio. Guatemala: PDH; 2006.
34. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan nacional para la salud de todas y todos los guatemaltecos. Guatemala: MSPAS; 2008.
35. Aranda T, Bolaños JM, Carranza MT, Castillero JT, Castro Charpantier C, Cerezo Mulet C, et al. Plan de prioridades de salud en Centroamérica. Revista Centroamericana de Administración Pública. [en línea] 1993 [Accesado 2 Mar 2011]; 1(26) [9 páginas] Disponible en : http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/RCAP/25/art10_25.pdf
36. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sistema Integral de Atención en Salud SIAS. Dirección general del Sistema Integral de Atención en Salud. [en línea]. Guatemala: MSPAS; [actualizado 21 Feb 2011; Accesado 4 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.mspas-sias.gob.gt/>
37. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social [en línea]. Guatemala: MSPAS; [Accesado 3 Mar 2011]. Descripción de los servicios de salud [6 pantallas]. http://portal.mspas.gob.gt/descripcion_de_los_servicios.html
38. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de atención en salud integral. Guatemala: MSPAS; 2007.
39. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española [en línea] 22 ed. España; RAE; 2001 [actualizado Jun 2004; Accesado 5 Mar 2011 [1 pantalla]. Disponible en : <http://buscon.rae.es/draeI>
40. Maisto A, Morris C. Psicología. 10 ed. México: Prentice Hall; 2001.
41. Echegoyen Olleta J. Filosofía medieval y moderna: Hume, conocimiento de cuestiones de hecho. [en línea] Torre de Babel; [Accesado 5 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.e-torredbabel.com/Historia-de-la-filosofia/Filosofiamedievalymoderna/Hume/Hume-ConocimientoCuestionesHecho.htm>

42. Teresa José E. Conocimiento, pensamiento y lenguaje: una introducción a la lógica y al pensamiento científico. Buenos Aires: Biblos; 2006

43. Galicia Sánchez S. Introducción al estudio del conocimiento científico. México: Plaza y Valdés; 2005.

44. Blasco JL, Grimaltos T. Teoría del conocimiento. Valencia: Universitat de Valencia; 2004.

45. Willis GB. Cognitive interviewing: a tool for improving questionnaire design. California: Sage Publications; 2005.

46. Maldonado JR. Una forma de medición del conocimiento desde el enfoque de la teoría de la economía del conocimiento en las organizaciones artesanales de Oaxaca, México. [en línea]. Barcelona: Observatorio para la cibernsiedad; 2004. [Accesado 29 Abr 2011]. Disponible en: http://www.cibersociedad.net/congres2004/grups/supragrups_com.php?idioma=es&id=5

47. Álvarez Santizo AE. Conocimiento y actitudes respecto a medicina tradicional en estudiantes de medicina. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1991.

48. Luna Morales C, Norabuena Canal MV, Toledo Fernández AM, Valdivia Trujillo B. Conocimiento de la medicina natural y tradicional en la población mayor de 18 años. RevistaCiencias.com (Cuba) [en línea] 2006 [Accesado 2 Abr. 2011]; [aproximadamente 6 pantallas]. Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEAFEZFkVQbgRlyMg.php>

49. Universidad de San Carlos de Guatemala. Reglamento general de evaluación y promoción del estudiante de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala: USAC; 2005.

50. Guatemala. Ministerio de Educación. Reglamento de evaluación de los aprendizajes para los niveles de educación preprimaria, primaria y media de los subsistemas de

- educación escolar y extraescolar en todas sus modalidades. [en línea] Guatemala: Ministerio de Educación; 2011. [Accesado 8 May 2011] Disponible en : http://www.alfonsolopezalonso.com/attachments/005_Acuerdo%20Ministerial%201171-2010%20Reglamento%20de%20Evaluación.pdf
51. Crhóva J. Actitud hacia la lengua. Baja California: Centro de Estudios Culturales – Museo; 2004.
52. Baptista Lucio P, Fernández Collado C, Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. 3 ed. México: McGraw-Hill; 2003.
53. Definición.de. Definición de práctica. [en línea]. [s.l.] Definición.de; 2008 [Accesado 5 Mar 2011] [1 pantalla]. Disponible en : <http://definicion.de/práctica/>
54. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual de organización, descripción y especificaciones de clases de puestos. Guatemala: MSPAS; 2011.
55. Culajay Hernández EJ. Origen, historia y actualidad del ejercicio profesional supervisado rural (EPSR) en la Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2010.
56. Biblioteca Virtual en Salud. [en línea] Brasil: BIREME/OPS/OMS; [2009?] [Accesado 23 Feb 2011]. Personal de salud [1 pantalla]. Disponible en: http://regional.bvsalud.org/php/decsws.php?lang=es&tree_id=N02.360&page=info#
57. Prada Alcoreza R. Análisis sociodemográfico de las poblaciones nativas. Bolivia: Instituto Nacional de Estadística – United Nations Population Fund; 1997.
58. Tubert S. Del sexo al género: Los equívocos de un concepto. Madrid: Cátedra; 2003.
59. Villoro J. Creer, saber, conocer. México, D.F: Siglo XXI; 1982.
60. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística [Presentación en línea]. Guatemala: INE; 2010 [actualizado 9 dic. 2010; Accesado 21 jun. 2011]. Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos. Disponible en: <http://www.ine.gob.gt/>

61. Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú [en línea]. Perú: INEI; 1997 [Accesado 2 Abr. 2011]. Percepción de la medicina tradicional en hogares urbanos - ENAHO 1997. [aproximadamente 14 pantallas]. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0030/indice.htm>

11. ANEXOS

ANEXO 1

TABLA 1
Factores que favorecen y dificultan la interculturalidad en la salud en Guatemala

Favorecen	Dificultan
• La confianza • Reconocimiento mutuo • Comunicación efectiva • Aprendizaje mutuo • Cooperación • Convivencia social	• Marcos conceptuales diferentes • Formas de enseñanza /aprendizaje no adecuado • Discriminación • Estereotipos • Prejuicios

Fuente: Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa. Conociendo la Medicina Maya en Guatemala. p. 13.

ANEXO 2

TABLA 2
Comparación de las cualidades de la medicina científica y la medicina indígena

Cualidad	Medicina Científica	Medicina Indígena Tradicional
AGENTE DE SALUD	Médico	Terapeuta tradicional
Idioma	Español u otro	Maya
Raza	Blanca o mestiza	Indígena, a veces mestiza
Género	Varón o mujer	Por lo general varón
Formación	Universitaria	Bajo tutela de un maestro terapeuta
Clase social	Media	Por lo general pobre
Selección	Elite social o económica	Pruebas de iniciación/ tradición
ESTABLECIMIENTO	Público, privado	Privado
Lugar de la atención	Centro salud, hospital o consultorio médico	Hogar del enfermo
Horario de atención	Fijo, rígido	Día y de noche
Costo de la atención	Caro, pago en efectivo o Seguro	Accesible, en dinero o en especie
Tratamiento	Farmacología química	Medicina natural, terapia tradicional
Duración de la cura	Rápida	Lenta
PARADIGMA	Biológico, causa-efecto	Desequilibrio cosmovisivo
Causa enfermedad	Gérmenes , virus, bacterias	Integral
Núcleo de intereses	superficial y físico y por sección corporal	desequilibrio personal, ecológico, religioso, psíquico, moral integral
Trato verbal	interrogatorio individual	conversación, diálogo integrador con familia
Instrumental	Estetoscopio, manómetro, balanzas, tallímetro, etc.	bordón, banco, examen visual
Sistema de diagnóstico	Laboratorio, análisis clínico, cirugía	Diagnóstico en plantas, animales o sueño

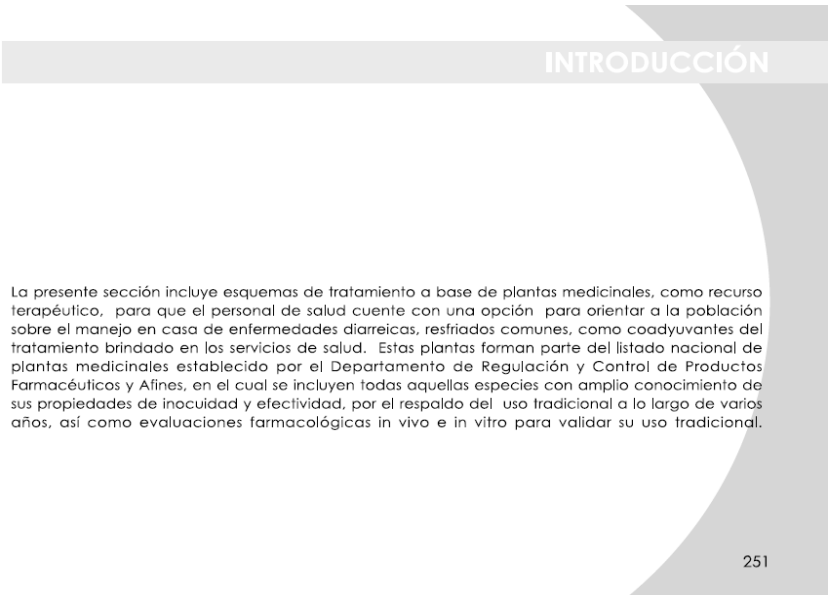
Fuente: Adaptado de: OPS, Serie Salud Indígena No. 7: "Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud". 1996: p. 20.

ANEXO 3

TABLA 3
Métodos diagnósticos utilizados por los distintos terapeutas tradicionales

Comadronas	Curanderas y curanderos	Hueseras y hueseros	Sacerdotisas y sacerdotes
• Interrogatorio • Observación • Palpación par identificar la posición del bebe.	• Interrogatorio • Observación • Palpación para corroborar • Pulseo	• Interrogatorio • Observación • Palpación para identificar la posición del hueso • Comparación de un hueso sano con el hueso del paciente.	• Interrogatorio • Observación • Ceremonia consultando a los abuelos para personas con problemas • Lectura de signos por medio del uso de semillas para identificar las causas.

Tomado de: Cuellar L, Cuyún A, Herrera M, Mazariegos C, Reyes MA, Velásquez O, et. al. Salud Pública II: un mundo mejor. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala: USAC; 2007.



La presente sección incluye esquemas de tratamiento a base de plantas medicinales, como recurso terapéutico, para que el personal de salud cuente con una opción para orientar a la población sobre el manejo en casa de enfermedades diarreicas, resfriados comunes, como coadyuvantes del tratamiento brindado en los servicios de salud. Estas plantas forman parte del listado nacional de plantas medicinales establecido por el Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines, en el cual se incluyen todas aquellas especies con amplio conocimiento de sus propiedades de inocuidad y efectividad, por el respaldo del uso tradicional a lo largo de varios años, así como evaluaciones farmacológicas in vivo e in vitro para validar su uso tradicional.

FORMAS DE PREPARACIÓN DE LAS PLANTAS MEDICINALES:

En el documento de Normas de Atención a las Personas se estarán manejando las siguientes formas de preparación de plantas medicinales:
Formas tradicionales de preparación de plantas medicinales:
Infusión, conocido también con los nombres de: apagado y té de hierbas.

Cocimiento, conocido también con el nombre decocción.

Productos procesados de plantas medicinales (también conocidos como fitoterapéuticos): • TINTURAS • JARABES

No.	Nombre de la Preparación	Proceso de preparación
1	Infusión (Apagado, té de hierbas)	Descripción: Consiste en dejar en contacto por algunos minutos a la parte medicinal de las plantas con agua hirviendo. Garantiza que sus partes o principios activos no sufran deterioro. Se utiliza para hacer preparaciones de las partes suaves como flores y hojas tiernas. Preparación: • Se pone a hervir agua en una olla de ser posible que no sea de aluminio. • Mientras tanto se lavan las plantas y se pican. • Cuando ya ha hervido el agua, se aparta la olla del fuego y se echan las plantas bien lavadas y picadas. • Se tapa la olla y se espera 5 minutos. • Se cuela la preparación (esfilando la tapadera) con un trapo limpio encima de otro recipiente (taza, vaso).
2	Cocimiento (Decocción)	Descripción: Se prepara hirviendo durante algunos minutos la planta y luego se filtra. Debe emplearse para las partes duras de la planta y tomando en cuenta que los principios activos sean resistentes al calor como: troncos, raíces, cortezas y semillas. Preparación: • Se pone a hervir agua en una olla de ser posible que no sea de aluminio. • Mientras tanto se lavan las plantas. En el caso de semillas estas se cortan o machacan; para troncos, se cortan en trocitos. • Cuando empieza a hervir el agua, se echan las plantas bien lavadas y picadas. • Se deja cocer a fuego lento, durante 5 a 10 minutos, con tapadera. • Al cumplirse el tiempo de cocción se saca del fuego. • Se cuela la preparación (esfilando la tapadera) con un trapo limpio encima de otro recipiente (taza, vaso).

Nombre del Producto Procesado	Proceso de preparación
1 Tintura	Descripción: Obtenidas por maceración ¹ de plantas secas en alcohol del 60° a 90°, variando la graduación alcohólica según las características de las plantas. Se preparan a partir de una única planta, pudiendo mezclar las respectivas tinturas (preparación de elixíres) en el momento de su utilización. Las tinturas tienen la ventaja de ser más estables y de fácil dosificación.
2 Jarabes	Descripción: Preparados a partir de plantas frescas, secas o sus tinturas y una cantidad determinada de azúcar. En su composición se incluyen varias plantas con un efecto sinérgico ² entre ellas.

¹La maceración es poner la planta seca o fresca en un recipiente, a éste se le agrega alcohol y se tapa. Se deja reposar 1 o 2 días y se cuela la planta para coleccionar el alcohol que ha extraído los componentes de la planta. La operación se repite hasta que el alcohol ya no salga con color.

²Sinérgico: Que potencializan o aumentan su efecto.

Esquemas para tratamiento de la tos (a partir de 5 años)

Esquema de Tratamiento No.1

1. Enseñar a la madre el manejo y cuidado de la tos.
2. Se le asesora sobre la preparación y forma de uso de remedio a base de tomillo para aliviar la tos.

Infusión de tomillo¹

Ingredientes:
1 sola ramita de tomillo
1 vaso de agua

Preparación:
1. Lavar y picar el tomillo.
2. Poner a hervir el agua.
3. Sacar la olla del fuego cuando hierva y echar la ramita de tomillo.
4. Tapar y dejar por 5 minutos.
5. Colar y endulzar con miel de abeja.

Via de administración:
Oral.

Dosificación:
Tomar 3 veces en la mañana: antes del desayuno, antes de la refacción y antes del almuerzo.
Dar a los niños por cucharaditas.
Duración: Cuando alivie la tos.

Recomendaciones especiales:

- Si el paciente no mejora en tres días, regrese al servicio de salud.
- La bebida debe ser de reciente elaboración para que no pierda su efectividad. Por ello se debe preparar cada dosis antes de darla al enfermo o enferma.
- Se puede administrar agua de tomillo por la mañana, ya que si se toma después de media día quita el sueño.
- Utilizar como complemento en casos de IRAS.

254

¹**Tomillo:**
Nombre científico:
Thymus vulgaris.

Esquemas para tratamiento de la tos (a partir de 5 años)

Esquema de Tratamiento No.2

1. Enseñar a la madre el manejo y cuidado de la tos.
2. Se le asesora sobre la forma de uso del jarabe expectorante natural.

Jarabe expectorante¹
(Producto Herbario ya preparado)

Ingredientes:
Eucalipto
Jengibre
Ocoté

Via de administración:
Oral.

Dosificación:
Adultos: una cucharada (5mL)
Niños: una cucharadita (2.5mL)
Tomar cada 2 horas durante el día.

Recomendaciones especiales:

- Reevaluar a los tres días de tratamiento, si el paciente no mejora, regrese al servicio de salud.
- Utilizar como complemento en casos de IRAS.

¹**EUCALIPTO:**
Nombre científico: *Eucalypto globulus*.
Nombres comunes: Bixché ;
Awokly che (K'iche); Vocailló, Soj
kaq' (xil).

¹**JENGIBRE:**
Nombre Científico: *Zingiber officinale*.
Nombres comunes: Bimble (K'iche);
Xipir, (Tzutuhil); Xenixple (Cachiquel).

255

Esquemas para tratamiento de dolor de garganta (a partir de los 5 años)

Esquema de Tratamiento No.1

1. Enseñar a la madre el manejo y cuidado del dolor de garganta.
2. Se le asesora sobre la preparación y forma de uso de remedio a base de linaza y miel para aliviar el ardor y dolor de garganta

Cocimiento de Linaza¹

Ingredientes:
4 cucharadas de semillas de linaza
1 litro de agua
4 cucharadas de miel de abejas

Preparación:
1. Lavar las semillas de linaza y machacarlas. Procurar molerlas bien.
2. Poner a hervir el agua en una olla
3. Echar la linaza machacada o bien molida, en el agua hirviendo
4. Tapar y cocer por 10 minutos
5. Sacar del fuego y colar
6. Agregar la miel

Via de administración:
Oral.

Dosificación:
Tomar un vaso antes del desayuno, del almuerzo, de la cena y antes de dormir.

Recomendaciones especiales:

- Si no mejora en tres días, regrese al servicio de salud.
- Indicar a la madre del niño que cada día debe preparar la bebida para dar a su niño o niña.
- Si sobra un poco del preparado al final del día, se debe tirar.
- Utilizar como complemento en caso de faringo-amigdalitis (viral y bacteriana) e IRAS

256

¹**Linaza:**
Nombre científico:
Linum usitatissimum L.
Nombres comunes: Flax, Lino.

Esquemas para tratamiento de dolor de garganta (a partir de los 5 años)

Esquema de Tratamiento No.2

1. Enseñar a la madre el manejo y cuidado del dolor de garganta.
2. Se le asesora sobre la preparación y forma de uso de remedio a base de llantén, para aliviar el ardor y dolor de garganta

Gargarismos de Llantén¹

Ingredientes:
2 cucharadas de hojas de Llantén.
1/2 litro de agua (2 tazas).
Miel.

Preparación:
Lavar bien las hojas y picarlas.
Ponerlas en una olla junto con el 1/2 litro de agua (2 tazas)
Hervir durante 5 minutos.
Quitar del fuego y dejar en reposo 10 minutos.
Colar y endulzar con miel.
Esperar a que este tibio.

Via de administración:
Local.

Dosificación:
Hacer gárgaras con el líquido tibio repitiendo varias veces, escupiendo el líquido cada vez.
Repetir de 4 a 5 veces al día haciendo las gárgaras necesarias con una taza del cocimiento.

Recomendaciones especiales:

- Si no mejora en 3 días, regrese al servicio de salud.
- La bebida debe ser de reciente elaboración para que no pierda su efectividad. Por ello se debe preparar cada dosis antes de darla al enfermo o enferma.
- Utilizar como complemento en casos de faringo-amigdalitis (viral y bacteriana) e IRAS.

¹**Llantén:**
Nombre científico: *Plantago major* L.
Nombres comunes: Uxkinimul (orja de conejo, mazorca planta) (K'iche);
Raatz'e (lengua de perro) (Cachiquel); Taq che, Ietz camah (para nacidos) (xil); Cola de aralla, Llantén, Raatz'i.

257

Esquema de Tratamiento para Dolor de Garganta (a partir de los 5 años)

Esquema de Tratamiento No.3

1. Enseñar a la madre el manejo y cuidado del dolor de garganta.
2. Se le asesora sobre la preparación y forma de uso de remedio a base de malva, para aliviar el ardor y dolor de garganta

Gargarismos con Malva¹

Ingredientes:

2 cucharaditas de hojas y flores de malva
1 taza de agua.

Preparación:

Lavar bien la planta y picarla.
Poner en una ollita pequeña y agregar la taza de agua.
Dejar hervir por un minuto.
Tapar y dejar reposar por 15 minutos.
Colar.

Vía de administración:

Local.

Dosificación:

Hacer gárgaras con el líquido tibio repitiendo varias veces, escupiendo el líquido cada vez.
Repelir de 3 veces al día haciendo las gárgaras necesarias con una taza del cocimiento.

Recomendaciones especiales:

- Si no mejora en 3 días, regrese al servicio de salud.
- La bebida debe ser de reciente elaboración para que no pierda su efectividad. Por ello se debe preparar cada dosis antes de darla al enfermo o enferma.
- Utilizar como complemento en casos de faringo-amigdalitis (viral y bacteriana) e IRAS.

¹Malva:

Nombre científico: *Malva parviflora* L.
Nombres comunes: Tze'ej, Tzelel ch'oj
(K'iche');
Valma rum (Ixil); Txole'ej (Cachiquel);
Malva de Castilla.

258

Esquema para tratamiento de fiebre (a partir de 10 años)

Esquema de tratamiento No.2

1. Enseñar a la madre el manejo y cuidado de la fiebre.
2. Se le asesora sobre la preparación y forma de uso de remedio a base de salvia sija, como coadyuvante en el manejo de la fiebre

Infusión de Salvia Sija¹

Ingredientes:

1 cucharada de hojas de Salvia Sija.
1 taza de agua o leche hirviendo.
Miel.

Preparación:

Lavar bien las hojas de Salvia y picar.
Poner en una taza las hojas picadas y agregar el agua o leche hirviendo.
Tapar y dejar reposando 5 minutos.
Colar y endulzar con miel.

Vía de administración:

Oral.

Dosificación:

Tomar bien caliente antes de acostarse.

Recomendaciones especiales:

- Si no mejora en 3 días, regrese al servicio de salud.
- La bebida debe ser de reciente elaboración para que no pierda su efectividad. Por ello se debe preparar cada dosis antes de darla al enfermo o enferma.
- Utilizar como complemento en tratamiento de fiebre.

¹Salvia sija:

Nombre científico: *Lippia alba*.
Nombres comunes: Uwi juyub
o'auyis (K'iche'); Miq'enq'ay's
(Cachiquel).
Nombres populares:
Juanilama, Mastranto, Salvia
Santa, Santa María.

260

Esquema para tratamiento de fiebre (a partir de 10 años)

Esquema de Tratamiento No.1

1. Enseñar a la madre el manejo y cuidado de la fiebre.
2. Se le asesora sobre la preparación y forma de uso de remedio a base de pino, como coadyuvante en el manejo de la fiebre

Infusión de pino¹

Ingredientes:

2 cucharadas de cogollos y hojas de pino
1/2 litro de agua hirviendo
Miel

Preparación:

Lavar bien las hojas y cogollos y picarlos.
Hervir 1/2 litro de agua.
Poner la planta picada en una olla y agregarle el 1/2 litro de agua hirviendo.
Dejar reposar por 5 minutos y colar.
Endulzar con miel.

Vía de administración:

Oral.

Dosificación:

Tomar 3-4 tazas de infusión caliente al día.

Recomendaciones especiales:

- Si no mejora en 3 días, regrese al servicio de salud.
- La bebida debe ser de reciente elaboración para que no pierda su efectividad. Por ello se debe preparar cada dosis antes de darla al enfermo o enferma.
- Utilizar como complemento en el tratamiento de fiebre.

¹Pino:

Nombre científico: *Pinus ssp.* *P. occidentalis*, *P. sylvestris*, *P. radiata*.
Nombres comunes: Chaj (K'iche'
y Kakchiquel), Tza (Ixil).

259

Coadyuvante Escasa leche materna

Esquema de Tratamiento No.1

Infusión de Ixbut¹

Ingredientes:

4 gramos de hojas de ixbut
1 taza de agua hirviendo.

Preparación:

Se lavan bien las hojas y se machacan.
Se colocan en una taza.
Se echa agua hirviendo y se tapa.
Se deja reposar 10 minutos.
Colar.

Vía de administración:

Oral.

Dosificación:

Tomar una taza 3 veces al día después de las comidas. Durante dos a 3 semanas seguidas.

Recomendaciones especiales:

- La infusión debe tomarse recién elaborada. Lo que sobre se debe eliminar.

¹Ixbut:

Nombre científico: *Euphorbia lancifolia*
Nombres comunes: Besmut,
hierba lechera, sapillo.

261

Tratamiento para la diarrea: (a partir de los 5 años)

Esquema de Tratamiento No.1

1. Enseñar a la madre el manejo y cuidado de la diarrea.
2. Se le asesora sobre la preparación y forma de uso de remedio a base de guayaba, como coadyuvantes en el manejo de la diarrea.

Cocimiento de Guayaba¹

Ingredientes:

5 hojas de guayaba.
1 vaso de agua.

Preparación:

Lavar bien las hojas y picarlas.
Se ponen en una olla y se les agrega 1 vaso de agua.
Se pone a hervir durante 3-5 minutos.
Se retira del fuego y se deja reposar por 5 minutos.
Colar.

Vía de administración:

Oral.

Dosificación:

Adultos: 1 vaso de agua 3 veces al día después de las comidas y antes de acostarse.
Se repite durante 7 días.
Niños: 1/2 vaso a cucharaditas 3 veces al día y antes de acostarse. Se repite durante 7 días.

Recomendaciones especiales:

- Si no mejora en 3 días, regrese al servicio de salud.
- La bebida debe ser de reciente elaboración para que no pierda su efectividad.
- Por ello se debe preparar cada dosis antes de dársela al enfermo o enferma.
- Se debe usar siempre tratamiento de rehidratación oral.
- Alimentación de acuerdo a su edad.
- Utilizar como complemento en casos de diarrea.

¹Guayaba:

Nombre científico: *Psidium guajava* L.
Nombres comunes: guayaba;
Keq' (K'iche); Kak' (Ixil); Iquiek
(Cachiquel); Cak, ch'amxuy,
coloc, Iquique, guava, pataj, pichi, posh.

262

Tratamiento para la diarrea/diarrea bacteriana: (a partir de los 5 años)

Esquema de Tratamiento No.2

1. Enseñar a la madre el manejo y cuidado de la diarrea.
2. Se le asesora sobre la preparación y forma de uso de remedio a base de guayaba, como coadyuvantes en el manejo de la diarrea.

Tintura de Guayaba¹

(Producto herbario ya preparado)

Ingredientes:

guayaba.

Vía de administración:

Oral.

Dosificación:

Diarrea aguda:
Adultos: 15-20 gotas disueltas en 1 taza de agua tibia.
Niños: 10 gotas disueltas en 1 taza de agua tibia.
Tomar 3-9 veces al día, después de cada evacuación.
Reevaluar la paciente a los tres días de tratamiento.

Diarrea bacteriana:

Adultos: 15-20 gotas disueltas en 1 taza de agua tibia.
Niños: 10 gotas disueltas en 1 taza de agua tibia.
Tomar 3 veces al día después de las comidas y antes de acostarse. Se repite durante 7 días.

Recomendaciones especiales:

- Si no mejora en 3 días, regrese al servicio de salud.
- Se debe usar siempre tratamiento de rehidratación oral.
- Alimentación de acuerdo a su edad.
- Utilizar como complemento en casos de diarrea.

¹Guayaba:

Nombre científico: *Psidium guajava* L.
Nombres comunes:
guayaba; Keq' (K'iche); Kak' (Ixil);
Iquiek (Cachiquel); Cak,
ch'amxuy, coloc, Iquique, guava,
pataj, pichi, posh.

263

Tratamiento para las amebas/shigellosis (a partir de los 5 años)

Esquema de Tratamiento No.1

1. Enseñar a la madre el manejo y cuidado de la amebiasis intestinal o shigellosis.
2. Se le asesora sobre la preparación y forma de uso de remedio a base de jacaranda, para el manejo de la amebiasis intestinal o shigellosis.

Infusión de Jacaranda¹

Ingredientes:

Adulto: 5 flores de Jacaranda
Niños: 3 flores de Jacaranda
1 vaso de agua

Preparación:

Lavar bien las flores y picarlas.
Hervir 1 vaso de agua.
Cuando está hirviendo, sacar la olla del fuego.
Echar las flores de jacaranda, bien lavadas y picadas.
Tapar y dejar reposar 5 minutos, estilar la tapadera.
Colar.

Vía de administración:

Oral.

Dosificación:

1 vaso de agua 3 veces al día antes de las comidas y antes de acostarse.
Se repite durante 21 días.

Recomendaciones especiales:

- Si no mejora en 3 días, regrese al servicio de salud.
- La bebida debe ser de reciente elaboración para que no pierda su efectividad. Por ello se debe preparar cada dosis antes de dársela al enfermo o enferma.
- Se debe usar siempre tratamiento de rehidratación oral.
- Alimentación de acuerdo a su edad.

¹Jacaranda:

Nombre científico: *Jacaranda mimosifolia*.
Nombres comunes:
Q'ojom che' (árbol de música)
(K'iche); Gigante (Cachiquel).

264

Tratamiento para las amebas/shigellosis (a partir de los 5 años)

Esquema de Tratamiento No. 2

1. Enseñar a la madre el manejo y cuidado de la amebiasis intestinal o shigellosis.
2. Se le asesora sobre la preparación y forma de uso de remedio a base de jacaranda, para el manejo de la amebiasis intestinal o shigellosis.

Tintura de Jacaranda¹

(Producto herbario ya preparado)

Ingredientes:

Flores de jacaranda.

Vía de administración:

Oral.

Dosificación:

Adultos: 5 gotas disueltas en 1 taza de agua tibia
Niños: 3 gotas disueltas en 1 taza de agua tibia
Administrar 3 veces al día antes de las comidas. Repetir por 21 días.

Recomendaciones especiales:

- Este preparado se puede utilizar fuera del período de floración de la Jacaranda.
- Si no mejora en 3 días, regrese al servicio de salud.
- Se debe usar siempre tratamiento de rehidratación oral.
- Alimentación de acuerdo a su edad.

¹Jacaranda:

Nombre científico: *Jacaranda mimosifolia*.
Nombres comunes: Q'ojom che' (árbol de música) (K'iche); Gigante (Cachiquel).

265

Tratamiento para las amebas/shigellosis (a partir de los 5 años)

Esquema de Tratamiento No. 3

1. Enseñar a la madre el manejo y cuidado de la amebiasis intestinal o shigellosis.
2. Se le asesora sobre la preparación y forma de uso de remedio a base de guayaba, para el manejo de la amebiasis intestinal o shigellosis.

Infusión de Guayaba¹

Ingredientes:

3 cogollos de guayaba (hojas tiernas).
1 vaso de agua.
Jugo de 1 limón.
Miel.

Preparación:

Lavar bien las hojas y picarlas.
Se ponen en una ollita y se les agrega 1 vaso de agua.
Se pone a hervir durante 3-5 minutos.
Se retira del fuego y se deja reposar por 5 minutos.
Colar.
Se le agrega el jugo de un limón y se endulza con miel.

Vía de administración:

Oral.

Dosificación:

Adultos: 1 vaso de agua 3 veces al día después de las comidas y antes de acostarse. Se repite durante 7 días.
Niños: 1/2 vaso a cucharaditas 3 veces al día y antes de acostarse. Se repite durante 7 días.

Recomendaciones especiales:

- Si no mejora en 3 días, regrese al servicio de salud.
- La bebida debe ser de reciente elaboración para que no pierda su efectividad. Por ello se debe preparar cada dosis antes de darla al enfermo o enferma.
- Se debe usar siempre tratamiento de rehidratación oral.
- Alimentación de acuerdo a su edad.

¹Guayaba:

Nombre científico: *Psidium guajava* L.

Nombres comunes:

guayabo; Keq' (K'iche); Kak' (Ixil);
lquiek (Cachiquel); Cak, ch' amxuy,
coloc, lquique, guava, pataj,
pichi, posh.

266

Tratamiento parasitismo intestinal: (a partir de los 10 años)

Esquema de Tratamiento No.1

1. Enseñar a la madre el manejo y cuidado del parasitismo intestinal.
2. Se le asesora sobre la preparación y forma de uso de remedio a base de apazote, para el manejo del parasitismo intestinal.

Infusión de apazote¹ (áscaris, oxiuros y los anquilostomas):

Ingredientes:

3 ramitas de apazote
1 vaso de agua hirviendo.

Preparación:

Se toma 3 ramitas de la planta, se cortan o pican.
Se pone a hervir un vaso de agua.
Cuando esta hirviendo se le echan las ramitas y se tapa la olla. Dejar reposando 5 minutos.
Colar.

Vía de administración:

Oral.

Dosificación:

Se toma el vaso en ayunas, 1 vez al día, por 3 días seguidos.
A los 2 horas tomar una purga salina para provocar la expulsión.

Recomendaciones especiales:

- Los tratamientos se deben tomar por un máximo de 3 días.
- Se recomienda que los jugos, infusiones o cocimientos sean recién preparados.
- Cómo preparar el Purgante salino o Purga salina: Se puede preparar con sal de magnesio o agua con sal. El sabor del agua salada debe ser semejante al sabor de las lágrimas.
- Esta contraindicado dar tratamiento por vía oral con apazote a mujeres embarazadas (puede ser abortiva), ancianos, puerperas, niños pequeños, individuos con audición deficiente.
- Utilizar como complemento en casos de parasitismo intestinal

¹Apazote:

Nombre Científico: *Chenopodium*

ambrosioides.

Nombres comunes: Sikaj (K'iche);

Skaj (Cachiquel); Uxch'en tetz
chikon (Ixil); epazote, much,
quenopodio, Suuq'an, Siq'u'ij.

267

Tratamiento parasitismo intestinal (a partir de 10 años)

Esquema de Tratamiento No.2

1. Enseñar a la mujer embarazada el manejo y cuidado del parasitismo intestinal.
2. Se le asesora sobre la preparación y forma de uso de remedio a base de ajo, para el manejo del parasitismo intestinal, durante el embarazo

Cocimiento de Ajo¹

Ingredientes:

3 dientes de ajo
1 pizca de sal
1 vaso de agua.

Preparación:

Poner a hervir 1 vaso de agua.
Cuando esta hirviendo, echar los 3 dientes de ajo, bien pelados y picados con una pizca de sal.
Tapar y cocinar a fuego lento, por 10 minutos. Estilar la tapadera.
Colar.

Vía de administración:

Oral.

Dosificación:

Tomar 1 vaso tibio 3 veces al día, antes de las comidas por 3 días seguidos.

Recomendaciones especiales:

- La bebida debe ser de reciente elaboración para que no pierda su efectividad.

¹Ajo:

Nombre científico: *Allium sativum*

Nombres comunes:

Anxux (K'iche); Anux (Ixil);
Anxa (Cachiquel).

268

Tratamiento antiespasmódico: (a partir de 10 años)

Esquema de Tratamiento No.1

1. Enseñar a la madre o paciente el manejo y cuidado de los cólicos.
2. Se le asesora sobre la preparación y forma de uso de remedio a base de hierbabuena, para el manejo de cólicos.

Infusión de Hierbabuena¹

Ingredientes:

1-2 cucharaditas de hojas hierbabuena.
1 taza de agua hirviendo.

Preparación:

Lavar las hojas y picarlas.
Poner a hervir agua.
Colocar en una taza y agregar el agua hirviendo.
Tapar y dejar reposar de 3-5 minutos.
Colar.

Vía de administración:

Oral.

Dosificación:

Tomar 1 taza después de cada comida.

Recomendaciones especiales:

- Si no mejora en 3 días, regrese al servicio de salud.
- La bebida debe ser de reciente elaboración para que no pierda su efectividad. Por ello se debe preparar cada dosis antes de darla al enfermo o enferma.

¹Hierbabuena:

Nombre científico: *Mentha*

piperita, *M. spicata*, *Mentha*

viridis.

Nombres comunes: Purxil, Q'ebun

Alwuino (K'iche); Pasut, Alvaniakil,

chusma tetulca, hutxen tetz

(Cachiquel).

269

Tratamiento antiespasmódico: (a partir de 10 años)

Esquema de Tratamiento No.2

1. Enseñar a la madre o paciente el manejo y cuidado de los cólicos.
2. Se le asesora sobre la preparación y forma de uso de remedio a base de pericón, para el manejo de cólicos.

Cocimiento de Pericón¹

Ingredientes:

- 1 cucharada de flores y hojas de pericón.
- 1 taza de agua

Preparación:

Lavar las hojas y flores y picarlas.
Poner las plantas en una ollita y agregar una 1 taza de agua y tapar.
Hervir durante 3-5 minutos a fuego lento.
Retirar del fuego y dejar reposar.
Colar.

Via de administración:

Oral.

Dosificación:

Tomar caliente una taza después de cada comida.

Recomendaciones especiales:

- Si no mejora en 3 días, regrese al servicio de salud.
- La bebida debe ser de reciente elaboración para que no pierda su efectividad. Por ello se debe preparar cada dosis antes de darla al enfermo o enferma.

¹Pericón:

Nombre científico: *Tagetes lucida*.
Nombres comunes: L'ya (K'iche);
Percon (Ixil); Ella (Cachiquel);
hierba anís, jolomocox, ucá.



ANEXO 5

Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano
Facultad de Ciencias Médicas
Unidad de Trabajos de Graduación



ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA MEDICINA TRADICIONAL, POPULAR Y ALTERNATIVA EN LOS USUARIOS Y PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Entrevistador: _____ Código: _____

Municipio: _____

USUARIO	☐
PERSONAL	☐

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala como parte de la tesis de graduación para optar al título de médico y cirujano, en conjunto con un grupo de estudiantes con pensum cerrado de la carrera, realizan una encuesta de medicina tradicional en su comunidad, la intención es hacerle algunas preguntas y obtener información que favorezca el mejoramiento de la atención de la salud en su comunidad. Su participación es totalmente voluntaria. Toda la información que nos brinde será confidencial y su nombre no será usado en ningún reporte que se publique de esta encuesta. La participación en el estudio no representa ningún riesgo para usted. Agradecemos el tiempo prestado.

He leído y comprendido la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación, comprendo que no representa ningún riesgo para mi persona y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Firma o huella entrevistado

Firma testigo

Consentimiento: Acepta ☐ No acepta ☐ Se retira ☐

ANEXO 6



Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano
Facultad de Ciencias Médicas
Unidad de Trabajos de Graduación



ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA MEDICINA TRADICIONAL, POPULAR Y ALTERNATIVA EN LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Entrevistador: _____ Código: _____

Municipio: _____

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: _____ años ☐ 18-19 años ☐ 20-24 años ☐ 25-39 años
☐ 40-49 años ☐ 50-59 años
☐ 60-64 años ☐ 65-69 años ☐ >70 años

Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐

Etnia: Indígena ☐ No indígena ☐

¿Cuál fue el último grado que aprobó?

Primero a tercero primaria ☐

Cuarto a sexto primaria ☐

Primero a tercero básico ☐

Diversificado ☐

Universidad (continua estudiando) ☐

Universidad completa ☐

Carrera: _____

Carrera: _____

Carrera: _____



CONOCIMIENTOS

1. ¿Sabe usted qué es la medicina tradicional?

Si ☐ No ☐

2. ¿Cuáles de las siguientes plantas medicinales conoce usted?

Manzanilla	☐	Ixbut	☐	Guayaba	☐	Salvia	☐
Jacaranda	☐	Apazote	☐	Hierbabuena	☐	Pericón	☐
Laurel	☐	Caléndula	☐	Valeriana	☐	Granadilla	☐
Tomillo	☐	Linaza	☐	Llantén	☐	Malva	☐
Mejorana	☐	Ajo	☐	Ninguna	☐		

3. ¿Qué plantas medicinales le han recomendado en el Centro de Salud?

Manzanilla	☐	Ixbut	☐	Guayaba	☐	Salvia	☐
Jacaranda	☐	Apazote	☐	Hierbabuena	☐	Pericón	☐
Laurel	☐	Caléndula	☐	Valeriana	☐	Granadilla	☐
Tomillo	☐	Linaza	☐	Llantén	☐	Malva	☐
Mejorana	☐	Ajo	☐	Ninguna	☐		

4. ¿A base de que plantas es el jarabe para la tos que le han recomendado en el Centro de Salud?

Eucalipto, piña, papaya	☐	Zanahoria, lechuga, jengibre	☐
Limón, naranja, mandarina	☐	Eucalipto, jengibre, ocote	☐
Ninguna de las anteriores	☐		

5. ¿Qué plantas le han recomendado en el Centro de Salud para realizar gárgaras cuando presenta dolor de garganta?

Llantén y malva	☐	Limón y mango	☐
Bougambilia y piña	☐	Zanahoria y lechuga	☐
Ninguna de las anteriores	☐		

6. ¿Cuál de las siguientes frutas le han recomendado en el Centro de Salud para el tratamiento de la diarrea?

Piña	☐	Manzana	☐	Naranja	☐
Guayaba	☐	Ninguna	☐		

7. ¿Qué tratamiento natural de los siguientes, le han recomendado en el Centro de Salud para cuando tiene parásitos?

Cocimiento de ajo e infusión de apazote	☐	Tintura de tilo	☐
Jarabe de flor de chichipince	☐	Infusión de hoja de limón.	☐
Ninguno de los anteriores	☐		



8. ¿Conoce usted algún tratamiento natural para la fiebre?

Jarabe de toronja	☐	Infusión de pino	☐
Agua de jocote	☐	Ninguno	☐
Otro	☐		

ACTITUDES

9. ¿Estaría de acuerdo si un médico le administra tratamientos tradicionales?

Totalmente de acuerdo	☐	De acuerdo	☐
Indiferente	☐	En desacuerdo	☐
Totalmente en desacuerdo	☐		

10. ¿Cuán importante es para usted la Medicina Tradicional, Popular y Alternativa?

Muy importante	☐	Importante	☐	Medianamente Importante	☐
Poco importante	☐	Nada importante	☐		

11. ¿Utilizar la medicina tradicional en el tratamiento de las enfermedades más comunes en la comunidad es una práctica aceptable?

Totalmente de acuerdo	☐	De acuerdo	☐
Indiferente	☐	En desacuerdo	☐
Totalmente en desacuerdo	☐		

12. ¿La medicina tradicional puede aportar conocimientos que ayuden a mejorar algunas prácticas de la medicina?

Totalmente de acuerdo	☐	De acuerdo	☐
Indiferente	☐	En desacuerdo	☐
Totalmente en desacuerdo	☐		

13. ¿Si usted tiene alguna enfermedad utilizaría primero la medicina tradicional?

Si ☐ No ☐

14. ¿Usted está de acuerdo con el uso de medicina tradicional en su casa?

Totalmente de acuerdo	☐	De acuerdo	☐
Indiferente	☐	En desacuerdo	☐
Totalmente en desacuerdo	☐		

15. ¿Está de acuerdo con la capacitación por parte del Ministerio de Salud al personal de salud para el uso de la medicina tradicional?

Totalmente de acuerdo	☐	De acuerdo	☐
Indiferente	☐	En desacuerdo	☐
Totalmente en desacuerdo	☐		



16. ¿Cree usted que mejoraría la atención brindada en los servicios de salud si se incorporaran los conocimientos de medicina tradicional?

Totalmente de acuerdo ☐
Indiferente ☐
Totalmente en desacuerdo ☐

De acuerdo ☐
En desacuerdo ☐

17. ¿Piensa usted que es importante preservar y conservar las plantas medicinales?

Si ☐ No ☐

PRÁCTICAS

18. ¿Alguna vez ha usado medicina tradicional?

Si ☐ No ☐

19. Si la respuesta anterior es afirmativa ¿Con qué frecuencia utiliza la medicina tradicional?

Siempre ☐ Con frecuencia ☐ Algunas veces ☐
Rara vez ☐ Casi nunca ☐

20. ¿Alguna vez ha tenido la necesidad de utilizar medicina tradicional debido a la falta de medicamentos en su servicio de salud?

Siempre ☐ Con frecuencia ☐ Algunas veces ☐
Rara vez ☐ Casi nunca ☐

21. ¿Utiliza usted la medicina tradicional en los padecimientos más comunes?

Siempre ☐ Con frecuencia ☐ Algunas veces ☐
Rara vez ☐ Casi nunca ☐

22. Por lo general, ¿es posible encontrar en su casa elementos de la medicina tradicional tales como plantas medicinales?

Siempre ☐ Con frecuencia ☐ Algunas veces ☐
Rara vez ☐ Casi nunca ☐

23. ¿Cuáles son las plantas medicinales que utiliza con mayor frecuencia?

Manzanilla	☐	Ixbut	☐	Guayaba	☐	Salvia	☐
Jacaranda	☐	Apazote	☐	Hierbabuena	☐	Pericón	☐
Laurel	☐	Caléndula	☐	Valeriana	☐	Granadilla	☐
Tomillo	☐	Linaza	☐	Llantén	☐	Malva	☐
Mejorana	☐	Ajo	☐	Ninguna	☐		



24. ¿Cuáles de las siguientes son las formas de preparación más comunes que usted utiliza?

Infusión	☐	Cocimiento	☐	Tintura	☐
Jarabe	☐	Conforte	☐	Pomada	☐
Quemado	☐	Lavativa	☐	Ninguna	☐

25. ¿Para cuales de los siguientes padecimientos ha utilizado medicina tradicional?

Tos	☐	Dolor de garganta	☐	Fiebre	☐
Diarrea	☐	Parasitismo	☐	Amebiasis	☐
Espasmos	☐	Úlceras	☐		

26. ¿Hay personas en la comunidad que curan las enfermedades con medicina tradicional?

Si ☐ No ☐

27. ¿Con quiénes ha consultado?

Comadrona	☐	Hierbero	☐	Curandero	☐
Masajista	☐	Huesero	☐	Soplador	☐
Sacerdote maya o Guía Espiritual			☐		

28. ¿Utiliza usted los servicios de terapeutas tradicionales?

Siempre	☐	Con frecuencia	☐
Algunas veces	☐	Rara vez	☐
Casi nunca	☐		

29. ¿La medicina tradicional funciona más rápido o es más efectiva que la medicina occidental en algunos padecimientos?

Totalmente de acuerdo	☐	De acuerdo	☐
Indiferente	☐	En desacuerdo	☐
Totalmente en desacuerdo	☐		

ANEXO 7



Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano
Facultad de Ciencias Médicas
Unidad de Trabajos de Graduación



ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA MEDICINA TRADICIONAL, POPULAR Y ALTERNATIVA EN EL PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Entrevistador: _____ Código: _____

Municipio: _____

Edad: _____ años

☐ 18-19 años	☐ 20-24 años	☐ 25-39 años
☐ 40-49 años	☐ 50-59 años	☐ 60-64 años
☐ 65-69 años	☐ >70 años	

Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐

Etnia: Indígena ☐ No indígena ☐

¿Cuál fue el último grado que aprobó?

Primero a tercero primaria	☐	
Cuarto a sexto primaria	☐	
Primero a tercero básico	☐	
Diversificado	☐	Carrera: _____
Universidad (continua estudiando)	☐	Carrera: _____
Universidad completa	☐	Carrera: _____

¿Qué profesión desempeña en este servicio de salud?

Médico	☐	EPS Medicina	☐
Enfermero(a) Profesional	☐	Enfermero(a) Auxiliar	☐
Técnico en Salud Rural	☐		



CONOCIMIENTOS

1. ¿Sabe usted que dentro de las normas de atención existe un apartado respecto a medicina tradicional?

Si ☐ No ☐

2. Según las normas de atención del MSPAS, ¿Cómo se define la Medicina Tradicional, Popular y Alternativa?

Es el tratamiento a base de plantas medicinales que se utilizan como recurso terapéutico para que el personal de salud cuente con una opción para orientar a la población sobre el manejo en casa de enfermedades diarreicas, resfriados comunes, como coadyuvantes del tratamiento brindado en los servicios de salud. ☐

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. ☐

Conjuntos de conocimientos médicos, que existieron mucho antes del desarrollo y la difusión de la medicina occidental. Reflejan la cultura de un país, su historia y creencias. A menudo, este conocimiento se transmite oralmente de generación en generación. ☐

Es un término que designa las diversas prácticas que no pertenecen al reino de la medicina convencional, y cuya efectividad no ha sido probada consistentemente, que utiliza la población a través del uso de una generación a otra generación y que es mucho más práctica y segura. ☐

Es el término usado generalmente para designar una práctica o terapia de intención preventiva o curativa, que se ha originado al margen del desarrollo moderno de la medicina y la farmacología. ☐

3. ¿Ha recibido capacitación acerca de las mismas?

Si ☐ No ☐

4. Consiste en dejar en contacto por algunos minutos a la parte medicinal de las plantas con agua hirviendo.

Infusión ☐

Apagado ☐

Te de hierbas ☐

Todas las anteriores ☐

5. Esta preparación consiste en HERVIR durante algunos minutos la planta y luego filtrarla

Cocimiento ☐

Té ☐

Pomada ☐

Temascal ☐



6. Este producto de medicina tradicional se obtiene por MACERACIÓN al agregarle ALCOHOL a las plantas y dejarlas reposar por 1 o 2 días

Té	☐	Jarabe	☐
Tintura	☐	Masaje	☐

7. En este producto de medicina tradicional se mezclan plantas frescas con sus tinturas con una cantidad de AZUCAR y en su composición puede incluir varias plantas

Sobadura	☐	Cocimiento	☐
Infusión	☐	Jarabe	☐

8. ¿Cuáles de las siguientes plantas medicinales conoce usted?

Manzanilla	☐	Ixbut	☐	Guayaba	☐	Salvia	☐
Jacaranda	☐	Apazote	☐	Hierbabuena	☐	Pericón	☐
Laurel	☐	Caléndula	☐	Valeriana	☐	Granadilla	☐
Tomillo	☐	Linaza	☐	Eucalipto	☐		

9. El jarabe expectorante para el tratamiento de la tos contiene como ingredientes:

Eucalipto, piña, papaya	☐	Zanahoria, lechuga, jengibre	☐
Limón, naranja, mandarina	☐	Eucalipto, jengibre, ocote	☐

10. ¿Cuántas cucharadas de semillas de linaza y de miel se utilizan para el cocimiento de linaza por cada LITRO de agua?

2 de miel y 2 de linaza	☐	4 de miel y 4 de linaza	☐
8 de miel y 8 de linaza	☐	Solo 12 de linaza sin miel	☐

11. ¿Con qué plantas se pueden realizar gárgaras en el tratamiento del dolor de garganta?

Llantén y malva	☐	Limón y mango	☐
Bougambilia y piña	☐	Zanahoria y lechuga	☐

12. ¿Para qué síntoma se utiliza la infusión de PINO y la infusión de SALVIA SIJA?

Tos	☐	Golpes	☐
Fiebre	☐	Depresión	☐

13. ¿Cuál es la fruta utilizada en el tratamiento tradicional en la diarrea?

Piña	☐	Manzana	☐
Naranja	☐	Guayaba	☐



14. ¿Cuál es el tratamiento tradicional para amebiasis y shigelosis?

- Infusión y tintura de jacaranda e infusión de guayaba ☐
- Jarabe de hoja de pino ☐
- Té de cáscara de piña ☐
- Agua de flor de bougambilia ☐

15. ¿Qué tratamiento de medicina alternativa y tradicional se utiliza en casos de parasitismo?

- Cocimiento de ajo e infusión de apazote ☐
- Tintura de tilo ☐
- Jarabe de flor de chichipince ☐
- Infusión de hoja de limón. ☐

ACTITUDES

16. ¿Estaría de acuerdo en administrar tratamientos tradicionales?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Totalmente de acuerdo | ☐ | De acuerdo | ☐ |
| Indiferente | ☐ | En desacuerdo | ☐ |
| Totalmente en desacuerdo | ☐ | | |

17. ¿Cuán importante es para usted la Medicina Tradicional, Popular y Alternativa?

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Muy importante | ☐ | Importante | ☐ |
| Medianamente Importante | ☐ | Poco importante | ☐ |
| Nada importante | ☐ | | |

18. ¿Utilizar la medicina tradicional en el tratamiento de las enfermedades más comunes en la comunidad es una práctica aceptable?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Totalmente de acuerdo | ☐ | De acuerdo | ☐ |
| Indiferente | ☐ | En desacuerdo | ☐ |
| Totalmente en desacuerdo | ☐ | | |

19. ¿La medicina tradicional puede aportar conocimientos que ayuden a mejorar algunas prácticas de la medicina?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Totalmente de acuerdo | ☐ | De acuerdo | ☐ |
| Indiferente | ☐ | En desacuerdo | ☐ |
| Totalmente en desacuerdo | ☐ | | |

20. ¿Si usted tiene alguna enfermedad utilizaría primero la medicina tradicional?

Si ☐ No ☐



21. ¿Usted está de acuerdo con el uso de medicina tradicional en su casa?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Totalmente de acuerdo | ☐ | De acuerdo | ☐ |
| Indiferente | ☐ | En desacuerdo | ☐ |
| Totalmente en desacuerdo | ☐ | | |

22. ¿Está de acuerdo con que el Ministerio de Salud continúe con la capacitación al personal de salud para el uso de la medicina tradicional?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Totalmente de acuerdo | ☐ | De acuerdo | ☐ |
| Indiferente | ☐ | En desacuerdo | ☐ |
| Totalmente en desacuerdo | ☐ | | |

23. ¿Cree usted que mejoraría la atención brindada en los servicios de salud si se incorporaran los conocimientos de medicina tradicional?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Totalmente de acuerdo | ☐ | De acuerdo | ☐ |
| Indiferente | ☐ | En desacuerdo | ☐ |
| Totalmente en desacuerdo | ☐ | | |

24. ¿Piensa usted que es importante preservar y conservar las plantas medicinales?

- Si ☐ No ☐

PRÁCTICAS

25. ¿Alguna vez ha usado medicina tradicional?

- Si ☐ No ☐

26. Si la respuesta anterior es afirmativa ¿Con qué frecuencia utiliza la medicina tradicional?

- | | | | |
|---------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Siempre | ☐ | Con frecuencia | ☐ |
| Algunas veces | ☐ | Rara vez | ☐ |
| Casi nunca | ☐ | | |

27. ¿Alguna vez ha recetado medicina tradicional?

- Si ☐ No ☐

28. Si la respuesta anterior es afirmativa ¿Con qué frecuencia receta medicina tradicional?

- | | | | |
|---------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Siempre | ☐ | Con frecuencia | ☐ |
| Algunas veces | ☐ | Rara vez | ☐ |
| Casi nunca | ☐ | | |



29. ¿Alguna vez ha tenido la necesidad de recetar medicina tradicional debido a la falta de medicamentos en su servicio de salud?

Siempre ☐

Con frecuencia ☐

Algunas veces ☐

Rara vez ☐

Casi nunca ☐

30. ¿Se tiene acceso a plantas medicinales en su lugar de trabajo?

Siempre ☐

Con frecuencia ☐

Algunas veces ☐

Rara vez ☐

Casi nunca ☐

31. ¿Cuáles son las plantas medicinales que utiliza con mayor frecuencia?

Manzanilla ☐

Ixbut ☐

Guayaba ☐

Salvia ☐

Jacaranda ☐

Apazote ☐

Hierbabuena ☐

Pericón ☐

Laurel ☐

Caléndula ☐

Valeriana ☐

Granadilla ☐

Tomillo ☐

Linaza ☐

Llantén ☐

Malva ☐

Mejorana ☐

Ajo ☐

32. ¿Para cuales de los siguientes padecimientos ha utilizado medicina tradicional?

Tos ☐

Dolor de garganta ☐

Fiebre ☐

Diarrea ☐

Parasitismo ☐

Amebiasis ☐

Espasmos ☐

Úlceras ☐

33. Según su experiencia ¿La medicina tradicional funciona más rápido o es más efectiva que la medicina occidental en algunos padecimientos?

Totalmente de acuerdo ☐

De acuerdo ☐

Indiferente ☐

En desacuerdo ☐

Totalmente en desacuerdo ☐

ANEXO 8

SECCIÓN I: USUARIOS

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

CONSOLIDADO GENERAL

TABLA 1

Distribución de los usuarios de los servicios de salud según rango de edad en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011
Guatemala, julio 2011

Rango de edad	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
18-19	23	15	22	22	82	8
20-24	53	58	66	52	229	22
25-39	127	119	105	88	439	42
40-49	37	42	49	43	171	16
50-59	17	14	13	23	67	6
60-64	4	5	7	12	28	3
65-69	2	4	3	7	16	2
>70	3	1	0	3	7	1
TOTAL	266	258	265	250	1039	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 2

Distribución de los usuarios de los servicios de salud según sexo en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011
Guatemala, julio 2011

Sexo	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Femenino	227	224	201	212	864	83
Masculino	39	34	64	38	175	17
TOTAL	266	258	265	250	1039	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 3
Distribución de los usuarios de los servicios de salud según etnia en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011
Guatemala, julio 2011

Etnia	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Indígena	145	145	23	11	324	31
No indígena	121	113	242	239	715	69
TOTAL	266	258	265	250	1039	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 4
Distribución de los usuarios de los servicios de salud según escolaridad en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011
Guatemala, julio 2011

Escolaridad	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Sin estudios	27	36	67	0	130	12.5
Primero a tercero primaria	50	40	24	117	231	22.2
Cuarto a sexto primaria	76	77	101	82	336	32.3
Primero a tercero básico	53	72	48	35	208	20.0
Diversificado	51	28	18	16	113	10.9
Universidad (continúa estudiando)	6	5	6	0	17	1.6
Universidad completa	3	0	1	0	4	0.4
TOTAL	266	258	265	250	1039	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

CONOCIMIENTOS

TABLA 5
Distribución de los usuarios de los servicios de salud acerca del conocimiento del término "medicina tradicional" en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011
Guatemala, julio 2011

	Distrito municipal de salud								TOTAL	%
	Chiquimula	%	San José la Arada	%	Quetzaltenango	%	Salcajá	%		
Conoce	199	75	137	55	210	79	229	89	775	75
No conoce	66	25	113	45	56	21	29	11	264	25
TOTAL	265	100	250	100	266	100	258	100	1039	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 6

Distribución de los usuarios de los servicios de salud acerca del conocimiento sobre medicina tradicional en base a las normas de atención del MSPAS en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011
Guatemala, julio 2011

	Distrito municipal de salud								TOTAL	%
	Chiquimula	%	San José la Arada	%	Quetzaltenango	%	Salcajá	%		
Conoce	0	0	4	2	0	0	2	1	6	1
No conoce	265	100	246	98	266	100	256	99	1033	99
TOTAL	265	100	250	100	266	100	258	100	1039	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

ACTITUDES

TABLA 7

Distribución de los usuarios de los servicios de salud acerca de la utilización de la medicina tradicional como primera opción en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011
Guatemala, julio 2011

	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Si	188	212	260	159	819	79
No	78	46	5	91	220	21
TOTAL	266	258	265	250	1039	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 8

Distribución de los usuarios de los servicios de salud respecto a actitudes sobre medicina tradicional en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011
Guatemala, julio 2011

Actitud	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Muy favorable	111	74	195	189	568	54.8
Favorable	138	173	63	58	431	41.6
Medianamente favorable	13	10	6	3	32	3.1
Desfavorable	4	1	1	0	6	0.6
Muy desfavorable	0	0	0	0	0	0
TOTAL	266	258	265	250	1039	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 9
Distribución de los usuarios de los servicios de salud respecto a la conservación de las plantas medicinales en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011
Guatemala, julio 2011

	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Si	262	255	260	249	1026	99
No	4	3	5	1	13	1
TOTAL	266	258	265	250	1039	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

PRÁCTICAS

TABLA 10
Distribución de los usuarios de los servicios de salud respecto a la utilización de medicina tradicional en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011
Guatemala, julio 2011

	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Si	260	258	259	235	1012	97
No	6	0	6	15	27	3
TOTAL	266	258	265	250	1039	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 11
Distribución de los usuarios de los servicios de salud respecto a la frecuencia de utilización de la medicina tradicional en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011
Guatemala, julio 2011

	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Siempre	41	59	110	53	263	25
Con frecuencia	110	97	73	66	346	33
Algunas veces	91	87	13	16	207	20
Rara vez	18	15	47	98	178	17
Nunca	6	0	22	17	45	4
TOTAL	266	258	265	250	1039	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 12

Distribución de los usuarios respecto a la frecuencia de utilización de la medicina tradicional por falta de medicamentos en los servicios de salud en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011
Guatemala junio de 2011

	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Siempre	0	2	40	4	46	4
Con frecuencia	23	6	10	14	53	5
Algunas veces	58	51	135	21	265	26
Rara vez	53	62	77	14	206	20
Nunca	132	137	3	197	469	45
TOTAL	266	258	265	250	1039	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 13

Distribución de los usuarios de los servicios de salud respecto a la utilización de la medicina tradicional en los padecimientos más comunes en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011
Guatemala, julio 2011

	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Siempre	25	53	118	12	208	20
Con frecuencia	137	103	68	55	363	35
Algunas veces	82	87	17	67	253	24
Rara vez	15	14	51	97	177	17
Nunca	7	1	11	19	38	4
TOTAL	266	258	265	250	1039	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 14

Distribución de los usuarios de los servicios de salud respecto a la frecuencia con la que se encontraban elementos de la medicina tradicional en los hogares de los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011
Guatemala, julio 2011

	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Siempre	123	122	95	16	356	34
Con frecuencia	83	101	75	32	291	28
Algunas veces	35	15	36	50	136	13
Rara vez	11	10	37	57	115	11
Nunca	14	10	22	95	141	14
TOTAL	266	258	265	250	1039	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 15

Distribución de los usuarios de los servicios de salud respecto a plantas medicinales conocidas en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011
Guatemala, julio 2011

Planta medicinal	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Manzanilla	266	257	260	246	1029	96
Hierbabuena	264	254	240	241	999	93
Apazote	263	257	226	239	985	92
Pericón	243	231	226	236	936	88
Ajo	244	231	238	214	927	87
Tomillo	240	247	201	183	871	81
Laurel	220	244	193	204	861	81
Linaza	211	200	94	185	690	65
Salvia	201	227	108	149	685	64
Guayaba	101	79	224	178	582	54
Valeriana	107	124	39	98	368	34
Jacaranda	97	99	66	84	346	32
Granadilla	106	83	61	54	304	28
Malva	88	76	8	9	181	17
Mejorana	65	49	13	18	145	14
Llantén	51	68	0	15	134	13
Caléndula	28	48	21	16	113	11
Ixbut	28	24	10	4	66	6
Ninguna	0	0	0	0	0	0

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 16
**Distribución de los usuarios de los servicios de salud respecto a plantas utilizadas
en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá,
junio 2011
Guatemala, julio 2011**

Planta medicinal	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Manzanilla	211	228	217	203	859	80
Hierbabuena	191	198	106	144	639	60
Apazote	126	136	151	124	537	50
Pericón	101	111	160	130	502	47
Ajo	77	41	138	88	344	32
Salvia	85	102	43	32	262	25
Tomillo	77	37	91	44	249	23
Laurel	50	29	74	57	210	20
Guayaba	5	2	68	49	124	12
Linaza	22	15	33	35	105	10
Granadilla	3	1	27	23	54	5
Jacaranda	6	17	15	14	52	5
Valeriana	9	6	17	20	52	5
Ninguna	2	2	11	15	30	3
Malva	8	8	4	8	28	3
Llantén	8	8	0	5	21	2
Mejorana	2	4	2	7	15	1
Caléndula	1	1	5	5	12	1
Ixbut	4	1	1	1	7	1

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 17

Distribución de los usuarios de los servicios de salud según formas de preparación utilizadas con mayor frecuencia en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011
Guatemala, julio 2011

Preparación	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Cocimiento	178	191	205	231	805	75
Infusión	174	167	99	16	456	43
Ninguna	0	0	16	15	31	3
Conforte	12	6	1	2	21	2
Quemado	7	2	0	0	9	1
Pomada	3	0	0	4	7	1
Jarabe	1	1	1	3	6	1
Tintura	0	1	3	0	4	0
Lavativa	2	1	0	0	3	0

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 18

Distribución de los usuarios de los servicios de salud respecto a los padecimientos en los que se usó medicina tradicional en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011
Guatemala, julio 2011

Padecimiento	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Tos	232	243	225	218	918	86
Dolor de garganta	162	173	204	167	706	66
Fiebre	64	43	16	36	159	15
Diarrea	192	185	119	116	612	57
Parasitismo	151	175	34	49	409	38
Amebiasis	44	28	7	17	96	9
Espasmos	88	126	45	80	339	32
Úlceras	47	13	0	4	64	6
Ninguno	7	1	16	15	39	4

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 19

Distribución de los usuarios de los servicios de salud respecto a la existencia de personas que curan enfermedades únicamente con medicina tradicional en la comunidad en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011.
Guatemala, julio 2011

	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Si	122	154	199	84	559	54
No	144	104	66	166	480	46
TOTAL	266	258	265	250	1039	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 20

Distribución de los usuarios de los servicios de salud respecto a los padecimientos en los que se usó medicina tradicional en los que consultaron a terapeutas tradicionales en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011.
Guatemala, julio 2011

Terapeuta	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Comadróna	79	57	23	24	183	17
Hierbero	18	40	9	6	73	7
Curandero	22	34	4	6	66	6
Masajista	3	3	0	0	6	1
Huesero	10	7	4	6	27	3
Soplador	3	0	0	0	3	0
Sacerdote maya o Guía espiritual	1	0	0	2	3	0
Ninguno	158	148	238	214	758	71

Fuente: boleta de recolección de datos

TABLA 21

Distribución de los usuarios de los servicios de salud respecto a la frecuencia de utilización de terapeutas tradicionales en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011.
Guatemala, julio 2011

Frecuencia	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Siempre	8	6	3	1	18	2
Con frecuencia	8	8	2	0	18	2
Algunas veces	40	34	14	7	95	9
Rara vez	51	63	13	20	147	14
Nunca	159	147	233	222	761	73
TOTAL	266	258	265	250	1039	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 22
Distribución de los usuarios de los servicios de salud respecto a la mayor efectividad de la medicina tradicional en algunos padecimientos en los municipios de de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011.
Guatemala, julio 2011

	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Totalmente de acuerdo	34	23	151	70	278	27
De acuerdo	104	161	23	101	389	37
Indiferente	91	50	39	19	199	19
En desacuerdo	28	23	49	58	158	15
Totalmente en desacuerdo	9	1	3	2	15	1
TOTAL	266	258	265	250	1039	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

SECCIÓN II: PERSONAL

CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA

TABLA 23
Distribución del personal de salud por rangos de edad de los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011
Guatemala, julio 2011

Edad	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
18-19	0	1	1	0	2	3
20-24	2	6	9	4	21	27
25-39	12	3	12	7	34	44
40-49	3	2	4	4	13	17
50-59	3	0	3	1	7	9
60-64	0	1	0	0	1	1
65-69	0	0	0	0	0	0
>70	0	0	0	0	0	0
TOTAL	19	13	29	16	78	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 24

**Distribución del personal de salud por sexos en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011
Guatemala, julio 2011**

Sexo	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Femenino	14	8	19	13	54	69
Masculino	6	5	10	3	24	31
TOTAL	20	13	29	16	78	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 25

**Distribución del personal de salud por etnia en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011.
Guatemala, julio 2011**

Etnia	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Indígena	5	2	0	0	7	9
No indígena	15	11	29	16	71	91
TOTAL	20	13	29	16	78	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 26

**Distribución del personal de salud por escolaridad de los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011.
Guatemala, julio 2011**

Escolaridad	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Sin estudios	0	0	0	0	0	0
Primero a tercero primaria	0	0	0	0	0	0
Cuarto a sexto primaria	0	0	0	0	0	0
Primero a tercero básico	1	0	9	1	11	14
Diversificado	11	8	9	6	34	44
Universidad (continúa estudiando)	2	3	8	7	20	26
Universidad completa	6	2	3	2	13	17
TOTAL	20	13	29	16	78	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 27

**Distribución del personal de salud por profesión desempeñada en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011.
Guatemala, julio 2011**

Profesión	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Médico	3	1	0	1	5	6
Enfermero(a) Profesional	3	1	9	1	14	18
Enfermero(a) Auxiliar	10	8	9	8	35	45
EPS Medicina	2	1	8	4	15	19
Técnico en Salud Rural	2	2	3	2	9	12
TOTAL	20	13	29	16	78	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

CONOCIMIENTOS

TABLA 28

**Distribución del personal de salud por conocimiento de la existencia de un apartado respecto a la medicina tradicional en base a las normas de atención en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011.
Guatemala, julio 2011**

	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Si	19	13	17	16	65	83
No	1	0	12	0	13	17
TOTAL	20	13	29	16	78	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 29

**Distribución del personal de salud por capacitación acerca de la medicina tradicional en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011.
Guatemala, julio 2011**

	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Si	5	9	1	5	20	26
No	15	4	28	11	58	74
TOTAL	20	13	29	16	78	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 30

Distribución del personal de salud respecto al conocimiento sobre medicina tradicional en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011.
Guatemala, julio 2011

	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Conoce	10	3	22	12	47	60
No conoce	10	10	7	4	31	40
TOTAL	20	13	29	16	78	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 31

Distribución del personal de salud respecto a la medicina tradicional por cargo desempeñado en los servicios en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011.
Guatemala, julio 2011

Conocimientos del personal de salud de acuerdo al cargo desempeñado dentro del servicio de salud									
Cargo	Posee conocimientos				No posee conocimientos				TOTAL
	Distrito municipal de salud				Distrito municipal de salud				
	Chiquimula	San José la Arada	Salcajá	Quetzaltenango	Chiquimula	San José la Arada	Salcajá	Quetzaltenango	
Médico	2	1	1	1	1	0	0	2	8
Enfermera profesional	1	1	0	2	0	0	1	1	6
Enfermera auxiliar	14	6	1	5	1	2	7	5	41
Técnico en salud rural	5	4	1	0	0	0	1	2	13
EPS rural	0	0	0	0	5	2	1	2	10
TOTAL	22	12	3	8	7	4	10	12	78

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 32

Distribución del personal de salud respecto al uso de la medicina tradicional como primera opción en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011.
Guatemala, julio 2011

	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Sí	7	8	22	11	48	60
No	13	5	7	5	30	40
TOTAL	20	13	29	16	78	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 33

Distribución del personal de salud respecto a la importancia de la conservación de las plantas medicinales en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011.
Guatemala, julio 2011

	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Si	20	13	29	16	78	100
No	0	0	0	0	0	0
TOTAL	20	13	29	16	78	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 34

Distribución del personal de salud respecto a actitudes sobre la medicina tradicional en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011.
Guatemala, julio 2011

Actitud	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Muy favorable	8	4	15	12	39	50
Favorable	12	9	12	3	36	46
Medianamente favorable	0	0	1	1	2	3
Desfavorable	0	0	1	0	1	1
Muy desfavorable	0	0	0	0	0	0
TOTAL	20	13	29	16	78	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

PRÁCTICAS

TABLA 35

Distribución del personal de salud respecto a la utilización de medicina tradicional en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011.
Guatemala, julio 2011

	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Si	18	12	23	15	68	62
No	2	1	6	1	10	38
TOTAL	20	13	29	16	78	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 36

Distribución del personal de salud respecto a la frecuencia de utilización de la medicina tradicional en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011.
Guatemala, julio 2011

	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Siempre	3	1	1	0	5	6
Con frecuencia	2	2	4	1	9	12
Algunas veces	11	9	10	10	40	51
Rara vez	3	1	11	4	19	24
Nunca	1	0	3	1	5	6
TOTAL	20	13	29	16	78	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 37

Distribución del personal de salud respecto a la utilización de la medicina tradicional al momento de recetar en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011.
Guatemala, julio 2011

	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Si	17	12	24	14	67	86
No	3	1	5	2	11	14
TOTAL	20	13	29	16	78	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 38

Distribución del personal de salud respecto a la frecuencia con la que se recetó medicina tradicional en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011
Guatemala, julio 2011

	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Siempre	2	0	0	0	2	3
Con frecuencia	1	0	5	1	7	9
Algunas veces	12	10	8	10	40	51
Rara vez	2	2	10	3	17	22
Nunca	3	1	6	2	12	15
TOTAL	20	13	29	16	78	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 39

Distribución del personal de salud respecto a la frecuencia con la que se recetó medicina tradicional debido a falta de medicamentos en los servicios de los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011.
Guatemala junio de 2011.

	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Siempre	0	0	0	0	0	0
Con frecuencia	3	0	2	1	6	8
Algunas veces	7	6	14	10	37	47
Rara vez	8	0	8	4	20	26
Nunca	2	7	5	1	15	19
TOTAL	20	13	29	16	78	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 40

Distribución del personal de salud respecto a la frecuencia con la que se tiene acceso a plantas medicinales en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011.
Guatemala, junio de 2011

	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Siempre	1	0	1	1	3	4
Con frecuencia	4	2	3	0	9	12
Algunas veces	6	4	4	4	18	23
Rara vez	2	0	6	3	11	14
Nunca	7	7	15	8	37	47
TOTAL	20	13	29	16	78	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 41
**Distribución del personal de salud respecto a las plantas medicinales utilizadas con
mayor frecuencia en los municipios de Chiquimula, San José la Arada,
Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011.
Guatemala, junio de 2011**

Planta medicinal	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Manzanilla	17	13	26	14	70	90
Hierbabuena	14	13	18	13	58	74
Pericón	14	10	16	11	51	65
Apazote	9	8	22	10	49	63
Ajo	11	7	17	10	45	58
Tomillo	8	8	16	12	44	56
Linaza	10	7	14	10	41	53
Laurel	6	6	8	7	27	35
Valeriana	7	5	9	5	26	33
Guayaba	2	5	11	7	25	32
Salvia	6	4	8	4	22	28
Granadilla	2	2	10	1	15	19
Ixbut	5	2	5	1	13	17
Jacaranda	3	3	6	0	12	15
Llantén	3	1	3	1	8	10
Malva	3	1	3	0	7	9
Mejorana	3	1	1	0	5	6
Caléndula	0	0	5	0	5	6
Ninguna	1	0	3	0	4	5

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 42

Distribución del personal de salud respecto a los padecimientos en los cuales el se utilizó medicina tradicional en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011.
Guatemala, junio de 2011

Padecimiento	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Tos	16	11	22	13	62	79.49
Diarrea	11	8	19	6	44	56.41
Dolor de garganta	6	11	19	7	43	55.13
Parasitismo	14	5	7	8	34	43.59
Espasmos	9	2	9	4	24	30.77
Fiebre	2	4	9	4	19	24.36
Amebiasis	5	3	6	5	19	24.36
Úlceras	4	1	4	1	10	12.82
Ninguno	4	1	4	2	11	14.10

Fuente: boleta de recolección de datos.

TABLA 43

Distribución del personal de salud respecto a la consideración de la medicina tradicional como más rápida o efectiva en algunos padecimientos en los municipios de de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011.
Guatemala, julio 2011

	Distrito municipal de salud				TOTAL	%
	Quetzaltenango	Salcajá	Chiquimula	San José la Arada		
Totalmente de acuerdo	1	0	5	3	9	12
De acuerdo	7	4	14	8	33	42
Indiferente	9	9	5	1	24	31
En desacuerdo	3	0	3	4	10	13
Totalmente en desacuerdo	0	0	2	0	2	3
TOTAL	20	13	29	16	78	100

Fuente: boleta de recolección de datos.

ANEXO 9

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS USUARIOS Y PERSONAL DE SALUD ACERCA DE MEDICINA POPULAR, TRADICIONAL Y ALTERNATIVA SEGÚN LAS NORMAS DE ATENCIÓN EN SALUD

presentada por:

Erick Juan José Gramajo Arriola
Guillermo Alfonso Domínguez Hernández
Marlet Guisela Román Carrillo
Manuel Arturo Fuentes González

Aesor: Dr. Otto Hugo Velázquez Redinos
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala, 2011

Estudio realizado en población mayor de dieciocho años consultante de los servicios de salud y personal de los distritos de salud en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá durante el mes de junio de 2011

La medicina a base de hierbas y los tratamientos tradicionales son la principal fuente de atención sanitaria para los pobladores de las zonas rurales de los países en desarrollo. En Guatemala, el MSPAS incluye algunas prácticas de medicina tradicional dentro de las normas de atención.

El propósito de la presente investigación es identificar el grado de conocimientos que el personal de salud posee acerca de dichas normas, además, identificar los conocimientos y actitudes de la población hacia la medicina tradicional para establecer si en realidad las normas de atención integral planteadas por el MSPAS reflejan lo que la población conoce y está dispuesta a aceptar como parte de los servicios de salud.

Objetivo general

Describir los conocimientos, actitudes y prácticas de los usuarios y el personal de salud de los municipios de Chiquimula, San José La Arada, Quetzaltenango y Salcajá respecto a la medicina popular, tradicional y alternativa de acuerdo a las normas de atención en salud, durante el mes de junio de 2011

Metodología

Estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo, de corte transversal realizado durante el mes de junio de 2011 en los municipios de Chiquimula y San José La Arada, Chiquimula y los municipios de Quetzaltenango y Salcajá, Quetzaltenango

Variables

Personal de salud

Características sociodemográficas

- Sexo
- Edad
- Etnia
- Escolaridad

Conocimientos

Actitudes

Prácticas

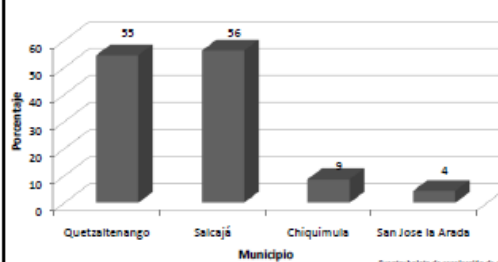
Población y muestra

- Dos poblaciones: usuarios y personal de salud
 - Usuarios: muestreo por proporciones en base a la población mayor de edad de cada municipio:
 - Chiquimula: 285
 - San José la Arada: 250
 - Quetzaltenango: 266
 - Salcajá: 258
 - Personal de salud: totalidad de trabajadores de los distritos de salud (78).

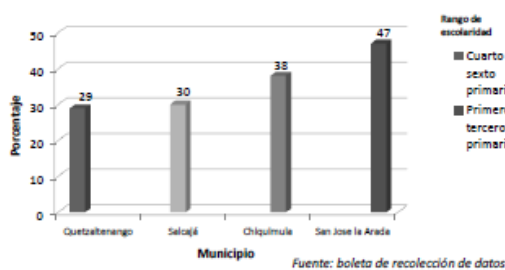
GRÁFICA 1
Porcentajes de distribución por sexo de los usuarios de los servicios de salud de los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011
Guatemala, julio 2011



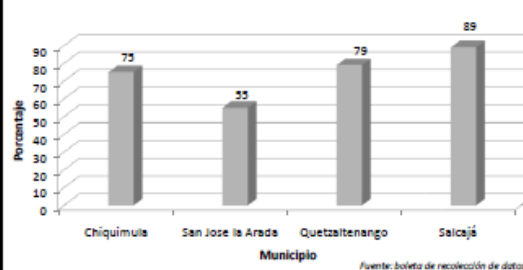
GRÁFICA 2
Porcentaje de etnia indígena de los usuarios de los servicios de salud en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011
Guatemala, julio 2011



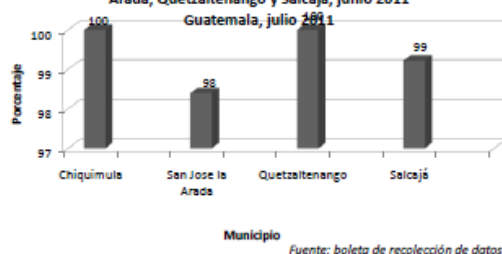
GRÁFICA 3
Mayor porcentaje de escolaridad en los usuarios de los servicios de salud de los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011
Guatemala, julio 2011



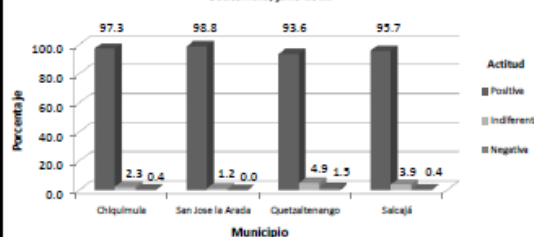
GRÁFICA 4
Porcentaje de conocimiento del término "medicina tradicional" de los usuarios de los servicios en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011
Guatemala, julio 2011

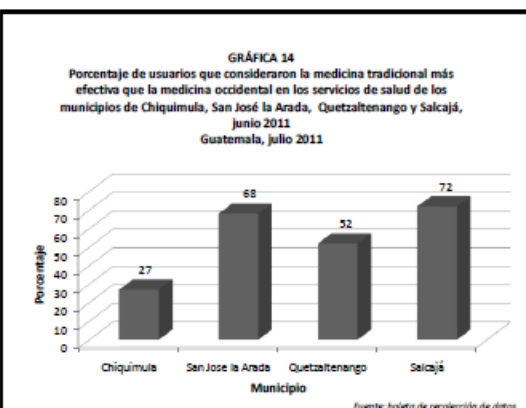
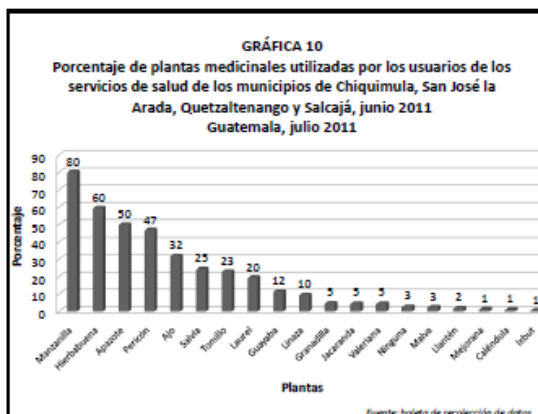
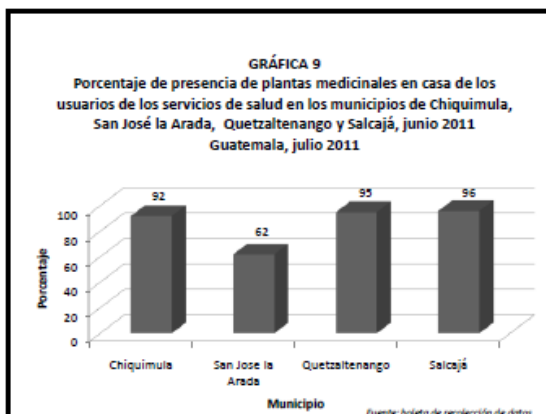
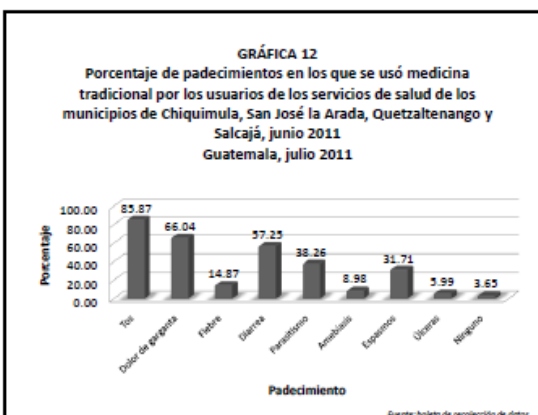
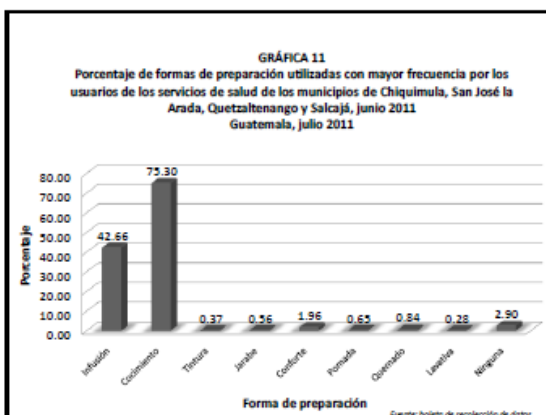
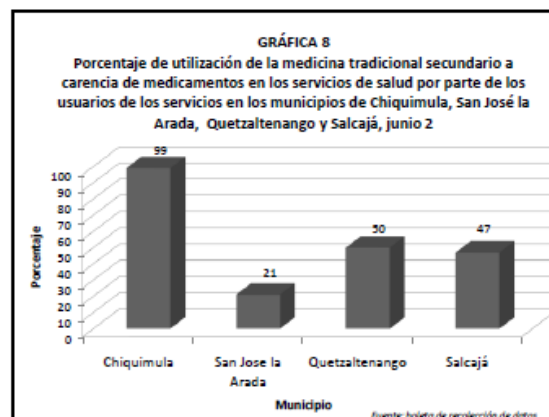
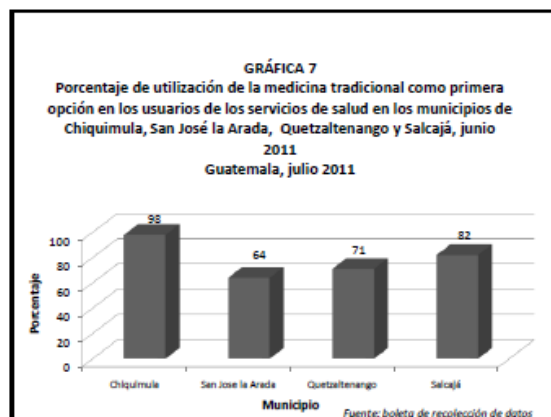


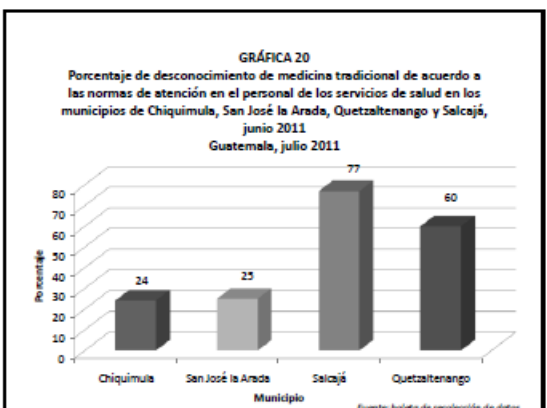
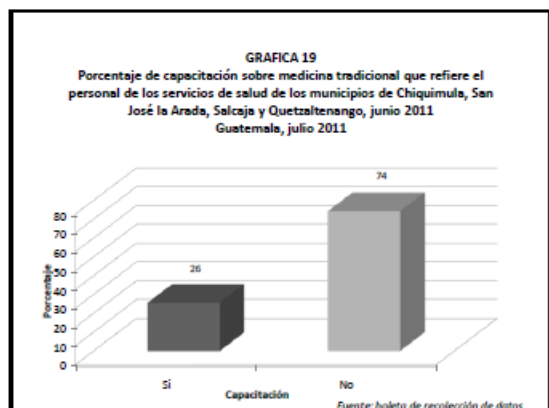
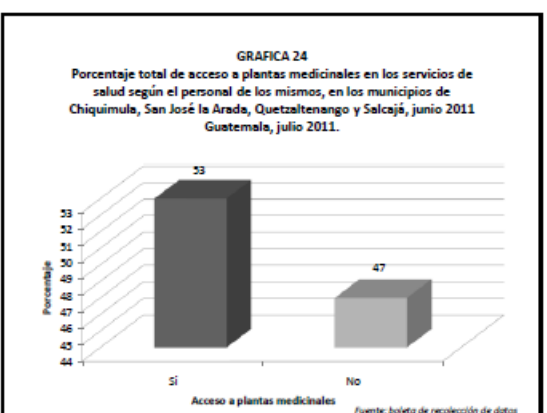
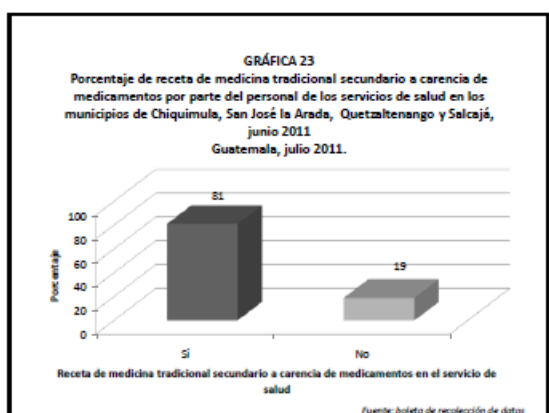
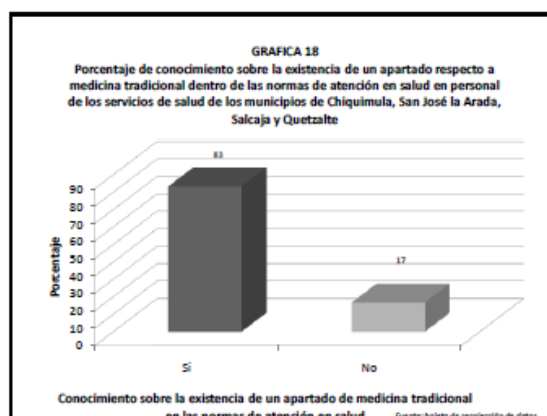
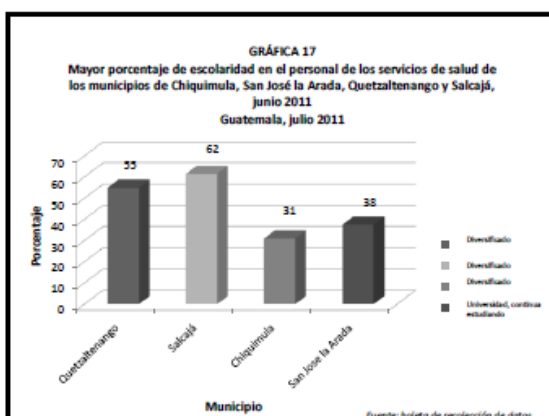
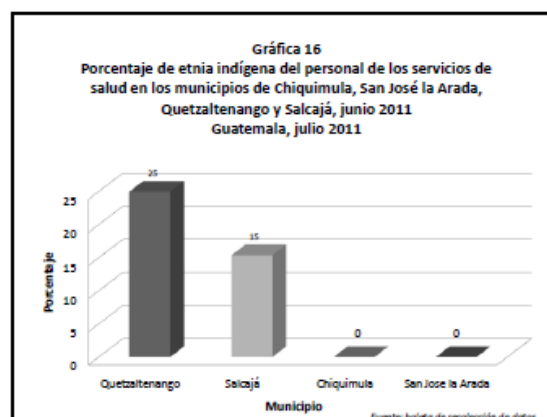
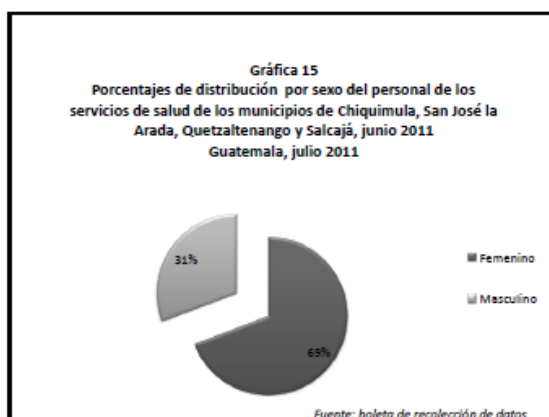
GRÁFICA 5
Porcentaje de desconocimiento de medicina tradicional de acuerdo a las normas de atención de los usuarios de los servicios de salud en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011
Guatemala, julio 2011

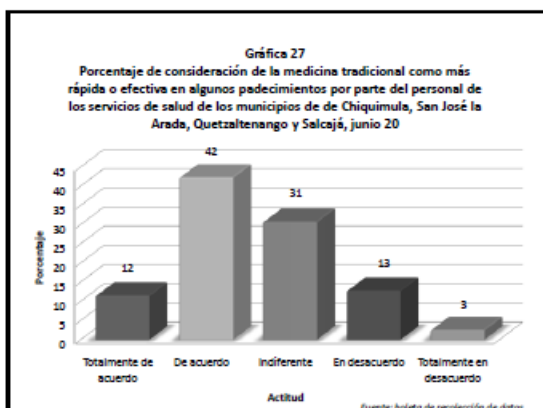
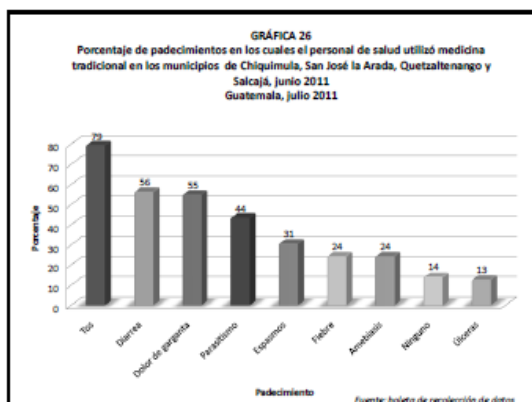
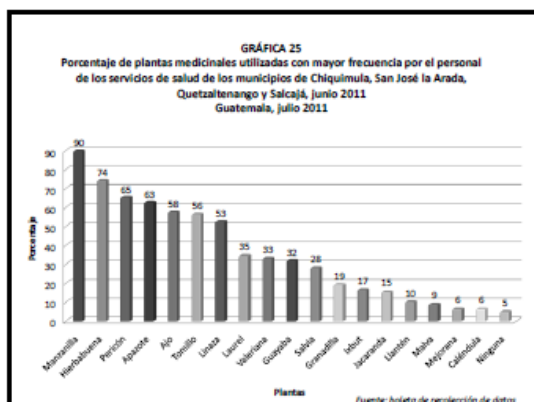


GRÁFICA 6
Porcentaje de actitud sobre la medicina tradicional de los usuarios de los servicios de salud en los municipios de Chiquimula, San José la Arada, Quetzaltenango y Salcajá, junio 2011
Guatemala, julio 2011









Conclusiones

- Aunque los usuarios tienen conocimiento sobre el término medicina tradicional este no se extiende a lo estipulado en las recomendaciones de las normas de atención en salud, contrastando con un nivel aceptable de conocimiento en el personal de los servicios de salud.

- Tanto los usuarios como el personal de los servicios de salud presentan una actitud positiva respecto a la medicina tradicional lo que concuerda con un amplio uso de tratamientos naturales y remedios caseros por parte de los mismos

Recomendaciones

- Realizar capacitaciones dirigidas al personal de los servicios de salud, puestos y centros de salud, enfocadas en la sección de medicina tradicional de las normas de atención en salud.