

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



DOCTORADO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

TESIS

**“PERCEPCIÓN SOBRE EL PROCESO SALUD - ENFERMEDAD DE LOS
POBLADORES DE LA CIUDAD DE CHOTA 2011 - 2012. UNA VISIÓN
ANTROPOLÓGICA”**

Para optar el Grado Académico de

DOCTOR EN CIENCIAS

Presentada por:

WILLIAM MIGUEL RUBIO ALARCÓN

Asesora:

Dra. MARINA VIOLETA ESTRADA PÉREZ

CAJAMARCA, PERÚ

2017

COPYRIGHT © 2017 by
WILLIAM MIGUEL RUBIO ALARCÓN
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



DOCTORADO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

TESIS

“PERCEPCIÓN SOBRE EL PROCESO SALUD - ENFERMEDAD DE LOS POBLADORES DE LA CIUDAD DE CHOTA 2011 - 2012. UNA VISIÓN ANTROPOLÓGICA”

Para optar el Grado Académico de
DOCTOR EN CIENCIAS

Presentada por:
WILLIAM MIGUEL RUBIO ALARCÓN

Comité Científico

Dra. Marina Violeta Estrada Pérez
Asesora

Dra. Raquel Huamán Vidaurre
Comité Científico Evaluador

Dra. Nélide Medina Hoyos
Comité Científico Evaluador

Dr. Elfer Miranda Valdivia
Presidente Comité Científico Evaluador

Cajamarca – Perú

2017



Universidad Nacional de Cajamarca

Escuela de Post Grado

CAJAMARCA - PERU

PROGRAMA DE DOCTORADO

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

DOCTORADO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

Siendo las cinco de la tarde del día viernes nueve de junio del año dos mil diecisiete, reunidos en el auditorio de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Comité Científico Evaluador, presidido por el Dr. Elfer Miranda Valdivia; Dra. Raquel Huamán Vidaurre, Dra. Nélide Medina Hoyos como integrantes del jurado titular; y en calidad de Asesora, la Dra. Marina Estrada Pérez. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno de la Escuela de Posgrado y el Reglamento del Programa de Doctorado de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la SUSTENTACIÓN de la tesis titulada **“PERCEPCIÓN SOBRE EL PROCESO SALUD – ENFERMEDAD DE LOS POBLADORES DE LA CIUDAD DE CHOTA, 2,011-2,012. UNA VISIÓN ANTROPOLÓGICA”**, presentada por el M.Cs. WILLIAM MIGUEL RUBIO ALARCÓN con la finalidad de optar el Grado Académico de DOCTOR EN CIENCIAS, Mención SALUD.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Comité Científico Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó *Aprobar* con la calificación de *17 (Diecisiete) Magna Cum Laude* la mencionada Tesis; en tal virtud, el M.Cs. WILLIAM MIGUEL RUBIO ALARCÓN está apto para recibir en ceremonia especial el Diploma que lo acredita como DOCTOR EN CIENCIAS, Mención SALUD.

Siendo las *6.20* horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

.....
Dra. Raquel Huamán Vidaurre
Comité Científico Evaluador

.....
Dra. Nélide Medina Hoyos
Comité Científico Evaluador

.....
Dr. Elfer Miranda Valdivia
Presidente Comité Científico Evaluador

DEDICATORIA

A:

A Pilar, la madre de mis hijos, que desde el cielo nos protege.

A mis queridos hijos, Gimenna y Sebastián. Por ser la razón de mi existir y la motivación para seguir adelante y lograr las metas propuestas.

A mis queridos padres: Maximino y Sulema por todo el apoyo incondicional que me han brindado.

A la Dra. Martha Vicenta Abanto Villar, quien me impulso, alentó y brindo todo su apoyo para que el estudio de este doctorado se culmine.

A mis hermanas: Lina y Yalile.

AGRADECIMIENTO

A:

Expreso un agradecimiento muy especial a mi asesora, Dra. Marina Violeta Estrada Pérez, por brindarme su apoyo constante, orientaciones, recomendaciones y sugerencias que encaminaron la presente tesis.

A la Dra. Martha Vicenta Abanto Villar. Como mi co- asesora, quien, con su dedicación, aportes, sugerencias, ha contribuido para que la presente tesis doctoral se haga realidad.

Así mismo agradezco al comité científico por haber aceptado la designación para participar en la revisión del informe final de la tesis.

Agradezco a la Plana Directiva y Docente de la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca, Doctorado en Ciencias, Mención Salud, quienes con su experiencia y conocimientos contribuyeron a mi formación académica.

ÍNDICE

DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE	vii
RELACIÓN DE CUADROS	ix
RELACIÓN DE APÉNDICES	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PROBLEMA	
1.1.- EL problema y finalidad del estudio	3
1.2.- Formulación del problema.	16
1.3.- Objetivos:	16
• General.	16
• Específicos.	16
1.4.- Justificación.	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.	
2.1.- Antecedentes de la investigación.	19
2.2.- Base teórico científica	29
2.2.1.- Proceso salud enfermedad.	29
2.2.2.- Percepción.	34
2.2.3.- Percepción del proceso salud enfermedad.	37
2.2.4.- Percepciones del cuerpo.	39
2.2.5.- Visión antropológica del proceso salud enfermedad.	39
2.2.6.- Cosmovisión.	43
2.2.7.- La salud y la enfermedad como términos culturales.	43
2.2.8.- La Cultura, salud y la enfermedad.	47
2.2.9.- Cultura e interpretación de la enfermedad.	48
2.2.10.- Enfermedad y padecimiento.	48
2.2.11.- Etioetologías.	49

2.2.12.- El contagio	50
2.2.13.- La salud en la comunidad.	50
2.2.2.14.- Modelos teóricos del proceso salud-enfermedad.	51

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1.- El escenario de estudio.	52
3.2.- Referencial teórico metodológico.	55
3.3.- Presupuestos de investigación.	57
3.4.- Categorías de estudio y su operacionalización.	58
3.5.- Sujetos de investigación.	61
3.6.- Técnicas e instrumentos de recolección de información.	62
3.7.- Comentarios sobre la recolección de información	65
3.8.- Prueba piloto.	66
3.9.- Consideraciones éticas y de rigor científico.	68
3.10.- Procesamiento de datos y presentación de la información.	71

CAPÍTULO IV: RESULTADO Y DISCUSIÓN

Resultados y discusión.	75
Conclusiones	113
Recomendaciones	121
Referencias bibliográficas.	122
Apéndices.	128

RELACIÓN DE CUADROS

Cuadros	Páginas
CUADRO 1: Definición del proceso salud - enfermedad de los pobladores de la ciudad de Chota, 2011 - 2012.	75
CUADRO 2: Principales enfermedades que se presentan en la ciudad de Chota, 2011 – 2012.	86
CUADRO 3: Tratamiento del proceso salud enfermedad de los pobladores de la ciudad de Chota, 2011-2012.	88
CUADRO 4: Percepción del proceso salud - enfermedad de los pobladores de la ciudad de Chota, 2011 - 2012.	91
CUADRO 5: Percepción del proceso salud - enfermedad de los pobladores de la ciudad de Chota, 2011 - 2012.	96
CUADRO 06: Prácticas y hábitos del proceso salud enfermedad de los pobladores de la ciudad de Chota, 2011 - 2012.	99
CUADRO 07: Prácticas y creencias en relación al proceso salud enfermedad de los pobladores de la Ciudad de Chota, 2011- 2012.	105
CUADRO 08: Prácticas y procedimientos en relación al proceso Salud enfermedad de los pobladores de la ciudad de Chota, 2011- 2012.	111
CUADRO 09: Patrones de comunicación en relación al proceso Salud enfermedad de los pobladores de la ciudad de Chota, 2011- 2012.	114

RELACIÓN DE APÉNDICES

APÉNDICE 01: Cuestionario semi estructurado.

APÉNDICE 02: Entrevista etnográfica y observación participante.

APÉNDICE 03 Carta de consentimiento.

APÉNDICES IV: Aspectos demográficos y sociodemográficos.

Cuadro 01: Procedencia y migración de los pobladores de la ciudad de Chota, 2011–2012.

Cuadro 02: Sexo y grupo etario de los pobladores de la ciudad de Chota, 2011 – 2012.

Cuadro 03: Grado de instrucción de los pobladores de la ciudad de Chota, 2011 – 2012.

Cuadro 04: Estado civil, estructura familiar y posición en la familia del entrevistado, de los pobladores de la ciudad de Chota, 2012 - 2012.

Cuadro 05: Ocupación y promedio de ingreso de los pobladores de la ciudad de Chota, 2011 – 2012.

Cuadro 06: Tendencias y servicios de la vivienda, de los pobladores de la ciudad de Chota, 2011 – 2012.

RESUMEN

La presente investigación es de tipo cuanti – cualitativo, diseño no experimental. Los presupuestos teóricos que la fundamentan son: **A)** Los pobladores de la ciudad de Chota definen al proceso salud – enfermedad, cuando realizan sus actividades cotidianas con normalidad, es cuando están bien de salud, y cuando sienten dolencias en el cuerpo y en el alma consideran que están enfermos. **B)** Los pobladores de la Ciudad de Chota intervienen o tratan el proceso salud enfermedad con prácticas tradicionales, familiares acudiendo a chamanes o curanderos, establecimientos de salud, farmacias, boticas y prácticas de sanaciones religiosas. **C)** La percepción del proceso salud – enfermedad de los pobladores de la ciudad de Chota está dada por su idiosincrasia, costumbres y creencias y la cosmovisión andina. **D)** La cultura en relación al proceso salud – enfermedad está dada por las costumbres y creencias que tienen que ver con la salud y la enfermedad. La unidad de observación la constituyeron los pobladores (hombres y mujeres) seleccionados teniendo en cuenta los criterios de inclusión y que conformaron la muestra, siendo en un número de 23 y que correspondieron al área urbana y peri urbana de la ciudad de Chota. Para el procesamiento de la información se generó una base de datos, se utilizó un software estadístico el programa SPSS, versión 20:00. El análisis de datos se realizó sobre la base de los presupuestos a investigar. Las técnicas han sido la observación participante y la entrevista etnográfica. Los resultados demuestran que los pobladores participantes *definen estar enfermos* cuando se siente mal físico, psíquico, además padecer un desorden o mal funcionamiento de uno o varios órganos, no permitiendo realizar sus labores cotidianas. Y *definen estar bien de salud* al sentirse bien mental, física y emocionalmente, estar alegre, pasiva y con ganas de trabajar. **Los pobladores intervienen o tratan el proceso salud – enfermedad** acudiendo a la farmacia, tratamiento médico, utilizando plantas medicinales y practicando la limpia. **La percepción del proceso salud – enfermedad de los pobladores** de la ciudad de Chota responde a la propia percepción del problema que tiene que ver con su cosmovisión que los hace ver que es estar sano o enfermo, por su idiosincrasia costumbres y creencias. *Por los resultados se puede concluir que la percepción sobre el proceso salud – enfermedad de los pobladores de la ciudad de Chota, bajo la visión Antropológica está influenciada por la cultura, el medio ambiente y los estilos de vida.*

Palabras claves: Percepción, proceso salud – enfermedad, visión antropológica.

ABSTRACT

The present research is of quant – qualitative type no experimental design. The theoretical budgets that support the present research were: **A)** The settlers of the city of Chota who define to illness- health process, when they are healthy and they do their daily activities with normality, and they consider that they are sick when they feel afflictions in their body and their spirit. **B)** The settlers of the city of Chota treat the illness-health process with traditional familiar practices; they go to witch-doctors or healers, health centers, pharmacies, chemists, and religious cure practices. **C)** The perception of illness-health process of the settlers of the city of Chota is supported by their idiosyncrasy, customs and believes (Andean Cosmo vision). **D)** The culture in relation to the illness-health is based in the customs and believes that they have about health and illness. The unity of observations was composed by 23 settlers (men and women) selected who formed the sample, and they were from the urban and peri urban area of the city of Chota. To process the information we have generated a database and we have used a statistical software the SPSS program, version 20:00. The analysis of the data was done according to the budget to research. The techniques have been the participant observation, and the ethnographic interview. The results show that the participant shelters define that they are sick when they feel physically and psychologically bad; likewise they suffer a bad function of one or several organs that not let them to do their daily activities. The participant shelters define that they are healthy and they feel mental, physical and emotionally very well when they are happy and they want to go to work. The shelters treat the illness-health process going to the pharmacy, with medical treatment, using medicinal plants or practicing the “limpia”. The perception of the illness-health process of the shelters of the city of Chota respond to their own perception of the problem that they have related with their Cosmo vision, that let them to see if they are healthy or sick, according to their customs, idiosyncrasy and believes. According to the results we can conclude that the perception about illness-health process of the shelters of the city of Chota, under the Anthropological vision is influenced by the culture, the environment and the life styles.

Key words: Perception, illness-health process, Anthropological Vision.

INTRODUCCIÓN

En el Perú, existen pocos estudios acerca de la percepción sobre el proceso salud - enfermedad de los pobladores con una visión antropológica; sin embargo, al no existir estudios en la ciudad de Chota, se realizó la presente investigación con el propósito de conocer y comprender la cultura de cada grupo humano para poder acercarnos de manera rigurosa a lo que sus miembros entienden sentirse sanos o enfermos.

La cultura en relación al proceso salud – enfermedad de los pobladores de la ciudad de Chota está dada por las costumbres expresados en las prácticas dentro de ellas sus hábitos en relación al ejercicio físico y una alimentación balanceada. Sus creencias que concuerdan que la enfermedad es una desestabilización del organismo, el uso de plantas medicinales y la limpia para restablecer su salud, y así generar información para futuros estudios e investigaciones sobre el tema y considerarlo como parte de todo tratamiento del proceso salud – enfermedad, en donde el medio ambiente juega un papel preponderante para encontrar el equilibrio cultural para poder estar sano.

En el desarrollo de la presente investigación, se ha tenido en cuenta la perspectiva antropológica que resulta necesaria para comprender en toda su complejidad lo relacionado con la salud y la enfermedad.

En este contexto se ha empleado el abordaje metodológico cuanti – cualitativo, utilizando el método etnográfico empleando para ello la observación participante y la entrevista etnográfica, para entender cómo se da este proceso.

La presente tesis está distribuida en cuatro capítulos, que se describen a continuación:

Capítulo I: EL problema y finalidad del estudio, formulación del problema, objetivos: general y específicos y justificación.

Capítulo II: Marco teórico: antecedentes de la investigación y base teórico científica.

Capítulo III: Marco metodológico: el escenario de estudio, referencial teórico metodológico, presupuestos de investigación, categorías de estudio y su operacionalización, sujetos de investigación, unidad de análisis, técnicas e instrumentos de recolección de información, comentarios sobre la recolección de información, prueba piloto, consideraciones éticas y de rigor científico, análisis e interpretación de datos, procesamiento de datos y presentación de la información.

Capítulo IV: Resultado y discusión.

CAPÍTULO I

PROBLEMA

1.1. El problema y finalidad del estudio.

En la actualidad, entender y comprender cómo se desarrolla el proceso salud - enfermedad, en una forma integradora, holística: hombre – hábitat – cultura – sociedad y salud, es complejo por cuanto tiene que ver aspectos que van cambiando de acuerdo a la evolución histórica. Por tanto, para ello se tiene que partir desde los orígenes de la humanidad hasta la época actual, teniendo en cuenta los modos de producción, para poder tener una percepción del proceso salud - enfermedad.

Partiendo del concepto de que la cultura es un fenómeno total y que, por lo tanto, provee una visión de mundo a las personas que la comparten, orientando de esta forma, sus conocimientos, prácticas y actitudes, la cuestión de la salud y de la enfermedad está contenida en esta visión del mundo y praxis social. Entonces, se puede decir que, la enfermedad y las preocupaciones por la salud son universales en la vida humana, y están presentes en todas las sociedades. Cada grupo se organiza colectivamente, a través de medios materiales, pensamiento y elementos culturales – para comprender y desarrollar técnicas en respuesta a las experiencias o episodios de enfermedad e infortunios, sean ellos individuales o colectivos (1).

En el caso específico del Perú, en la época Pre Inca e Inca, el proceso salud-enfermedad, fue visto de manera armónica con el medio ambiente. La salud estuvo siempre relacionada con la producción agrícola. La cosmovisión andina o que los

pobladores de aquella época creían que el principio de la vida estaba representado por la lluvia que significaba el órgano masculino de la reproducción y la mama pacha, tierra, era la mujer y que al momento de juntarse daban vida a la agricultura que serviría para la alimentación de sus hijos, los cuales tendrían buena salud.

Como vemos los gobernantes en la época del Tahuantinsuyo, tenían su sistema de vida y salud a base de alimentos autóctonos de origen animal o vegetal y otros productos naturales con lo que lograron mantener fuerte y longeva a la población. En este sistema, las diversas dolencias y enfermedades eran tratadas utilizando plantas medicinales (cortezas o hierbas) y diversos productos naturales, logrando controlar y combatir enfermedades de origen viral, bacteriano, psicológico y algunos desórdenes del sistema nervioso. Gráficos plasmados (moldeados, labrados, o pintados) en cerámicos de diversas culturas (Nazca, Paracas, Mochica, Chimú, Tiahuanaco, etc), dan testimonio del conocimiento y manejo de estas enfermedades por la población pre-incaica (2).

En la época del incanato, podemos mencionar que el proceso salud enfermedad era tratado por un personal que se dedicaba única y exclusivamente a este fin y que contaba con una autorización del gobernante, para que pudieran atender a la población que estaba organizada socialmente en panacas reales y ayllus. A continuación, mencionaremos a las personas que se especializaban en el tratamiento de las enfermedades en la época del incanato:

Los Ccamasca. Curandero o hechicero, Sonccoyoc. Eran curanderos inspirados (los que curan con el corazón), Allcos. Los sacerdotes encargados de las curaciones con ritos místicos, Cuyricuc. Hechiceros que utilizaban el cuy en sus curaciones, Hampicamayoc - Curanderos, considerados como los médicos del

incanato, Chukri – Hampicamayoc - cirujanos. Estos personajes realizaron con maestría trabajos de implante de metal en cráneos de soldados, guerreros. El hallazgo de cráneos perforados, con implantes de metal; (trepanación craneal) son fiel testimonio del trabajo especializado de estos personajes de la época incaica (2).

De acuerdo a las investigaciones realizadas por los arqueólogos Max Uhle (fines del siglo XIX), y Julio C. Tello se pudo determinar que en el Perú Pre Hispánico existieron culturas que se vieron afectadas por una serie de enfermedades infecciosas endémicas, las cuales fueron registradas en su cerámica, grabados en piedra y luego con el uso de la Antropología Física se pudo identificar y determinar a las enfermedades de tuberculosis, enfermedad de chagas, bartonelosis, sífilis y diversas parasitosis intestinales. También existieron las diarreas comunes, neumonías, infecciones de la piel e infecciones urinarias. Estas enfermedades vinieron juntas con estos pobladores cuando hicieron su migración desde Asia, hace aproximadamente 15,000 años A.C. Los pobladores prehispánicos se hicieron inmunes a estas enfermedades cuando se adaptaron en este continente.

En este período de la historia, se puede decir que la percepción del proceso salud enfermedad de los pobladores prehispánicos estuvo relacionada a una cosmovisión basada en el aspecto mítico religioso, porque los curanderos practicaban el culto a los apus, huacas. Para que les dé poderes sobrenaturales y así puedan curar las enfermedades de sus pacientes, también los pobladores y curanderos acudían a las plantas medicinales para curar sus males. Es decir, había una dualidad andina entre lo mítico, religioso y la naturaleza para mantener el equilibrio entre la salud y enfermedad.

Es decir, la medicina en el Perú antiguo era a) mágica religiosa y b) empírico racional. Por la magia quien hacía de hechicero, parecía que tenía propuesto sacar el «quid maligno» mediante las maniobras y procedimientos que realizaba, adorando «huacas», suponiendo que les daba salud, asumiendo el rol de tótem para protegerse de plagas y de su salud. Dentro del criterio empírico – racional, se incluye a las trepanaciones y la práctica herbolaria (3).

En la época de la conquista y virreinato, se da una transición cultural, entre dos culturas que tenían una cosmovisión distinta de la realidad. Los españoles, desde su punto de vista, eran una civilización más avanzada, porque contaban con los siguientes elementos culturales: tenían una escritura, poseían una flota naviera que les permitía recorrer grandes distancias marítimas, contaban con una religión teocéntrica que sustituyó a la religión andina, usaban la pólvora en sus armas de guerra. Mientras que la cultura andina seguía en su desarrollo agrícola basado en el calendario solar. Es decir, la transición cultural, por parte de los españoles, se impuso y sometió a los habitantes de la cultura andina.

A partir de este momento, la historia empieza a ser registrada por los cronistas, cuya labor y función era la de escribir los acontecimientos más importantes de lo que sucedía en la época de la conquista y el inicio del virreinato, es decir, fueron los que recogieron las versiones directas de los que protagonizaron las manifestaciones comunes en el amplio espacio recién empezado a conocer.

Vale mencionar que, los cronistas fueron los precursores de los antropólogos, y entre los primeros cronistas que dejaron valiosos testimonios de la cultura incaica, tenemos a: Cieza de León, P. Pizarro, J. D. Betanzos, P. Sarmiento Gamboa, Polo de Ondegardo, Estete, Morúa, Molina, Montesinos, etc. Posteriormente, los

relatos del Inca Garcilaso de la Vega, Blas Valera, Santa Cruz Pachacútec, Guamán Poma de Ayala, estos últimos fueron mestizos (3).

Se cree que la población indígena al momento de la llegada de los españoles, oscilaba entre los 9 a 10 millones de habitantes; pero que por la aparición de enfermedades y por el sistema de trabajo implantado de sobreexplotación laboral, se redujo drásticamente en un siglo a un millón de habitantes indígenas.

El proceso salud-enfermedad en la época de la colonia se desarrolló de la siguiente manera: antes de la conquista de Francisco Pizarro, el territorio del Tahuantinsuyo estaba aislado epidemiológicamente de Europa y África y cuando se da el contacto entre ambas culturas, en términos ecológicos, podemos decir, que la irrupción europea alteró el equilibrio inestable y dinámico existente en las biocenosis autóctonas, al introducir agentes patógenos exóticos, por una parte, y por otra, nuevas poblaciones que, a su vez, experimentaban infecciones por agentes patógenos para los que carecían de defensas. Así pues, a América llegaron enfermedades de Europa y de África, y desde aquélla, partieron otras en sentido inverso (4).

Cuando el aislamiento del nuevo mundo fue roto por la conquista, la América India también se puso en contacto, por vez primera, con gérmenes patógenos del viejo mundo que provocaron epidemias que caracterizaron, durante el primer siglo después del primer contacto, por su rápida propagación y su alta letalidad". Con la llegada de los colonizadores llegaron también un conjunto de plagas y endemias entre las que sobresalen el sarampión, viruela y la varicela. Los aborígenes americanos tuvieron el fatal privilegio de su aislamiento del resto de la

humanidad, por lo que las enfermedades graves y mortales del viejo mundo, fueron más mortíferas en América (5).

La primera observación de los sanitarios españoles fue que las enfermedades infecciosas afectaban de modo distinto a los indígenas que a los europeos. Diego Álvarez Chanca, médico que acompañó a Colón en su segundo viaje, es quien nos da la primera noticia directa, al advertir que la gripe afectaba más intensamente a los indios que a los españoles.

Las principales enfermedades que se dan son: la gripe, primera enfermedad epidémica que llegó a América, la viruela, el *Orthopoxvirus* variólico llegó a Santo Domingo, procedente de África, en diciembre de 1518. Esta epidemia, habría matado a un tercio de la población indígena. El sarampión, causado por un *Morbillivirus* de la familia Paromyxoviridae, arribó a América con la expedición de Juan de Aguado, que llegó a Santo Domingo a finales de 1495. La fiebre amarilla, causada por un *Flavivirus*, actualmente endémica en gran parte de las zonas selváticas de Sudamérica. Es posible que existiera antes del descubrimiento, según cabe deducir de la mención del vómito de sangre. La diarrea con melena y otros signos característicos de la enfermedad en textos mayas y aztecas prehispánicos, la sífilis que aparece en las crónicas coloniales con el nombre de *bubas* o *búas*, está demostrado que existía en América con anterioridad a la llegada de los españoles (lesiones óseas de *caries sicca* en momias incaicas precolombinas), y que llegó a España, difundiéndose rápidamente, como consta en un documento del archivo municipal de Sevilla (4).

Sobre la fiebre amarilla, se ha concluido, contra lo que se afirmaba hasta entonces, que esta enfermedad era originaria del África Occidental y que fue llevada a las Antillas y al Golfo de México en barcos que trasportaban esclavos negros.

Señala Bustios, que el tratamiento que daban las autoridades coloniales frente a la difusión de las epidemias en las ciudades incluía: “además del aislamiento – las siguientes medidas: el establecimiento de hospitales provisionales; las disposiciones sanitarias para los entierros; las indicaciones de remedios médicos rudimentarios; las campañas caritativas, y; generalmente bajo el auspicio de la iglesia, las rogativas y procesiones” (5).

Este incremento de las enfermedades y epidemias en la época de la colonia, se da por el sistema laboral impuesto a los indígenas en la minería. De este trabajo derivaban las enfermedades que adquirían los indios en los yacimientos de oro y plata. Los cronistas de la época colonial relatan la existencia de enfermedades que afectaban el aparato respiratorio, debido a la mala ventilación de las minas. La tecnología era deplorable, se apoyaba en el esfuerzo físico para extraer el mineral de plata. Lo hacían mediante capachos envueltos en una manta que apoyaban en la espalda, y así subían escaleras, cada cierta cantidad de metros se construían plataformas de descanso. Estas labores incidían en la mortalidad de la población indígena. A esto se tiene que agregar la escasa alimentación. Elemento que sirvió a los elementos patógenos para que se desarrollen las epidemias (6).

Según, Beldarraín, el proceso salud-enfermedad, en los últimos tiempos, ha sufrido modificaciones importantes, los diversos sistemas de salud han aceptado el papel de la cultura y la cosmovisión de cada comunidad en las definiciones de

salud y enfermedad, así como en la forma de enfrentarse a los mismos. A su vez, los sistemas médicos oficiales se han permeado poco a poco de prácticas consideradas anteriormente como no formales, de la misma manera se incorporan cada vez más a la práctica del médico, elementos de la herbolaria, terapia floral, etc. (7).

Por ejemplo, en México, como fruto de la diversidad cultural, existen diversos grupos de población con diferentes concepciones de la salud y la enfermedad y distintas maneras de abordarlas (Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural), en los diferentes grupos de población se encuentran formas particulares de percibir y manejar la salud, la enfermedad y sus prácticas de curación van de la mano con la cultura de las personas (8).

Para Lenninger, la cultura se refiere a las acciones dirigidas a ayudar, apoyar o capacitar a otro individuo (o grupo) con necesidades reales o potenciales a aliviar o mejorar la situación humana o modo de vida. La cultura es la “lente” con la que miramos la realidad e interpretamos el mundo, el “código” con el que leemos todo lo que se nos presenta al paso: la realidad es ya una interpretación cultural que hace la persona desde un mundo de la vida compartido con otras personas en los grupos sociales (9).

Según Guerrero, refiere en un sentido amplio que la salud opera en oposición o ausencia de una enfermedad, se encuentra sano quien no ha desarrollado ninguna dolencia sin sintomatología. Y según Mayarí, manifiesta que la enfermedad es en primer lugar la expresión y la toma de conciencia personal de una alteración psicosomática vivida como desagradable e incapacitadora, cada enfermedad

reflejará un tipo de conducta y de actitud que dé respuesta al dolor y sufrimiento. Además, que la enfermedad opera como un hecho científico externo al individuo, siendo su causa una bacteria, un virus, un parásito u otro elemento patógeno. Asimismo, señala que la forma como la persona percibe, experimenta y enfrenta su enfermedad, es la experiencia personal, interpersonal y cultural de la patología, las creencias de la enfermedad son parte de las ideas que cada grupo tiene acerca de cómo se ubica en la existencia humana (10).

Toda sociedad posee una forma de entender la salud y la enfermedad, lo cual da orígenes a sistemas ordenados y articulados de explicaciones y prácticas. La manera en que entendemos el mundo, el cuerpo, la salud y la enfermedad cambia de una población a otra, de un grupo humano a otro, es decir, de una cultura a otra. El cuidado de la salud como práctica social se estructura, a través del saber cultural, las instituciones sociales y las personas en el mundo de la vida, en los diferentes grupos sociales se encuentran formas diversas de sistemas de salud que comprenden el fenómeno salud- enfermedad (11).

Son muchas las formas de tratar las enfermedades y sus prácticas de curación van de la mano con las formas culturales de los habitantes. Estas diferencias llevan explícita la idea respecto a cómo entender el proceso degenerativo/regenerativo de la salud, así como las diversas formas de tratar y ver las enfermedades.

Cada cultura o sociedad genera diversas respuestas y estrategias para contrarrestar y prevenir las enfermedades. Además, se recurre a múltiples tradiciones en el arte de sanar, para analizar y buscar las causas y organizar respuestas personales y comunitarias (12).

En el caso de la salud, existen modelos médicos que explican la salud, la enfermedad alópata, la homeopatía, la acupuntura y las medicinas tradicionales indígenas. Todos estos modelos o formas de hacer medicina, son productos históricos y cambiantes de una determinada cultura (11).

En pleno siglo XXI, la sociedad peruana está caracterizada culturalmente entre lo tradicional y lo moderno. Es por ello que cuando se refieren al proceso salud-enfermedad, el Estado peruano, a través del Ministerio de Salud maneja un solo esquema de atención basado en el paradigma biologista y mecanicista que se caracteriza por ser curativo y recuperativo, a lo cual se suman otros elementos propios de la administración tradicional, y se caracteriza por ser vertical, burocrático, centralista. Además, el ministerio considera que la sociedad peruana es homogénea y toma solo considerando los 24 departamentos y la provincia Constitucional del Callao (11).

En el Perú, se manejan los siguientes paradigmas y disciplinas en el análisis de los determinantes y condicionantes del proceso salud- enfermedad: modelo mágico-religioso, sanitarista, social, histórico- social, geográfico, económico, interdisciplinario, entre otros, o la mezcla de algunos de ellos.

Pero el proceso salud-enfermedad-atención es una construcción individual y social mediante la cual el sujeto aborta su padecimiento, que condiciona los tipos de ayuda a buscar. La percepción de este complejo proceso es personal y subjetivo y sólo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias,

valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de vida.

Así, Estrada, refiere: “La visión de la salud es categorizada como un fenómeno social, estructurada bajo los patrones culturales heredados, que dan la vitalidad al comportamiento particular del individuo, en lo físico o biológico, en lo psíquico y en lo social” (13).

Para los pobladores Awajum, ubicados en la región Amazonas, Perú, la enfermedad es considerada de modo más amplio que una afección o dolencia. Estar mal significa perder el equilibrio con la naturaleza, los hombres y los espíritus. Por ello se han considerado tres elementos para describir la concepción de enfermedad: el primero es la idea de que la enfermedad es producida por efecto de la brujería; el segundo tiene que con encontrarse con animales o espíritus al salir del monte; y finalmente, el tercer elemento aborda la afirmación de que anteriormente no hubo muchas enfermedades, por ello se dice que las enfermedades comunes en los pobladores eran de carácter leve o moderado (14). Es de gran valor, rescatar las percepciones acerca del proceso salud enfermedad para lograr una atención adecuada la realidad de la población, rescatando la cultura de los pueblos, actualmente se busca intervenciones que tengan impacto en la salud de la población; pero los profesionales de la salud y autoridades pertinentes se chocan con barreras para el logro eficiente de los objetivos trazados, o se obtienen logros temporales sin sostenibilidad. Se plantean políticas de salud con logros limitados, sin considerar la realidad de la población. Es así que, identificar los determinantes sociales de la salud de la población

Cajamarquina y las actitudes de las madres de familia frente al proceso salud - enfermedad desde el campo de la medicina tradicional y occidental, son claves para una eficiente intervención de salud en la población dejando de esta manera el divorcio entre la población sobre todo de la zona rural y los profesionales de salud (15).

En la realidad local, refiriéndome al departamento de Cajamarca y específicamente a la Ciudad de Chota, encontramos trabajos de investigación realizados en relación al proceso salud-enfermedad. Al estudiar " Condiciones de trabajo y proceso salud-enfermedad en las enfermeras del Distrito de Chota" los resultados presentan evidencias que las condiciones de trabajo están directamente relacionadas con el proceso salud-enfermedad, las cuales se dan por influencia directa del sistema capitalista imperante en el país; así como el sistema androcéntrico peruano que determina la situación y posición de las enfermeras profesionales (16).

Así mismo al estudiar "violencia de pareja y el proceso salud-enfermedad de la mujer, según grupo social y género, Chota 2006", se demostró que las mujeres se encuentran sometidas a la acción violenta por parte de la pareja, esposo o conviviente, la misma que se ve reflejado en el proceso salud – enfermedad de la mujer por el desgaste que sufre. Así, la mujer receptora de violencia presenta: frecuentes daños físicos, sexualmente afectadas y con dolencias/ enfermedades ligadas a la sexualidad, y esta se genera independientemente del grupo social, sea urbano o rural de origen (17).

La violencia afecta el proceso salud-enfermedad de la mujer, se ve influenciado por las difíciles condiciones sociales, las mismas que se dan por influencia directa del sistema capitalista y como el sistema androcéntrico peruano que determina la situación y posición de la mujer (17).

Para el poblador de la zona urbana de la ciudad de Chota estar enfermo significa estar mal del alma, es decir, que su mal está más asociado con la parte psicológica: (depresión). Mientras que para el poblador rural estar enfermo significa dolor en el cuerpo, es decir que la enfermedad dentro de su área cultural está relacionada con las labores agrícolas que realiza. Cuando el campesino siembra sus chacras y estando a la inclemencia del medio ambiente, sufre enfermedades tales como: resfríos, dolores articulares, las mujeres sufren enfermedades reumáticas.

Frente a este contexto, surge la inquietud de ampliar y generar conocimiento sobre este tema; es decir conocer cuál es la percepción sobre el proceso salud - enfermedad de los pobladores de la ciudad de Chota bajo la visión antropológica. Información que servirá para los profesionales de las ciencias sociales y de salud de la ciudad de Chota y de otras instituciones no gubernamentales que incursionan en la atención de salud, ya que permitirá adecuar sus estrategias de intervención en la atención de la población, teniendo en cuenta su cosmovisión.

1.2.- Formulación del problema.

El presente trabajo de investigación pretende responder la siguiente pregunta.

¿Cuál es la percepción sobre el proceso salud - enfermedad de los pobladores de la ciudad de Chota, considerando una visión antropológica, 2011-2012?

1.3.- Objetivos.

1.3.1.-Objetivo general.

Determinar y analizar la percepción sobre el proceso salud- enfermedad de los pobladores de la ciudad de Chota, de acuerdo a la visión antropológica, 2011-2012.

1.3.2.-Objetivos específicos.

- Precisar cómo definen el proceso salud - enfermedad los pobladores de la ciudad de Chota, 2011-2012.
- Identificar la percepción en el proceso salud-enfermedad los pobladores de la ciudad de Chota, 2011-2012.
- Identificar las características socioeconómicas de los pobladores de la ciudad de Chota 2011 – 2012.
- Describir como tratan el proceso salud- enfermedad los pobladores de la ciudad de Chota, 2011-2012.
- Describir la cultura de los pobladores de la ciudad de Chota en relación al proceso Salud- enfermedad, 2011-2012.

1.4.-Justificación.

Los conceptos de salud-enfermedad varían en el espacio y en el tiempo. Y en todos los grupos humanos ha estado y está presente la sensación de malestar, dolor, enfermedad y también su contrario, es decir, la sensación de capacidad para poder hacer las tareas habituales.

Las explicaciones que cada grupo humano ha orientado para poder comprender estas realidades que varían enormemente. Por tanto, se necesita entender la cultura de cada grupo humano para acercarse de manera rigurosa a lo que sus miembros entienden sentirse sanos o enfermos. Y la cultura es, por antonomasia, el objeto de estudio de

la Antropología, disciplina que tiene que ver con todas las interacciones o relaciones, mucho más complejas, entre la cultura, salud y enfermedad.

Por ello, la presente investigación es de suma importancia ya que se realizó en la Ciudad de Chota, zona urbana y peri urbana, con el objetivo de analizar la percepción sobre el proceso salud enfermedad de los pobladores, bajo la visión antropológica, incorporando las experiencias, percepciones respecto a la salud-enfermedad; así como las consideraciones que intervienen al decidir por una u otra forma de atención.

Se considera relevante porque ha permitido construir conocimiento referente al tema que se ha investigado, considerando que es la primera investigación que aborda el problema con este enfoque y el método etnográfico en el nivel local.

Además, no existiendo antecedentes de trabajos referentes a este tema destacará su mayor importancia. Los resultados del presente estudio son de mucha relevancia, ya que han permitido construir una línea de base para futuros trabajos afines.

Servirá para que los profesionales de salud, dentro de ellos: Enfermería, Medicina, Ciencias Sociales y afines, adecúen sus estrategias de intervención en la atención de Salud, teniendo en cuenta la percepción sobre el proceso Salud – Enfermedad y la cosmovisión de la población. Es necesario, además, adecuar los servicios de salud a la cultura de los usuarios, respetando sus creencias y costumbres.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.-Antecedentes de la investigación.

Para Miller, en su Libro de Antropología Cultural, trata sobre Salud, enfermedad y curación, y menciona que, desde los primeros tiempos de la Antropología, la etnomedicina, o estudio transcultural de los sistemas de salud, ha sido objeto de estudio de la salud que abarca muchas áreas, como: percepción y clasificación de problemas de salud, medidas de prevención, diagnóstico, curación (mágica, religiosa o científica, con sustancias curativas) y curanderos (18).

La definición y clasificación de los problemas de salud, la diversidad emic, para etiquetar los problemas de salud supone un reto para los antropólogos médicos y los especialistas en el cuidado de la salud. Las categorías occidentales, que los cualificados expertos en biomedicina aceptan como verdaderas, exactas y universales, muchas veces, no se corresponden a las categorías de otras culturas. Un grupo de conceptos que los antropólogos médicos utilizan para poner orden entre tantas categorías y percepciones transculturales es la dicotomía salud / enfermedad. Este modelo enfermedad hace referencia a los problemas de salud biológicos que son objetivos y universales, tales como bacterias infecciones virales o un brazo roto. Dolencia alude a las percepciones y experiencias específicamente culturales de problemas de salud. Los antropólogos médicos estudian ambos conceptos y muestran como los dos deben ser entendidos en su contexto cultural (18).

En los sistemas comunitarios de curación, la primera diferencia clara que podemos hacer entre curación privada y curación comunitaria. La primera se ocupa de las

dolencias corporales de un modo separado de lo social, mientras que la última considera el contexto social como esencial para la curación. En comparación con la biomedicina occidental, muchos sistemas no occidentales utilizan la curación comunitaria (18).

Según el estudio realizado por Moreno, en México, sobre Antropología Médica, refiere que el estudio de la antropología como disciplina ha respondido a diversas necesidades y percepciones, de hecho, la dinámica y los cambios en el surgir de nuevas ideas conceptos y conocimientos dentro de lo que es la ciencia nos ha llevado a no singularizar o apartar situaciones, acontecimientos o factores al momento de realizar el estudio del hombre (19).

Así, Menéndez, en lo referente a la Antropología y Salud parámetros diferentes establece que en el ámbito de la salud y de la enfermedad la Antropología Social ha descrito y resaltado los tipos, formas y estilos de vida incluyendo la muerte, pero con escasa o ninguna referencia a la mortalidad. Como ejemplo y respaldo a esto se encuentra lo que señala García Lara con respecto al trabajo doctoral de López Austin, el cual titulado *Cuerpo Humano e Ideología* proporciona una serie de elementos para captar y entender el simbolismo y la trascendencia de la medicina tradicional no solo en su pasado, sino en muchos aspectos que sobreviven hasta nuestros días (20).

Otro caso interesante y clásico citado por Garza, 1984, en el Noreste de nuestro país es el fenómeno todavía vigente, y que actualmente, registra una transición interna en su organización en el municipio de Espinazo, Estado de Nuevo León donde surge el estudio y aportación que realizaron Fernando Garza Quiroz en su estilo histórico-etnográfico y la perspectiva en su enfoque antropológico que

aporta William Breen Murray, sobre el Niño Fidencio y el Fidencismo, en el cual señala la importancia de que los antropólogos busquen situaciones que merezcan explorarse, desarrollarse y comprobarse, destacando que para estudiar antropológicamente el fidericismo es necesario seguir un proceso de paralelismo basado en los documentos y representaciones en que se enfoca dicho acontecimiento. Tal y como lo expone en uno de los esquemas al ubicar al Niño Fidencio en su calidad de curandero para responder a la continua confrontación entre medicina científica y no científica (21).

En el estudio realizado por Vergara, referente a tres concepciones históricas del proceso salud- enfermedad, en Brasil, refiere que el poder de la vida y la muerte ha estado vinculado a los dioses, porque ellos son entidades externas del mundo de las cosas, son ellos quienes pueden obrar sobre ellos las fuerzas que las animan. Pero los seres humanos han contado con embajadores quienes tienen influencia con los dioses, o a la manera de Prometeo, han podido robarles sus poderes. Los médiums o medicums, esos sacerdotes del cuerpo, poseen los secretos de los dioses y en virtud de ese poder tienen acceso, casi sin límites, a nuestro cuerpo: nos desnudan, tocan, abren nuestras entrañas, administran sus brebajes misteriosos y después de que hemos perdido 21 gramos que nos mantienen con vida, declaran oficialmente que estamos muertos (22).

En ese tránsito entre el nacimiento y el último suspiro, la enfermedad es una promoción del fin y la salud nos aproxima a la eternidad, y es por ello que la salud ha sido la gran persecución de la humanidad porque evita o retarda la fatalidad de la muerte, por extensión o metáfora, la salud transita desde lo individual hasta lo social y lo cósmico. Ahora bien, la salud como proceso vital del hombre no ha sido ajena a los cambios epistemológicos por los cuales han atravesados la ciencia

lo que ha hecho que el concepto haya evolucionado o involucionado dependiendo de los paradigmas en lo que ocasiones nos ubicamos (23).

Así, Moreno, concluye diciendo que la antropología de la totalidad a la especialización se constituye a partir de reorganizar en un nuevo campo como es el caso de la Antropología Médica, toda una serie de temas, de los cuales destaca la relación entre lo cultural y lo biológico y su énfasis en denotar su plasticidad y capacidad de diferenciación de ser humano (19).

En el trabajo de investigación realizado por Vega, Titulado: “Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica”. Refiere el autor que según Aristóteles” en la salud no se dan efectos contrarios, sino solamente saludables”; asimismo, la salud nunca fue vista (entre los griegos) al margen de la armonía y de “la gran salud del universo”, de su orden secreto, de los fines primordiales de la naturaleza”, de tal manera que conservar o restablecer la interacción armónica entre las fuerzas de la materia y el espíritu, son tareas imprescindibles para la salud (23).

Según, Vega. Una de las particularidades de la medicina helénica es considerar el cuerpo humano de manera integral: relaciona el todo con cada una de sus partes y con el entorno mismo; parece que esta percepción daba sentido a los conceptos de salud y enfermedad. Consideraban la salud como un fenómeno de armonía y proporción, no como producto de las cualidades corporales, y sus interrelaciones, y todo esto como respuesta del organismo a los estímulos del ambiente. Contempla al hombre dentro de su entorno físico y social, lo que explica porque ubicaban la salud y la enfermedad en este ámbito, pero sin desatender las situaciones particulares, siempre cambiantes” (23).

La misma fuente refiere que en esta perspectiva histórica parece que desde la antigüedad predomina la idea de que la salud es una condición que traduce el “equilibrio dinámico” entre el hombre y su medio ambiente. Hay ahora cabal convicción que desde antes de la etapa embrionaria del hombre sostiene una permanente confrontación con innumerables factores, unos favorables, otros adversos; su salud depende del ajuste dinámico de su organismo al entorno (23).

En la investigación realizada por Ortega, sobre “Cultura del Dolor, Salud y Enfermedad: Percepción de Enfermería, Usuarios de salud y Curanderos”. Se encontró los siguientes resultados: respecto a la salud 63,3% de las enfermeras lo definieron como bienestar físico y mental. En los métodos y remedios, 77,8% de enfermeras manifestó que como método acuden al médico y sigue sus instrucciones y como remedio el 81,6% toma medicamentos indicados por el doctor. La mayoría del grupo de enfermeras consideran que las causas por las que se enferman es por estrés (90,8%), y en una menor proporción por envidia mal o brujería 9,14% (24).

En cuanto a los Usuarios del servicio de salud. 70,6% fue de sexo masculino; predominando el grupo entre 20 a 40 años 52,2%; así como 81,9% fue de religión católica; 78% tienen estudios primarios; 55,0% casados y 81,1% provenían del área urbana (24).

Con respecto a los métodos y remedios que el usuario de los servicios de salud utiliza para curarse, se tiene que 61,8% acude al médico general y 42,5% utiliza remedios caseros. Además, los usuarios del servicio de salud consideraron que el dolor debe atenderse inmediatamente 46,5%, que no es normal aguantarlo 97,9%,

que la brujería o las envidias no pueden enfermarlo 79,1% y que no es efectivo tratarse con un espiritista o brujo para curar las enfermedades 89,9% (24).

Una gran parte de las personas que solicitan consulta, primero fueron al médico (profesional) quien no les solucionó su problema de salud, posteriormente consultan al curandero o al contrario primero van con el curandero y después con el médico. Las enfermedades incurables como el SIDA y el cáncer no las curan, les recomiendan a las personas que les consultan, que sigan con la visita del médico y con el tratamiento indicado (24).

Las personas que consultan los curanderos son de todos los niveles sociales, económicos y profesionales, además los curanderos consideran que de 10 personas una está dañada por maldad, y que el 80% son problemas de salud, no es brujería. Hay muchas personas que solicitan consulta, simplemente porque necesitan hablar con alguien que las escuche para desahogarse, ya que opinan que hay mucha gente sola. Las personas que tienen malas energías se sienten pesadas, desesperadas, nerviosas, solo quieren estar dormidas, en su persona se sienten mal, como que están enfermos de algo (24).

Según, Sacchi, en el artículo del trabajo de investigación de tipo cualitativo sobre “Percepción del proceso salud- enfermedad - atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de Salta”, manifiesta que el proceso salud - enfermedad-atenciones es una construcción individual mediante la cual el sujeto elabora sus padecimientos, que condiciona los tipos de ayuda a buscar. La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y solo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de

las condiciones materiales de vida. Los resultados muestran que la percepción de los problemas de salud está fuertemente mediada por las condiciones materiales de vida y por la valoración de la salud en un contexto socio cultural específico. La resolución de problemas cotidianos como el trabajo y la alimentación, fundamentalmente, opaca la percepción de un problema de salud, especialmente en los adultos siendo los niños/as los sujetos de mayor atención (25).

La Encuesta Nacional de Salud 1997, proporciona, entre otra, información sobre la morbilidad percibida por la población. Es una información subjetiva acerca del estado de salud de la población encuestada sobre el estado de salud que perciben. El 9% de los encuestados consideran que su salud es mala o muy mala. Esta prevalencia permanece muy estable entre 7 y 9% a lo largo de las diferentes encuestas realizadas (1987, 1993, 1995, 1997). La percepción de las personas respecto de su estado de salud refleja las desigualdades en salud, así aquellos que la persiguen como muy buena, en función del nivel de estudios, pasa del 3% en el grupo sin estudios al 22% en el grupo de aquellos que han finalizado sus estudios universitarios. Las principales dolencias han sido: artrosis, reumatismo, dolor de espalda y lumbago 26,4%; fracturas, traumatismos, luxaciones, ligamentos y huesos 16,5% enfermedades cardiovasculares, 9,5%, gripes catarras y anginas 8,8% y enfermedades del aparato respiratorio que no sean gripe 7,6% (26).

Estudios sobre salud, cultura y sociedad en Brasil, de Landon, afirman que se han multiplicado circunstancialmente. En la última década, la Antropología de la Salud se viene consolidando como un espacio de reflexión, formación académica y profesional de médicos, enfermeros y demás profesionales del área de la salud del país, Garnelo. Refiere que hay centros interdisciplinarios universitarios y núcleos de investigación envolviendo antropólogos y demás investigadores y

teóricos de la salud colectiva y pública, dedicados a la investigación de aspectos culturales, sociales, políticos y económicos relacionados a las cuestiones de salud (1).

También refiere que algunas publicaciones han tratado sobre la experiencia de la enfermedad y del cuerpo enfermo bajo la perspectiva de género, principios religiosos, nociones de cura y sus narrativas Alves, Ravelo (1998). Algunas publicaciones recientes retratan etnografías de los contextos médicos, como en hospitales o clínicas (27).

En la tesis de post grado: costumbres y creencias en el proceso salud enfermedad en comunidades nativas Awajun de la región Amazonas, un enfoque Etnográfico, se menciona que la salud es el resultado de la confluencia de diversos factores individuales, económicos, sociales y culturales que convergen y determinan los perfiles de salud enfermedad, con frecuencia los estudios sobre salud, han enfatizado los factores biológicos y en menor medida los socioculturales. En la actualidad existe una medicina predominante basada en el conocimiento científico y tecnológico denominada medicina académica y junto a esta, se encuentra la medicina tradicional, alternativa y complementaria que tratan a las enfermedades con técnica, procedimientos y concepciones culturalmente adecuadas (15).

En el trabajo de investigación: “Determinantes de la salud y actitud frente al proceso salud enfermedad de las madres de familia en comunidades de la zona rural del distrito de Cajamarca, 2010”, menciona que la salud, como objeto de estudio ha estado restringida al campo de la medicina tradicional, surgiendo con fuerza desde hace dos décadas el concepto de determinantes sociales de la salud ante el reconocimiento de las limitaciones de intervención dirigidas a los riesgos

individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras, patrones sociales y culturales forman u orientan las percepciones, decisiones y oportunidades de ser familias saldables (16).

En la tesis doctoral: “Modos cotidianos de enfermar y morir en familias de localidades rurales”. Estudio comparado Perú - México. Cuya autora es la Ms Teresa Maldonado Guiza, en cuyo trabajo de investigación se trabajaron dos dimensiones, lo cotidiano de enfermar y lo cotidiano de morir: en lo cotidiano de enfermar emergieron desde los discursos tres categorías empíricas que fueron: familias conceptualizando el enfermar, familias evaluando el origen de enfermar y familias atendiendo al enfermo, en lo cotidiano de morir emergieron dos categorías que fueron familias conceptualizando el morir y familias transitando la muerte (28).

En la dimensión de lo cotidiano de enfermar, la primera categoría en familias conceptualizando el enfermar, se puede señalar que, desde la visión de las familias de las localidades rurales estudiadas, la enfermedad es conceptualizada desde sus sentimientos y desde la complejidad socio-económica, manifestándose semejanzas en ambos territorios, ya que la enfermedad es considerada no desde el aspecto biológico; sino en función de las repercusiones y familiares que implica (28).

Haciendo una aproximación epistemológica a la conceptualización de enfermar desde el saber, sentir y vivir, el enfermar en las comunidades rurales de Perú y México, enfermar forma parte del vivir. Es un evento que se presenta de manera inesperada, es eventual y temporal; pero puede ser permanente y llevar a la muerte,

causa preocupación, tristeza, dolor físico y del alma, y exige buscar ayuda para recuperar la salud.

En la segunda categoría familias evaluando el origen de la enfermedad, las semejanzas, también se traducen en reconocer que las causas de enfermedad tienen que ver con variables socioeconómicas como responsables en gran parte del proceso de enfermar, que se vive en los colectivos estudiados, resaltando la singularidad de que en México se prioriza la violencia como factor determinante de enfermar.

En la tercera categoría familias atendiendo al enfermo, la cuestión va enfocada a la manera en que las familias practican el cuidado y atención a su enfermo. Al respecto, es necesario mencionar que hay semejanzas en cuanto a que en todos los casos las manifestaciones de amor y cariño, con diferentes connotaciones, se hacen presentes tanto en Perú como en México; así como la preocupación por la salud de su enfermo, sea familiar, amigo o vecino; localidades en donde los seres humanos se funden en ayuda mutua entre ellos, principalmente, entre familiares, para poder responder a las necesidades de cuidado que tiene aquel que ha perdido su salud; resaltando que en México solamente se manifiesta la solidaridad con el enfermo por medio de visitas, mientras que en Perú los vecinos y amigos se solidarizan ayudando en el cuidado del mismo; así mismo, se pone de manifiesto que el espacio privado de hogar es el lugar primario por antonomasia en que el ser humano se muestra enfermo, y donde la familia lo protege y atiende para su recuperación; sin embargo, en los casos graves es necesaria la atención intrahospitalaria, donde las familias se encuentran con un ambiente hostil y desconocido para ellas, que les dificulta desenvolverse (28).

2.2.-Base teórica científica.

2.2.1.- Proceso salud- enfermedad.

Definir el proceso salud-enfermedad no es tarea fácil, en función de la complejidad que rodea a los conceptos que integran la dimensión.

En el presente trabajo, se entiende al hombre como un ser en relación, un sujeto colectivo y que en su dimensión histórica no actúa aisladamente, sino en grupo (29).

Así, el hombre no es solo un ser biológico, sino simultáneamente es “una estructura mental y un tejido social”. El hombre es una organización biopsicosocial que absorbe en escala reducida todas las características de la sociedad, haciendo que su capacidad física y mental dependa de las condiciones concretas del desarrollo de las fuerzas productivas de la sociedad y de las relaciones sociales existentes; además, de su inserción social en cuanto sujeto productivo e histórico (29).

Por lo tanto, se puede establecer un nexo entre lo biológico y lo social presentes en todos los problemas que rodean al proceso salud - enfermedad del hombre y de la sociedad. Dependiendo del problema concreto, podrá denominar lo biológico o lo social, situación que determinará la existencia de una interacción dialéctica entre estas dos categorías (30).

El proceso salud- enfermedad no excluye al factor biológico, sino que lo sitúa adecuadamente. Esto se evidencia al considerarse al hombre en su esencia como ser social; así su salud será determinada, en última instancia, por los factores sociales (29).

De esta manera, el proceso salud- enfermedad tiene un carácter social y por lo tanto históricamente determinado, adquiriendo tal historicidad justamente por ser socialmente determinado- Este proceso se modifica en cada época histórica, teniendo influencia sobre este la organización social, es decir, el modo de producción, la estructura social y la organización político jurídica, los cuales determinan diferentes condiciones sociales de vida. La determinación histórica ocurre, como lo expresa Egry, cuando la sociedad no existe en abstracto, sino como diferentes formas de organización económica- social, cuya sucesión contiene la lógica del proceso histórico (30).

Las condiciones de vida y trabajo, determinados por el modo de producción vigente, son los factores condicionantes del proceso salud- enfermedad, que en las clases o grupos sociales se manifiestan como perfiles de salud- enfermedad diferentes (31).

El proceso salud- enfermedad, analizado a partir de la inserción de las clases o grupos sociales en el proceso de producción, permite transformar la visión biologista del individuo, postulando el proceso salud- enfermedad colectivo visto como la “forma histórica específica del proceso biológico humano tal como se da en los grupos sociales en un momento dado” (32).

Como manifiesta Laurell, “utilizar la categoría proceso de trabajo en el análisis del proceso salud- enfermedad, permite entender la relación entre hombre y naturaleza; puesto que es, a través del proceso de trabajo que el hombre transforma la naturaleza y se transforma a sí mismo”. “Y al transformarse así mismo, el hombre en el proceso de trabajo significa desgastarse; puesto que no puede olvidar que el proceso de producción tiene un doble carácter que se encuentran las formas

concretas de consumo de la fuerza de trabajo, que generan los patrones de desgaste, los cuales unidos a los patrones de producción, determinan las características básicas del proceso salud- enfermedad de una colectividad” (32).

Este desgaste que ocurre en el proceso de trabajo denominado como “cargas de trabajo”, son los elementos presentes en el centro de trabajo, y que interactúan dinámicamente con el cuerpo del trabajador, generando el desgaste o pérdida de la capacidad potencial y/o efectiva corporal y psíquica (32).

A partir de estas consideraciones, se asume en este trabajo que el proceso salud-enfermedad constituye una de las categorías contradictorias en la unidad dialéctica que está en constante movimiento y transformación, y lo que propicia la comprensión de la categoría como un proceso, constituido de una totalidad; biológica, psíquica y social determinado por las condiciones de vida y trabajo, que le confiere un carácter social históricamente determinado (30).

Así, lo explica Moreno, al mencionar de la Tradición a la Especialización de la Antropología señala que, algunos estudios y análisis de la investigación, no han incluido la descripción etnográfica de los hechos de mortalidad a profundidad y menos el significado que para los diferentes grupos estudiados por ella tienen el proceso de salud- enfermedad- atención. Ya que estos han sido estudiados como aspectos simbólicos, sin describir y analizar no solo el presente, sino en el pasado una parte de las reivindicaciones o demandas planteadas por o para el grupo de indígenas, campesinos, obreros y marginales, los cuales nos han referido por lo menos determinadas condiciones de salud- enfermedad y atención (23).

Para la Antropología Social, Cultural y de la Etnología desde fines del siglo XIX hasta 1930, no hay descripciones ni interpretaciones antropológicas de las

enfermedades por las cuales se morían los sujetos estudiados en África, Asia y América. Si bien se describían determinadas técnicas de curación, las mismas eran casi reducidas a sus aspectos simbólicos. La mayoría de esta producción para América Latina, más allá de su legitimidad, se caracteriza por la denuncia ideológica más que por la producción de etnografías donde observamos las consecuencias del etnocidio en la vida y muerte de los grupos: y sobre todo como formando parte del proceso salud enfermedad-atención. Para la Antropología Social y la Etnología Latinoamericana el campo quedó reducido a la descripción de algunas enfermedades y terapias tradicionales, salvo excepciones no se describieron ni analizaron las enfermedades por las cuales se moría la población estudiada. Su explicación puede ser reducida y referida a que el saber antropológico se constituyó, en cuanto a autoimagen profesional y ciertos aspectos teóricos descriptivos más que aplicativos y de ser aplicada su dimensión fue fundamentada en el uso de la acción política. Como una de las causales que limitaron el campo de interés sobre la salud, enfermedad y la atención médica esta también el hecho dominante de la Antropología Cultural norteamericana que influyó en el desarrollo de la Antropología mexicana conduciéndola a construir una interpretación altamente consistente del sujeto social (23).

La Antropología Sociocultural elimina la dimensión biológica de la Etnografía y el análisis de los padecimientos, dejando a la enfermedad y a la mortalidad en términos de consecuencias biosociales, al concentrar el interés casi exclusivamente en el orden simbólico.

La vigencia de una Antropología centrada en las representaciones y no en las prácticas, permitía separar la dimensión de las creencias de las consecuencias. Así podían describirse las creencias sobre el susto o el mal de ojo, pero sin producir

datos sobre cuántos niños se morían de esos padecimientos pese a ser considerados de los principales problemas que afectan la vida de niños de grupos étnicos donde la mortalidad infantil podía estar entre 150 y 200 niños muertos por 1000 niños vivos registrados o ponderados. Según esta perspectiva el manejo de la información sobre enfermedades y muerte podía conducir a criticar a los grupos étnicos o a otros grupos subalternos, en la medida que las altas tasas de mortalidad pudieran interpretarse por las características de su cultura y que de ahí se dedujera la ineficacia de las estrategias curativas tradicionales (23).

De tal manera que corrientes teóricas enfrentadas entre sí, coincidieron en la no descripción del problema y saberes sociales a través de los cuales podían cuestionarse la negatividad de determinadas formas de vida. Entre ellas las de tipo tendencia marxista que señalan; con respecto a la salud, enfermedad y atención, en un sistema sólo cambiarán si esta problemática es atendida en los procesos mediante modificaciones en su orden estructural para generar modificaciones positivas en general no solo a nivel individual durante un tiempo limitado, ya que las condiciones estructurales de sistemas volverían a imponer sus condiciones sobre la vida y muerte a nivel colectivo en general (23).

Sobre la evolución del concepto salud-enfermedad, Vergara, comenta que, desde los albores de la humanidad, el ser humano ha hecho esfuerzos de diversa naturaleza por mantener su salud, y desde la antigüedad se ha considerado que existen personas con capacidades para restablecerla, para quienes la mayoría de las explicaciones acerca de la salud y la enfermedad se fundamentan en la existencia de dioses que curaban y en las virtudes mágicas de encantamiento y hechizados. En las culturas primitivas el brujo era curandero por dos virtudes: por su conocimiento de plantas y preparación de brebajes y por su cercanía con los

dioses. Las plantas de donde se extraían las infusiones y los bebedizos eran albergue de los espíritus de los dioses, que debían ser invocados mediante ceremonias rituales (23).

2.2.2.-Percepción.

Desde el punto de vista psicológico, así como epistemológico, se han propuesto varias teorías sobre la percepción y especialmente sobre el modo como con las percepciones se *aprehenden* realidades *externas*. Las teorías más importantes al efecto han sido la teoría realista de la percepción, según el contenido de las percepciones son las realidades mismas; la teoría causal de la percepción, según la cual hay una diferencia entre percepción y realidad percibida, ya que esta es causa de aquella, y la teoría fenomenista, según lo que se perciben son fenómenos o aspectos fenoménicos de la realidad. Esta última teoría puede desembocar en una distinción entre fenómenos y realidades mediante la introducción de nociones como las de los datos de los sentidos o de los llamados *sensibles*, o puede, por el contrario, terminar por una afirmación de que no hay distinción de principio entre *percepción* y *percibido*. Una diferencia básica se halla entre quienes sostienen que cuando alguien ve un objeto, ve la apariencia de un objeto (o el objeto en cuanto apariencia), pero no el objeto; y quienes mantienen que cuando alguien ve un objeto se le aparece el objeto sin distinción entre este y una apariencia (33).

Se ha discutido, asimismo, el problema de interioridad o exterioridad de las percepciones, o de los actos de percepción. Muchas teorías interioristas de la percepción vinculan los actos de percepción a la existencia de alguna fuerza. Tal sucede con Lachelier, cuando afirma que el movimiento desarrollado en la extensión no tiene conciencia de sí mismo, porque está, por así decirlo, todo entero

fuera de sí mismo. Pero que el movimiento concentrado en la fuerza es precisamente la percepción tal como la ha definido Leibniz, es decir, la expresión de la multiplicidad en la unidad (33).

Ello supone, según dicho autor, dos condiciones: a) que, en vez de dispersarse en el tiempo y en el espacio, la fuerza y el movimiento se junten en un cierto número de sistemas; b) que, el detalle de estos sistemas se concentre aún más, reflejándose en una pequeña cantidad de *foco* donde la conciencia se exalta por una especie de acumulación y de condensación. Por eso, el alma es definida aquí como una unidad dinámica del aparato receptivo por la misma razón por la cual la vida es definida como unidad dinámica del organismo.

Para Bergson, la percepción es, ante todo, acción, y conlleva una relación variable entre ser viviente y la influencia más o menos distante de los objetos que influyen sobre él. La percepción regulada por el sistema nervioso, está encaminada a la acción y no al conocimiento puro; ello explica que la creciente riqueza de esta percepción simboliza el más amplio radio de indeterminación dejado a la elección del ser viviente en su conducta respecto a las cosas (34).

Si hubiese una pura percepción sin memoria presente, sería una *percepción impersonal* sobre la cual no se impondría la individualidad de la memoria. Transformar una realidad objetiva en una *imagen representada*, es aislarla de todas las demás imágenes, así como de una relación pasada y futura con esas vivientes en tanto que *centros de indeterminación* eliminan esas partes de los objetos que no les interesan. Bergson compara la percepción a una reflexión incompleta, esto es, a una en donde no queda reflejado el objeto entero, sino solamente su contorno. Lo que queda descartado en nuestra representación de la

materia es lo que no tiene ningún interés para nuestras necesidades. Así la representación consciente de las cosas se hace posible por el hecho de que reflejan contra los centros de acción espontánea. En otras palabras, mientras la conciencia elimina, la percepción lo absorbe todo (aunque no lo sabe). La percepción no es, pues, una fotografía de las cosas (33).

Así, Neisser, define la percepción como el proceso por el cual el individuo connota de significado al ambiente observado. Dar significado al ambiente requiere de una integración de la información sensorial con elementos cognitivos como, por ejemplo, nuestros recuerdos, nuestras presunciones básicas de lo que es el mundo, nuestros modelos ideales, etc.; con el objetivo de construir el mundo que nos rodea (35).

La percepción constituye el punto donde la cognición y la realidad se encuentran; es la actividad cognoscitiva más elemental, a partir de la cual emergen todas las demás. El mismo autor considera que percepción es un proceso cíclico, de carácter activo, constructivo, relacionado con procesos cognitivos superiores y que transcurre en el tiempo. Constituye un proceso complejo que depende tanto de la información que el mundo entrega, como de la fisiología y las experiencias de quien las percibe; estas afectan tanto el acto perceptivo mismo, por la alteración de los esquemas perceptivos, como a otros procesos superiores, como son las motivaciones y las experiencias.

2.2.3. - percepción del proceso salud-enfermedad.

Los distintos grupos sociales prestan diferente atención a los procesos mórbidos de acuerdo con su propia vinculación con el cuerpo. La percepción del dolor o de un malestar está atravesada por una serie de factores que tienen que ver con

condiciones estructurales, pero también con la propia experiencia de vida y se inscribe dentro del proceso general de percepción. Este proceso es necesariamente selectivo y puede compararse a la mirada de un espejo en el cual se refleja una imagen que no es la realidad misma. En ese “espejo” la imagen se agranda, se achica, se ilumina u oscurece, de acuerdo a cómo nos situemos para observarla. De la misma manera, la percepción que cada uno tiene de la realidad, se produce de acuerdo al modo y al lugar/situación desde donde se mire (36).

Las posibilidades de percibir un problema de salud son diversas y están socioculturalmente condicionadas: factores como la responsabilidad o el rol familiar que la persona desempeñe, así como las prioridades cotidianas y las actividades que realice harán que lo perciba de modo diferente en cada caso (38).

Sin embargo, éstos son aspectos poco considerados al momento de intervenir desde el sistema formal de salud, ya que representan un corte en un proceso que no siempre es visualizado por el profesional. Antes de que la persona efectúe la demanda y utilice el servicio sanitario, muy probablemente haya realizado algún tipo de acción, que responde a lo que denomina auto cuidado (37).

Como señala Fitzpatrick, la idea de enfermedad opera como símbolo que se relaciona con una variedad de experiencias propias de una cultura. Esta significación simbólica no siempre puede expresarse verbalmente, pero su registro es fundamental para comprender el proceso salud-enfermedad-atención. Aún en su expresión oral, requiere de la capacidad de buscar sentido en las expresiones de los otros, elemento esencial de la comunicación humana (38).

La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y solo puede comprenderse contextualizada en el número de creencias, valores y

comportamientos del medio socio-cultural de cada persona, atravesado por las condiciones materiales de vida que reflejan de modo singular el espejo de la realidad que cotidianamente vemos.

Por lo tanto, es necesario considerar la salud o la enfermedad no solamente como hechos del campo de las relaciones sociales que implican valoraciones subjetivas y situaciones de poder (39).

2.2.4.- Percepciones del cuerpo: en Japón, el concepto Gotai hace referencia al ideal de mantener el cuerpo intacto en la vida y en la muerte, hasta el punto de no agujerearse las orejas. Cuando el príncipe heredero Naruhitao buscaba esposa, uno de los requisitos fue que no tuviera agujero en las orejas. Por debajo del valor de la integridad corporal se encuentra la creencia de que un cuerpo intacto asegura su renacimiento (19).

Las culturas también varían en el modo en que la gente percibe al cuerpo, si este se limita a ser considerado una unidad física, la curación se centra única y exclusivamente en el cuerpo; si considera al cuerpo conectado a un contexto social más amplio, la curación del cuerpo se aborda dentro de una esfera social más amplia. Las diferencias a la hora de definir cuerpos vivos frente a cuerpos muertos son también señaladas en todo el mundo (19).

2.2.5.- Visión antropológica del proceso salud – enfermedad.

Conrad Philip, cita a Jnhorn y Brown, quien manifiesta que el campo de la Antropología médica, en constante desarrollo, relaciona el contexto sociocultural, las implicancias de la enfermedad y la dolencia. Enfermedad se refiere a una

amenaza para la salud desde el punto de vista ético, científicamente identificada, causada por un virus, bacteria, hongo, parásito, u otro elemento patógeno. Por tanto, la dolencia es una condición emic de falta de salud sentida por un individuo (40).

La investigación transcultural muestra que las percepciones de buena y mala salud, junto con las amenazas y problemas de la salud, están culturalmente contruidos. Grupos étnicos y culturas diferentes reconocen diferentes dolencias, síntomas y causas, y han desarrollado sistemas distintos de sanidad y estrategias de tratamiento.

La enfermedad, también varía entre las culturas, con el tipo de cultura y ciertas enfermedades se han extendido con el desarrollo económico. Aun así, todas las sociedades tienen lo que George Foster y Barbara Anderson llaman “sistemas de teorías sobre la enfermedad” para identificar, clasificar y explicar las dolencias, hay tres teorías básicas sobre las causas de las dolencias: personales, naturales y emocionales (41).

Las teorías personales de la enfermedad culpan de la dolencia a agentes (con frecuencia maliciosos) tales como hechiceros, brujas, fantasmas y espíritus de los antepasados.

Las teorías naturales explican la enfermedad en términos impersonales. Un ejemplo es la medicina occidental o biomedicina, que vincula la dolencia con agentes científicamente demostrados, no movidos por la malicia personal hacia sus víctimas. Así la medicina occidental atribuye la dolencia a organismos (por ejemplo, bacterias, virus, hongos, parásitos) o materias tóxicas. Otros temas etnomédico naturalistas culpan de la mala salud a un desequilibrio de los fluidos

corporales. Muchas culturas latinas clasifican la comida, la bebida y las condiciones medioambientales como “calientes” o “frías”. La gente cree que su salud sufre cuando come o beben sustancias frías o calientes a la vez o bajo condiciones no adecuadas.

Las teorías emocionales asumen que las experiencias emocionales causan la dolencia. Por ejemplo, los latinoamericanos pueden desarrollar el susto, una dolencia causada por la ansiedad o el temor (Bolton, 1981; Finkler et al., 1984) Sus síntomas (letargo imprecisión, distracción) son parecidos a los de “pérdida del alma”, un diagnóstico de síntomas similares hecho por las gentes de Madagascar El Psicoanálisis moderno también se centra en el papel de las emociones en bienestar físico y psicológico (42).

Todas estas sociedades tienen sistemas de cuidado de la salud: creencias, costumbres, especialistas y técnicas destinadas a conseguir la salud y prevenir, diagnosticar y curar las dolencias. Cuando la dolencia tiene una causa personal, los chamanes y otros especialistas mágico-religiosos pueden ser buenos sanadores. Se apoyan en diversas técnicas (ocultas y prácticas).

No debemos perder de vista, etnocéntricamente la diferencia entre medicina científica y medicina occidental. A pesar de los avances en patología, microbiología, bioquímica, cirugía, tecnología, la prescripción médica excesiva de tranquilizantes y drogas entre otros son rasgos cuestionables de los sistemas médicos occidentales (43).

La Antropología médica, basada en la investigación biológica, sociocultural y transcultural, tiene dimensiones teóricas y aplicadas. Los antropólogos han servido de intérpretes culturales en programas de salud pública, que tienen que

prestar atención a teorías nativas sobre la naturaleza, causas y tratamiento de las dolencias. Las intervenciones exitosas en materia de salud no pueden imponerse de forma forzosa a las comunidades; por el contrario, tienen que encajar en las culturas locales y ser aceptados por sus receptores.

Asimismo, Fernández, afirma que el concepto de Salud ha cambiado significativamente a lo largo del tiempo. La conceptualización de la OMS en la primera mitad de siglo XX entendía la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades, lo que permite comprender la salud no solamente desde los equilibrios biológicos, sino como un sistema de valores, como noción que la gente usa para interpretar sus relaciones con el orden social (44).

Suarez, refiere que estos conceptos han evolucionado y hoy se entiende la salud como un recurso para la vida y no el objetivo de la vida, en el estar sano es la capacidad para mantener un equilibrio apropiado a la edad y a las necesidades sociales (45).

La concepción moderna de salud según Vergara, en los años noventa, se inicia en el estudio de la salud desde las representaciones sociales que tienen los individuos y la sociedad en general Herzlich, citada por (Viveros, 1993), señala como los individuos se expresan a propósito de la salud y la enfermedad en un lenguaje elaborado a partir de la relación que establecen con la sociedad. Es así como en la actualidad se abre paso a un análisis de la salud y la enfermedad, no como una entidad, cuya definición es evidente, sino como el resultado de procesos sociales, elaboraciones intelectuales y continuos intercambios de la colectividad.

Se puede mostrar que la representación no es solamente un esfuerzo por formular un saber más o menos coherente, sino también una interpretación y una búsqueda de sentido. Igualmente, la tradición antropológica muestra la existencia, en toda sociedad, de un discurso sobre la enfermedad indisociable del conjunto de construcciones mentales, expresión y vía de acceso privilegiado al conjunto de concepciones. Valores y relaciones de sentido de esta sociedad (46).

2.2.6.- Cosmovisión.

La verdadera esencia, el sentido profundo de la medicina tradicional, no puede entenderse fuera de su cosmovisión, del entorno cultural que la sustenta y que la ha mantenido viva al transcurso del tiempo y la dinámica cultural.

La vida, la muerte, la salud, la enfermedad, el tiempo y el espacio, lo sobrenatural y lo inteligible han sido fenómenos sobrehumanos que la humanidad ha intentado controlar y explicar de las más diversas formas, y aún continúan siendo interrogantes. Las explicaciones y las actitudes del hombre ante estos y otros fenómenos similares, siempre presentes en nuestro mundo, dan origen a la cosmovisión de cada pueblo, acorde con su experiencia (47).

2.2.7.- La salud y la enfermedad como términos culturales.

Según Landon, a pesar de pasibles contradicciones internas y consecuentemente generadores de predicamentos, sustentan la premisa de que los valores, conocimientos y comportamientos culturales ligados a la salud forman un sistema sociocultural integrado, total y lógico. Por lo tanto, las cuestiones relativas a la salud y a la enfermedad, no pueden ser analizadas de forma aislada de las demás

dimensiones de la vida social mediada y compenetrada por la cultura que confiere sentido a estas experiencias. Los sistemas de atención a la salud son sistemas culturales, constantes con los grupos y realidades sociales, políticas y económicas que los producen y replican. De esta forma, para fines teóricos y analíticos, el sistema de atención a la salud biomédico debe ser considerado como un sistema cultural, tal cual cualquier otro sistema etnomédicos. Para comenzar, las interpretaciones e intervención sobre los fenómenos mórbidos operados tanto por parte de los individuos/pacientes, como los observados y tratados por los profesionales de la salud formados en el sistema biomédico deben ser analizados y evaluados por el concepto de relativismo cultural, evitando, de esta manera, la toma de posturas y análisis etnocéntricos por parte de estos profesionales y teóricos (1).

Para Landon, cuando se refiere al concepto instrumental de cultura, menciona que la definición conceptual de cultura es extremadamente compleja y diversa, divisora de las varias corrientes analíticas teóricas y formador de campos epistemológicos y metodológicos propios. La cultura puede ser definida como un conjunto de elementos que median y califican cualquier actividad que sea compartida por diferentes miembros de un grupo social. Se trata de elementos sobre los cuales los actores sociales, construyen significados para las acciones e interacciones sociales concretas y temporales, así como sustentan las formas vigentes, las instituciones y sus modelos operativos. La cultura incluye valores, símbolos, normas y prácticas (1).

A partir de esta definición, tres aspectos deben ser resaltados para que podamos comprender el significado de la actividad sociocultural. La cultura es aprendida, compartida y estandarizada. *Al afirmar que la cultura es aprendida*, se afirma que

no podemos explicar las diferencias del comportamiento humano a través de la biología de forma aislada. Sin negar su destacado papel, la perspectiva culturalista afirma que la cultura modela las necesidades y características biológicas y corporales. De esta forma, la biología ofrece un paño de fondo para el comportamiento, así como favorece las potencialidades de la formación y desarrollo humano. Sin embargo, es la cultura compartida por los individuos formadores de una sociedad que torna estas potencialidades en actividades específicas, diferenciadas y simbólicas intangibles y comunicables.

Partiendo de esta prerrogativa, ser hombre o mujer, brasileño o chino no depende de sus respectivas composiciones genéticas, pero sí como este a través y en razón de su cultura, irá a comportarse o pensar. Algunos estudios etnográficos sobre patrones de comportamiento sexual, según el género, han indicado que existen grandes variaciones, tienen base en lo que las personas han aprendido en su cultura sobre lo que es ser hombre o mujer.

Y todas las culturas poseen conceptos sobre lo que es ser enfermo o saludable. Poseen también clasificaciones acerca de las enfermedades, y estas son organizadas según criterios de síntomas, gravedad, y otros. Sus clasificaciones y los conceptos de salud y enfermedad, no son universales y raramente reflejan las definiciones biomédicas. Por ejemplo, arca caída (anomalía, del apéndice xifoideo), cobreiro (dermatosis, herpes zoster), quebranto (estado de debilidad) y mal de ojo son consideradas enfermedades para varios grupos brasileños, entre tanto no son reconocidas o tratadas por los biomédicos. Las clasificaciones de estas enfermedades son organizadas según criterios propios, los cuales guían los diagnósticos y terapias, cuyos especialistas tienen elementos y materiales para tratarlas y reconocerlas si están curadas (1).

Al contrario de lo que se piensa habitualmente, en cuanto hecho “biológico” o “natural”, son varias las implicancias socioculturales de los términos salud y enfermedad. En un sentido amplio, la salud opera en oposición o ausencia de una enfermedad. Se encuentra sano quien no ha desarrollado ninguna dolencia ni sintomatología. Estos dos enunciados deben ir juntos, pues pueden ocurrir interesantes paradojas. No es extraño que la construcción sociocultural de la enfermedad vaya acompañada de una sintomatología, la cual es utilizada en el diagnóstico y su identificación. Nuestra medicina tradicional occidental opera bajo estas premisas. Sin embargo, puede desarrollarse una enfermedad asintomática, donde la persona puede incluso negar la existencia de la dolencia, o por el contrario, puede existir una sintomatología sin enfermedad, éste es el caso de las dolencias somáticas.

En cuanto a la enfermedad, opera como un hecho científico externo al individuo, siendo su causa una bacteria, un virus, un parásito u otro elemento patógeno, desde un punto de vista antropológico parece más correcto utilizar la palabra “dolencia”. Dolencia es una condición de falta o ausencia de la salud no necesariamente implica el desarrollo de una enfermedad. Es la percepción del individuo, la condición “emic”, la que define la aparición de una dolencia y no la experticia del especialista.

La Antropología sociocultural ha demostrado, por medio de numerosas investigaciones en diversos pueblos y comunidades del planeta, que las percepciones de buena y mala salud, junto con las amenazas correspondientes, se encuentran culturalmente construidas.

Esta disciplina ha ayudado a consolidar un corpus de conocimiento, teórico y empírico, en el cual diversos grupos sociales y culturales reconocen una enorme

heterogeneidad de dolencias, síntomas y causas. Su identificación no ha pasado desapercibida para los especialistas, por lo que se han desarrollado complejos sistemas de tratamiento, sanación y cura. Es casi un fenómeno universal encontrar en todas las sociedades, sistemas más o menos complejos de cuidado de la salud, desarrollando determinadas creencias, costumbres, especializaciones de roles y técnicas destinadas a conseguir salud, prevenir, diagnosticar y curar dolencias (48).

2.2.8.-La cultura, salud y la enfermedad.

Desde Ackerknecht y Sigerist, sabemos que la salud – enfermedad son conceptos que solo tienen sentido si los intentamos comprender dentro de la urdimbre socio-económica y cultural que caracteriza a cada grupo humano en un momento histórico determinado. Por tanto, necesitamos comprender a la sociedad, en su conjunto y su manera de entender al mundo, para poder comprender a lo que en cada momento concreto se llama salud – enfermedad.

No es fácil dar una definición de cultura, pues prácticamente cada tendencia antropológica, y casi podríamos decir que cada antropólogo, propone la suya. El concepto está, además, en constante revisión. Muchos manuales siguen citando la definición propuesta por Taylor en (1871), por lo amplio que resulta considerar cultura como “ese todo complejo que incluye conocimientos, creencias, arte, moral, ley, costumbres y toda la serie de capacidades y hábitos que el hombre adquiere en tanto que miembro de una sociedad dada; pero esta definición por ser tan amplia resulta poco útil (48).

O bien cuando el mismo García Lara, nos describe con respecto al concepto salud y enfermedad, el que este es relativo ya que no todas las culturas ni los grupos sociales manejan los mismos parámetros para determinar cuando una persona está

sana o no la está. Y es porque estos conceptos, aunque tienen un fundamento biológico común, han sido interpretados de manera muy diversa y su significado está asociado a la cosmovisión del grupo que se trate. Como ejemplo nos cita las definiciones de salud y enfermedad presentadas por terapeutas tradicionales de Chiapas, las cuales se convierten en conceptos representativos de los grupos indígenas en general al considerar la enfermedad como parte de su esquema visionario natural, sobrenatural y humano cuando explican: salud es cuando uno está contento tranquilo, con respecto a los demás come bien, regresa a su casa y platica con la familia, no siente dolores. Esta sano porque se porta bien en la tierra, entonces sus ancestros y Dios cuidan su espíritu. Según el comportamiento de cada persona, lo recompensan en el cuerpo y en el espíritu. Se entiende que hay enfermedad cuando no hay fuerzas para trabajar ni para comer, ni para platicar hay dolores, ya no están tranquilos, la persona no quiere dormir y estar en la sombra (49).

2.2.9.- Cultura e interpretación de la enfermedad.

Desde una perspectiva holística, la Antropología Médica sostiene que la medicina es parte de la cultura, que no puede ser estudiada ni ejercida fuera de su contexto socio cultural, como han dicho antropólogos médicos reconocidos, como Aguirre, Beltrán, Comelles y Menéndez, crea las condiciones sociales para representar la enfermedad. Por tanto, la medicina no solo legitima la actuación de un enfermo admitiendo que realmente está enfermo, como señalaba Parson, sino, que, además, agrega Freidson: el monopolio de la Medicina incluye el derecho para crear la enfermedad como un papel social oficial (47).

2.2.10.- Enfermedad y padecimiento:

Una aportación importante es la Fábregas respecto de las dimensiones illness y disease de la enfermedad. La Primera designa que alguien está enfermo, tomando criterios sociales y psicológicos, emocionales, culturales y simbólicos; la segunda designa los estados de alteración orgánica, los aspectos biofísicos de la enfermedad propiamente dichos. Dimensiones ambas que Freidson explica con gran precisión de esta manera: “La enfermedad como un estado biofísico involucra cambios en los huesos, en los tejidos, en los fluidos vitales u otros semejantes, en organismos vivientes sean o no humanos. La enfermedad como un estado social implica cambios en la conducta que ocurren solo entre los humanos y que varían con la cultura y con otras fuentes organizadas de significados simbólicos” (47).

Por último, la carrera del padecimiento, también llamada carrera del enfermo, la concebimos como el proceso en el cual los sujetos enfermos buscan, seleccionan, usan y evalúan determinadas estrategias médicas y programas para la atención de su padecimiento. Y, más que un proceso estático y unilateral, también lo entendemos como un proceso cambiante en el cual se incluyen las formas y las modalidades como los individuos organizan y responden a su enfermedad, teniendo en cuenta los modelos de atención existentes en su medio, así como los recursos materiales simbólicos disponibles (47).

2.2.11.- Etnoetiologías.

Etnoetiologías, la gente en todas las culturas, en todas las partes intenta dar sentido a los problemas de salud y trata de entender su causa o etiología. Según la Antropología, el término etnoetiología hace referencia a las variaciones transculturales en las explicaciones causales de los problemas de salud y del

sufrimiento. Las Etioetologías pueden ser naturales, socioeconómicas, psicológicas o sobrenaturales. Las causas naturales incluyen la exposición al medio, por ejemplo; la lluvia y la humedad causan reumatismo, el excesivo calor provoca la deshidratación y algunas clases de vientos provocan las migrañas. Sin embargo, otras explicaciones naturales para la enfermedad tienen en cuenta la edad, la herencia, la personalidad y el género (19).

2.2.12.- El contagio.

Es otra explicación natural, así como los efectos de ciertos alimentos o hábitos alimenticios. En el terreno psicológico, la ira o la hostilidad causan problemas de salud concretos. En el dominio sobrenatural, los espíritus y la magia producen problemas de salud (19).

2.2.13.- La salud en la comunidad.

El hombre, es por naturaleza, un ser gregario que vive en sociedad con otros individuos, con los cuales tiene afinidad por su relación étnica, familiar y cultural; por la interacción resultante de la convivencia dentro de un mismo asentamiento humano; o por su asociación para conseguir fines comunes. Es, por tanto, indispensable que siendo la salud y el bienestar necesidades comunes a los grupos, no se consideren en forma aislada, ya que los problemas que pueden afectar la salud y el bienestar de uno o varios integrantes del grupo familiar o comunitario inciden en forma más o menos acentuada en todos los integrantes de esa comunidad (47).

Los diversos factores ecológicos y socio culturales que prevalecen en una comunidad pueden favorecer de un modo positivo o limitar en forma negativa las situaciones de salud individual o colectiva existentes en los diferentes tipos de

asentamientos humanos. Es así como se establecen las condiciones del proceso salud enfermedad, en una comunidad humana, en la que por sus características ecológicas y socio culturales se pueden configurar una patología predominante que genere el llamado círculo socioeconómico de la salud, en caso contrario, el círculo de enfermedad y pobreza (47).

2.2.14.-Modelo teórico: mágico – religioso, del proceso salud enfermedad.

Para esta propuesta, la enfermedad resulta de fuerzas o espíritus; representa un castigo divino, o bien se trata de un estado de purificación que pone a prueba la fé religiosa. Las fuerzas desconocidas y los espíritus (benignos y malignos) constituyen las variables determinantes y condicionantes del estado de salud - enfermedad que priva en un individuo o en una sociedad.

Este modelo facilita la aceptación de la muerte inminente pero también circunscribe la prevención a la obediencia de normas y tabúes, y la curación a la ejecución de ritos. Su principal desventaja es que fomenta la actividad pasivo-receptiva del hombre. Como seguidores de este modelo podemos nombrar a las sociedades primitivas, desde la edad media hasta la actualidad, teniendo como representantes a chamanes, brujos, curanderos, sacerdotes y espiritistas (50).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1.- Escenario de estudio.

El trabajo de investigación se realizó en la ciudad de Chota, distrito y provincia de Chota, es decir, participaron los pobladores residentes en la zona urbana.

Ubicación: La ciudad de Chota se encuentra ubicada en la parte central de la provincia, en la región andina norte del Perú. Su capital se ubica en la meseta de Acunta, a 2,388 msnm, a 150 Km al norte de Cajamarca, y a 219 Km al este de Chiclayo, Lambayeque.

Longitud: teniendo en cuenta el meridiano base Greenwich de $0^{\circ}0'0''$; hacia el hemisferio occidental está ubicado el Perú con su grado referencial, el que pasa por Lima es el de 75° de longitud occidental; al oeste se ubica el departamento de Cajamarca por cuya capital pasa el meridiano $78^{\circ}30'$; al occidente se ubica la capital de la provincia de Chota y distrito de Chota, por cuya plaza de armas pasa el meridiano imaginario $78^{\circ}39'29''$ de longitud occidental.

Latitud: de acuerdo al círculo máximo imaginario ecuatorial que marca $0^{\circ}0'0''$ y divide la tierra en hemisferio norte y hemisferio sur, nuestro país se localiza en el hemisferio sur. Cajamarca, se encuentra más próximo a esta línea ecuatorial con una latitud de $7^{\circ}12'05''$

y la ciudad de Chota se ubica más al norte de la capital departamental, por este lugar pasa el paralelo 6°33'48".

Altitud: El distrito de Chota, específicamente, la ciudad capital, se encuentra a 2,388 metros sobre el nivel del mar.

Extensión: El territorio del distrito de Chota es de 261,75 km², que representa el 6,9% del total provincial que es de 3,795.10 km².

Límites: la provincia de Chota limita por el Norte con Cutervo; por el Sur con Cajamarca; por el Este, con Celendín; por el Oeste, con Ferreñafe (51).

Clima: la mayor parte del territorio del distrito de Chota es de clima templado; sin embargo, en las partes más bajas (Tuctuhuasi - Valle Doña Ana), que presentan una ligera variación, es templado caluroso; mientras que en las partes más altas como Sitacucho, Lingán, Silleropata, Negropampa, Chaupelanche, Progreso Pampa, Condorpullana, Colpatuapampa, Huayrac, Shotorco, La Palma, es templado frío.

Las épocas de lluvias son de noviembre a abril, y su época de sequía es de mayo a octubre; la temperatura promedio es de 17.8°C.

La esperanza de vida.

Al nacer, es de 72,1 años en la región Cajamarca, y a nivel de la provincia de Chota es de 71,1 años; en la provincia de Hualgayoc, 68,3 años y la provincia de Santa Cruz, 71,0 años. El distrito con más esperanza de vida es Chota, con 73.1 años, en relación al resto de distritos de la DISA Chota (51).

Refiriéndonos a la Situación de salud:

Mortalidad general: Las primeras causas de mortalidad en la DSRS Chota durante el año 2014 fueron la hipertensión arterial, seguido de neumonía, luego de insuficiencia

cardiaca, tumor maligno del estómago, infarto agudo de miocardio, bronconeumonía, traumatismo encéfalo craneano, sepsis, enfermedad cerebro vascular, tumor maligno de la próstata, entre otras (51).

Análisis de la morbilidad.

La morbilidad es la condición de enfermar de una población. Las principales causas de atención en los consultorios externos de los establecimientos de Salud de la Dirección Sub Regional de Salud Chota, en el año 2014 fueron las infecciones respiratorias agudas, que ocuparon el primer lugar con un 29,31%; en segundo lugar, se registraron las enfermedades del sistema digestivo con el 15,92%; en tercer lugar, las enfermedades infecciosas y parasitarias con el 11,19%, enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo con el 7,79%; seguido de las enfermedades del sistema genitourinario con el 6,59%, entre otras (51).

En cuanto al abastecimiento de agua, 10,689 viviendas cuentan con red pública de agua dentro de la vivienda; 6,336 familias tienen red pública de agua fuera de la vivienda. También, 1,119 viviendas cuentan con un pilón de uso público, y la mayoría de ellas cuentan con agua de pozo, lo cual es un problema para la provincia de Chota. Sobre el servicio de agua se observa que, 15,175 viviendas particulares se abastecen de agua todos los días de la semana; mientras que 2,969 no tienen el servicio todos los días. ***En cuanto a los servicios higiénicos***, existen 6,172 viviendas que cuentan con red pública de desagüe dentro de la vivienda; mientras que 10,550 viviendas no tienen dicha red, así como, la gran mayoría de ellos cuentan con pozo ciego o letrina. ***En lo que se refiere al alumbrado público***, 15,514 viviendas cuentan con el servicio de alumbrado público; en cambio, 22,670 viviendas carecen de este servicio (51).

En cuanto a Educación Superior, se observó que la población de la provincia de Chota ha logrado mejores niveles educativos. Así, el 24,7% tiene educación superior; lo sigue la provincia de Jaén con 15,9%, y Contumaza con 14,7%, donde la séptima parte de la población alcanzó estudiar algún año de estudios superiores. En cambio, en San Miguel y San Ignacio, solamente tienen 6,5% y 7,3%, respectivamente.

Por otro lado, el 25 % de la población alcanzó a estudiar educación secundaria, a excepción de las provincias de Cajabamba, Celendín, San Marcos y Hualgayoc, donde el 20 % de la población de 15 de edad estudió este nivel. Además, en las provincias de Hualgayoc, Chota y San Marcos se concentra el más alto porcentaje de población sin nivel de educación (más del 20%).

Sobre el analfabetismo. En la Provincia de Chota, de 108,187 habitantes mayores de 15 años de edad, el 23,58 % son analfabetos, es decir, que 5,688 hombres y 19,828 mujeres no saben leer y escribir. UGEL - Chota (2009-2011).

La población económicamente activa ocupada es de 45,395 trabajadores; mientras que la PEA desocupada es de 2,035 personas. La mayor concentración de la población económicamente activa ocupada se encuentra entre los 30 a 44 años, cuyo total es 15,075 trabajadores, de los cuales 11,597 son hombres y 3,557 son mujeres. La población económicamente activa (PEA) desocupada; mayormente, está entre 15 a 29 años de edad, cuyo total es 1,005 trabajadores.

En el sector urbano, la PEA ocupada es de 11,575 personas y 560 se encuentran desocupadas. En el área rural, la PEA ocupada es de 33,821 personas y la PEA desocupada 1,475 (52).

La ocupación principal de la población chotana es la agricultura y ganadería con un aproximado de 18,519 trabajadores agropecuarios. Le sigue los peones y vendedores ambulantes que suman un total de 15,183 trabajadores. Luego se identifica la carrera

magisterial con un promedio de 3,221 profesores. Asimismo, los obreros y operarios en minas, los obreros de construcción civil, entre otros.

3.2.- Referencial teórico – metodológico.

En el desarrollo de la presente investigación, se ha tenido en cuenta la perspectiva antropológica que resulta necesaria para comprender toda la complejidad de lo relacionado con la salud y la enfermedad pudiendo ayudar a resolver algunas de las interrogantes más urgentes, con una perspectiva propia.

3.2.1.-El abordaje metodológico de la presente investigación es de carácter cuantitativo, lo cualitativo está basado en los resultados producto de la observación participante y de la entrevista etnográfica y se fundamenta en TELLO, C, quien refiere que el abordaje cualitativo produce resultados basados en conversaciones y observación, es un método de las ciencias humanas cuyo proceso es descubrir el significado de un evento en el tiempo (53).

3.2.2.-El método de investigación utilizado es el etnográfico, dentro de una estrategia general de investigación, conocida como observación participante, en la preeminencia de los métodos cualitativos que es lo más sobresaliente. El propósito es llegar a comprender el significado cultural que usan las personas para organizar e interpretar sus experiencias. Este propósito general da dirección a una cultura particular seleccionada para su estudio a la luz de los intereses del investigador.

La etnografía es definida como la rama de la antropología que se interesa por el propio ser humano de acuerdo a las descripciones científicas de los grupos

culturales. Tiene un método de investigación que apunta a descubrir de los voluminosos datos recolectados, a través de la observación participante y de la indagación de informantes claves, es decir, de los participantes y con quienes explora los símbolos, rituales y costumbres en su mundo.

A través de los procesos exhaustivos de observación, discusión, cuestionamiento y validación, el investigador amplía el conocimiento personal de una cultura particular y registra el mundo de los otros como ellos lo conceptualizan.

Considera el continuo del diálogo entre los dos enfoques propuestos llamados emic y etic: el enfoque emic está referido a la semántica y el significado inherente a la organización cultural del conocimiento. En este enfoque, las conceptualizaciones de un grupo particular pueden ser estudiadas y categorizadas en el lenguaje de la propia persona. El enfoque etic puntualiza la “ocurrencia de los eventos”, es decir, las distinciones fenomenológicas son juzgadas apropiadamente por la comunidad de observadores científicos, las afirmaciones etic son verificadas cuando observadores independientes usando operaciones similares llegan a comprender un evento determinado.

3.3.-Presupuestos de investigación.

Los presupuestos teóricos que fundamentan el presente estudio son:

- Los pobladores de la ciudad de Chota definen al proceso salud - enfermedad, cuando realizan sus actividades cotidianas con normalidad, es cuando están bien de salud, y cuando sienten dolencias en el cuerpo y el alma consideran que están enfermos.

- Los pobladores de la ciudad de Chota tratan el proceso salud- enfermedad con prácticas tradicionales familiares, acudiendo a chamanes o curanderos, establecimientos de salud, farmacias, boticas y prácticas de sanaciones (religiosas)
- La percepción del proceso salud - enfermedad de los pobladores de la ciudad de Chota, está dada por su idiosincrasia (costumbres, creencias) y la cosmovisión andina.
- La cultura en relación al proceso salud- enfermedad de los pobladores de la ciudad de Chota está dada por las costumbres expresadas en las prácticas, creencias y costumbres, que tienen que ver con la salud y la enfermedad.

3.4.- Categorías de estudio y su operacionalización.

En el presente estudio se han considerado como categorías: *Percepción del Proceso Salud Enfermedad y la cultura de los pobladores de la ciudad de Chota*. Además, un conjunto de características personales que ayudarán a caracterizar más ampliamente, a los participantes del estudio.

1.-Percepción del proceso salud-enfermedad.

Definición conceptual.

La percepción del dolor o de un malestar está atravesada por una serie de factores que tienen que ver con condiciones estructurales, pero también con la propia experiencia de vida y se inscribe dentro del proceso general de percepción. De la misma manera, la percepción que cada uno tiene de la realidad, se produce de acuerdo al modo y al lugar/situación desde donde se mire.

Las posibilidades de percibir un problema de salud son diversas y están - socioculturalmente condicionadas: factores como la responsabilidad o el rol familiar que la persona desempeñe, así como las prioridades cotidianas y las actividades que realice harán que lo perciba de modo diferente en cada caso (38).

Como señala Fitzpatrick, la idea de enfermedad opera como símbolo que se relaciona con una variedad de experiencias propias de una cultura. Esta significación simbólica no siempre puede expresarse verbalmente, pero su registro es fundamental para comprender el proceso salud-enfermedad-atención. Aún en su expresión oral, requiere de la capacidad de buscar sentido en las expresiones de los otros, elemento esencial de la comunicación humana (38).

Definición operacional: se ha tenido en cuenta los siguientes indicadores:

(Se ha aplicado un cuestionario, el mismo que consta de dos partes, los datos generales del entrevistado y la segunda lo que corresponde a la percepción del proceso salud-enfermedad, cultura y patrones de comunicación).

- Percepción de los pobladores de la ciudad de Chota de lo que significa salud.
- Percepción de los pobladores de la ciudad de Chota de lo que significa enfermedad.
- Cosmovisión sobre el proceso salud enfermedad, de los pobladores de la ciudad de Chota.
- Determinación del perfil de morbilidad de la población de la ciudad de Chota.

- Percepción del proceso salud enfermedad de los pobladores de la ciudad de Chota y su idiosincrasia.

2.-Cultura.

Existen varias definiciones de Cultura, por diferentes autores, tal es el caso de Taylor, que resulta muy amplia por considerar ese todo complejo que incluye conocimientos, creencias, arte, moral, leyes, costumbres y toda la serie de capacidades y hábitos que el hombre adquiere, y por tanto, resulta muy amplia (47). Asimismo, la de García Lara, quien también describe que el proceso salud- enfermedad, es relativo ya que las culturas ni los grupos sociales mencionan las normas parámetros para determinar cuando una persona está sana o no lo está (50).

Por tanto, se optó por esta definición por ser la más viable a los objetivos y presupuestos de la presente investigación, por ser concordante con la visión que tiene la población respecto a la cultura muy adaptable al entorno donde se desarrolló el presente trabajo de investigación, como se va transfiriendo la sabiduría popular a través de las generaciones y también se evidencian los cambios que en ellos se van generando a través del tiempo.

Perdiguero, dice que la cultura es “...un conjunto de guías o reglas tanto implícitas como explícitas y que un individuo hereda como miembro de una sociedad particular, y que le proporciona una visión del mundo y una manera de comportarse en relación con los demás, con las fuerzas sobrenaturales, se admite su existencia, y con el ambiente natural. También proporciona un

modo de transmitir estas reglas a las siguientes generaciones mediante el uso de símbolos, del lenguaje y de rituales” (54).

Definición operacional: esta se ha operacionalizado con los siguientes indicadores:

1.- Costumbres:

Las mismas que han sido operacionalizadas teniendo en cuenta: los comportamientos, creencias y procedimientos para conseguir la recuperación de su salud: prácticas tradicionales familiares, acudiendo a chamanes o curanderos, asistiendo a los establecimientos de salud, farmacias, boticas, asisten a prácticas de sanación (religiosas).

2.- Patrones de comunicación: que se transmite de generación en generación a través de:

- Tradición oral
- Tradición escrita
- Tradición audio visual.

3.5.-Sujeto de investigación.

Los sujetos de investigación son adultos hombres y mujeres tanto de la zona urbana como rural que radican en la ciudad de Chota y que han cumplido con los criterios de inclusión considerados en el proyecto de investigación, dentro de ellos:

- Edad entre 20 a 70 años.
- Sin alteraciones mentales y orientados en espacio, tiempo y persona.
- Sin enfermedades graves, que nos permitan dar las respuestas.

- Adultos que firmaron la hoja de autorización para participar en el estudio y si son analfabetos se consignó su huella digital.

Población del presente estudio está constituida por el total 23 adultos y que corresponden a la zona urbana y periurbana de la Ciudad de Chota.

La muestra es no probabilística y la conforman los 23 adultos de los cuales 13 (56,5%) son varones y 10 (43,5%) son mujeres, alcanzándose esta cantidad, a través de la saturación obtenida en la recolección de la información.

No se presentó deserción de los participantes que fueron seleccionados en el estudio y todos firmaron la carta de consentimiento, asimismo los considerandos en la prueba piloto.

La ciudad de Chota fue dividida en 4 sectores y de cada sector se ha seleccionado personas adultas varones y mujeres, teniendo en cuenta los criterios de selección antes mencionados. Del Sector I (6 participantes); Sector II (6 participantes); Sector III (5 participantes) y Sector IV (6 participantes), teniendo como punto de referencia la plaza de armas de la Ciudad.

3.6.-Técnicas e instrumentos de recolección de la información.

Las técnicas de recolección de datos representaron las herramientas de trabajos necesarias, que nos permitieron recoger la información y verificaron los objetos planteados. La recolección de datos ha estado sujeta al momento más apropiado del grupo que se estudió, donde el investigador no ha interrumpido sus actividades diarias.

El abordaje del presente trabajo fue cuanti-cualitativo. Por tanto, los instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos fueron:

Para lo cuantitativo. La recolección de datos se ha realizado a través de un cuestionario o formulario, que se aplicó en una entrevista a profundidad con preguntas abiertas. El cual se elaboró teniendo en cuenta que esté en relación al tema a investigar sobre percepción del proceso salud – enfermedad, (apéndice 01).

En la primera parte, se ha consignado los datos de identificación del entrevistado (a).

En la segunda parte, se ha tenido en cuenta datos relacionados con la percepción del proceso salud - enfermedad, teniendo en cuenta los siguientes indicadores:

- Percepción de los pobladores de la ciudad de Chota de lo que significa salud.
- Percepción de los pobladores de la ciudad de Chota de lo que significa enfermedad.
- Cosmovisión sobre el proceso salud- enfermedad de los pobladores de la ciudad de Chota
- Determinación del perfil de morbilidad de la población de la ciudad de Chota
- Percepción del proceso salud enfermedad de los pobladores de la ciudad de Chota y su idiosincrasia.

La *Cultura* se ha operacionalizado con los siguientes indicadores: comportamientos, creencias y procedimientos para conseguir la recuperación de su salud.

Para lo cualitativo: se ha tenido en cuenta el desarrollo de las entrevistas etnográficas y la observación participante, las mismas que fueron realizadas en sus domicilios, para contrastar y recabar información según los objetivos

propuestos en el trabajo de investigación. También los testimonios dados por las personas entrevistadas hombres y mujeres, cuando ellas o ellos lo han permitido.

(Se adjunta apéndice 3: entrevista etnográfica y observación participante)

a.- La observación participante.

La observación participante es de suma importancia, especialmente el rol del investigador como participante. Este rol permite observar los escenarios culturales donde acontecen sus actos, relaciones y significados. Estos sistemas de significados constituyen la cultura y la etnografía permite generar la teoría de la cultura, que, a su vez, busca generar y verificar hipótesis para posibilitar otras investigaciones (55).

El observador participante, a diferencia del observador común, se envuelve en las actividades y observa todos los aspectos de la situación con el propósito de registrar y analizar los datos (56).

La observación participante se empleó en todo el proceso de la ejecución del proyecto, la que permitió la aplicación de la entrevista etnográfica. Es decir, que ambas se complementan, para comprender los escenarios de estudio: sociales y culturales de la percepción del proceso salud enfermedad.

b.-La Entrevista etnográfica.

La entrevista es una conversación informal que sucede entre el investigador y el informante. Es una conversación amigable, sin un esquema pre-establecido, en la que la interacción acontece en forma natural y causal y escuchar es más importante que hacer muchas preguntas. Pues, el principio es no incluir al colaborador de la investigación a este tipo de respuestas. La empatía es fundamental en este tipo de

entrevista; posteriormente, continúan las entrevistas en profundidad para validar los dominios culturales (57).

La empatía o intersubjetividad, para Martins, es un acto intencional que permite la penetración mutua de percepciones para la comprensión se muestra en la subjetividad (57).

- La entrevista se ha realizado en sus domicilios, previo consentimiento del entrevistado.
- Antes de la entrevista, las personas hombres y mujeres fueron informados debidamente sobre los objetivos y finalidad del trabajo. Luego se les consultó si están dispuestos a participar. Cada cuestionario ha durado un promedio de 60 minutos, también se ha empleado medios magnéticos previo consentimiento.

Las técnicas de la recolección de datos representaron las herramientas del trabajo necesarias, que nos permitieron recoger la información y verificaron los objetivos planteados. Esta técnica ha estado sujeta al momento más apropiado del grupo a estudiar, (apéndice 02).

3.7.- Comentarios sobre la recolección de la información:

La recolección de la información se la ha realizado de la siguiente manera:

- La ciudad de Chota fue dividida en cuatro sectores (Sector I, II, III y IV); teniendo como referencia la Plaza de armas
- Se identificaron los adultos que participaron en el presente estudio; sector I: 6 participantes; sector II: 6 participantes; sector III: 5 participantes; sector IV: 6 participantes, sumando un total de 23, de los cuales 13 (56,5%) son

varones y 10 (43,5%) mujeres, a través de la búsqueda de los participantes sector por sector en forma aleatoria.

- Se procedió con la entrevista etnográfica con el adulto seleccionado, se buscó la conversación amical, se informó el propósito del trabajo, el adulto firmó la carta de consentimiento para ser sujeto de estudio. La entrevista se inició, asimismo, se observó de manera minuciosa todo lo que corresponde a las diferentes muestras verbales como no verbales.
- Se ha realizado anotaciones en la libreta de campo de las diferentes acciones, asimismo se han ido grabando los diferentes testimonios emitidos por los adultos para luego sistematizarlos.
- Los registros de los procedimientos realizados en la recolección de datos se adoptaron: grabación en MP3 de la entrevista etnográfica y libreta de campo para las observaciones de los participantes. Al término del uso de las técnicas los datos fueron transcritos y agrupados en forma de testimonios.

3.8.-Prueba piloto.

Hay que considerar, que la validez de contenido no puede expresarse cuantitativamente, es más bien, una cuestión de juicio, se estima de manera subjetiva o intersubjetiva empleando, usualmente, el denominado Juicio de Expertos. Se recurre a ella para conocer la probabilidad de error en la configuración del instrumento. Mediante el juicio de expertos se pretende tener estimaciones razonablemente buenas, las «mejores conjeturas». Sin embargo, estas estimaciones pueden y deben ser confirmadas o modificadas a lo largo del tiempo, según se vaya recopilando información durante el funcionamiento del

sistema. Los juicios de expertos se pueden obtener por métodos grupales o por métodos de experto único (60).

Por ser un trabajo de investigación cuanti-cualitativo, se tuvo en cuenta lo siguiente: siendo un total de 23 participantes, se seleccionaron cuatro personas adultas (uno de cada sector), a quienes se les aplicó los instrumentos correspondientes y se procedió de la siguiente manera.

Para lo cuantitativo: se ha empleado un cuestionario con preguntas abiertas, el mismo que ha sido validado por expertos conocedores del tema. Esto permitió reorientar algunas preguntas, que no estaban claras, dando así la conformidad y se editó el cuestionario final. Para asegurar la confiabilidad de la información, el mismo investigador ha sido el que aplicó dicho instrumento, asegurando un 90% de confiabilidad.

En lo cualitativo: se ha realizado una prueba piloto para dar la validez a las preguntas generadoras de debate en un grupo que no forma parte de la población sujeto de estudio. Esta prueba piloto fue aplicada a cuatro participantes se comprobó que las preguntas generadoras de debate se ajusten al objetivo que persigue la investigación.

Teniendo en cuenta que la validez de este instrumento es por el juicio y apreciación de expertos, se sometió a juicio de los profesionales: Dra. Martha Vicenta Abanto Villar, Dr. Luis Chuqilin Cabanillas y de la asesora. Todos ellos docentes principales de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Para su confiabilidad, el instrumento fue aplicado a un grupo de cuatro personas y fue sometido a la prueba de Crombach, cuyo resultado fue de 0,88%, lo que indica que el instrumento es confiable. Por esta razón fue validado para su aplicación.

3.9.- Consideraciones éticas:

La presente investigación se funda en criterios que tiene como objetivo asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, así como el respeto a la autonomía, libertad y privacidad de los participantes, considerándose los siguientes criterios:

3.9.1 En relación a la ética.

Se ha tenido en cuenta los siguientes principios éticos que aseguran la validación del trabajo de investigación:

a- Autonomía:

Los/ las entrevistados han sido independientes en todas sus respuestas, las cuales no han sido influenciadas por parte de otras personas o del investigador.

b- Consentimiento informado:

La finalidad del consentimiento es que los individuos acepten participar en la investigación cuando está concuerda tanto con sus valores y principios, como con el interés que les despierta el aportar su experiencia frente al fenómeno estudiado, sin que esta participación les signifique algún perjuicio moral (58).

Se solicitó la autorización de la persona a entrevistar, a través del documento de consentimiento libre, luego de ser informada o informado en forma clara y concisa del propósito y la modalidad de dicha investigación y con la aceptación de la misma se procedió al recojo de la información, (apéndice 03).

c- Confidencialidad:

Los códigos de ética hacen énfasis a la seguridad y protección de la identidad de las personas que participan como informantes de la investigación. La confidencialidad

se refiere tanto al anonimato en la identidad de las personas participantes en el implica una responsabilidad ética por los efectos y las consecuencias que pueden derivarse de la interacción establecida con los sujetos (58).

La información referida por las personas entrevistadas no podrá ser revelada, es confidencial y se utilizará solo para fines de la investigación.

3.9. 2. En relación al rigor científico:

Está dado por los siguientes criterios que determinarán la fiabilidad de la información:

a.- Credibilidad o valor de la verdad:

Se refiere a la aproximación que los resultados de una investigación deben tener en relación con el fenómeno observado, así el investigador evita realizar conjeturas a priori sobre la realidad estudiada. Este criterio se logra cuando los hallazgos son reconocidos como “reales” o “verdaderos” por las personas que participaron en el estudio, por aquellas que han servido como informantes clave, y por otros profesionales sensibles a la temática estudiada (58).

Es la descripción de tal cual se encontró la información, al momento que se aplicó los instrumentos de recolección de datos: cuestionario y entrevista etnográfica. Este momento es muy importante porque las respuestas que dieron los entrevistados no fueron adulteradas, ni sacadas del contexto para realizar su respectivo análisis.

b.- Aplicabilidad o transferibilidad:

Si se habla de transferibilidad se tiene en cuenta que los fenómenos estudiados están íntimamente vinculados a los momentos, a las situaciones del contexto y a los sujetos participantes de la investigación. La manera de lograr este criterio es a través de una descripción exhaustiva de las características del contexto en que se realiza la investigación y de los sujetos participantes. Dicha descripción servirá para realizar comparaciones y descubrir lo común y lo específico con otros estudios (58).

Se busca aplicar los hallazgos significativos del presente trabajo de investigación en otros contextos donde se encuentren personas pasando por experiencias semejantes

El presente trabajo se realiza en pobladores hombres y mujeres que residen en la zona urbana y peri urbana de la ciudad de Chota, las mismas que cumplan las características consideradas, respetando siempre la originalidad del trabajo de investigación.

c.- Auditabilidad: está referida a la comprensión de los diferentes momentos y la lógica del trabajo de investigación por los lectores o investigadores.

d.- Confirmabilidad:

La confirmabilidad permite conocer el papel del investigador durante el trabajo de campo e identificar sus alcances y limitaciones para controlar los posibles juicios o críticas que suscita el fenómeno o los sujetos participantes (58).

Se ha tenido en cuenta la neutralidad en la investigación. La confirmabilidad garantizará que los hallazgos, conclusiones y recomendaciones estén apoyados por los datos y que exista la evidencia y al mismo tiempo se deba apoyar en la opinión de los expertos.

3.10.-Procesamiento de datos y presentación de la información.

Para el procesamiento de la información se ha tenido en cuenta que el trabajo de investigación es de carácter cuanti-cualitativo; por tanto, para lo cuantitativo, el procesamiento de la información se ha empleado el programa computarizado del SPSS versión 20.00. Los datos organizados se están presentando en cuadros simples, utilizando, además, frecuencias relativas y absolutas, e indicadores estadísticos. Teniendo en cuenta que se aplicó un cuestionario, el mismo que fue verificado y comprobado empleando las pruebas estadísticas correspondientes.

En la fase descriptiva, se ha confrontado los resultados obtenidos en el estudio con los antecedentes, teorías y observaciones hechas por el propio investigador. Se realizó la interpretación, el análisis y discusión de la información recolectada en el trabajo de campo. Se analizó si se lograron los objetivos, se confrontó con las teorías, antecedentes y se trató de justificar las propias observaciones realizadas, los testimonios. La fase inductiva o inferencial se tuvo en cuenta como propósito determinar con qué confianza se puede afirmar que los resultados obtenidos de la población objeto de estudio son válidos para otros estudios.

Para lo cualitativo, se ha tenido en cuenta la naturaleza del objeto de estudio, los datos han sido analizados, es decir, teniendo en cuenta tres etapas; análisis de dominios culturales, análisis taxonómico y análisis de temas, utilizando el método etnográfico (55).

Dominio cultural.

Es la primera unidad de análisis en una investigación de tipo etnográfica, se inicia a partir de la transcripción de los datos en donde los dominios culturales son

identificados. Este dominio es un tipo de situación o suceso particular de un grupo cultural. Se refiere a una categoría de significado cultural que incluye otras categorías menores, entendiéndose por categoría, una clasificación de cosas diferentes que son consideradas como si fuesen equivalentes. De esta forma, una categoría cultural es un tipo de situación o evento particular de una cultura.

La estructura de Dominio, según Spradley, está constituida por tres elementos básicos: un “terminó cubierto o nombre para el dominio; los términos incluidos o categorías menores; y la relación semántica que define los términos incluidos y los sitúa en el dominio cultural (57).

Los dominios identificados en una cultura, según Spradley, deben ser validados por los informantes, esto es hecho a través de preguntas estructuradas según los principios utilizados para formularlas, cuyo objetivo es confirmar o desmentir dominios hipotéticos (57).

Se describen tres tipos de dominios: dominios populares, cuando los términos utilizados son extraídos del lenguaje usado por las personas en una situación social. Dominios mixtos: cuando son utilizados algunas palabras de los informantes, pero también palabras del investigador, para complementar los términos. Asimismo, un término analítico y seleccionado para completar el dominio. y dominios analíticos: cuando más de dos significados culturales permanecen tácitos y se refiere sobre lo que las personas hacen y dicen sobre los instrumentos que ellas usan (56).

Análisis taxonómico.

El análisis Taxonómico es el segundo nivel de análisis de los datos que tiene como meta profundizar y demostrar la organización interna de un dominio. La taxonomía difiere del dominio en apenas un aspecto: muestra la relación entre todos los términos populares de un dominio. Una taxonomía revela subsectores de términos populares y la manera como están relacionados con el dominio como un todo.

Spradley, señala que conforme a la experiencia del investigador se puede optar por el estudio de un análisis superficial de varios dominios, o de un análisis en profundidad de algunos pocos; menciona aún como útil, hacer un estudio en profundidad de algunos dominios sobre los cuales el informante demuestra mayor conocimiento e interés (57).

Asimismo, como un dominio, una taxonomía popular y un sector de categorías organizadas con base en una relación semántica simple (55).

Análisis de tema.

Spradley define Tema Cultural como: “Algún principio cognitivo, tácito o explícito, recurrente de varios dominios y que sirve como relación entre subsistemas de significado cultural”.

Los temas culturales son grandes unidades de pensamiento; ellos contienen un número de símbolos interligados dentro de relaciones de significados. Un principio cognitivo irá a tomar usualmente la forma de una afirmación, siendo algo que las personas acreditan, aceptan como verdadero y válido. Es una afirmación común de la naturaleza de su experiencia.

Los temas son develados a través de la inmersión del investigador en el ambiente cultural, a través de los informantes de los escenarios culturales donde su desarrollo

es una nueva cultura. Es importante también, que durante este periodo el investigador se impregne un poco de esa cultura, con la finalidad de obtener el “insight” necesario para comprender esta obra sociedad (56).

CAPÍTULO V

CUADRO 01: RESULTADOS E INTERPRETACIÓN, DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.

5.1 Percepción sobre el proceso salud enfermedad.

Cuadro 1. Definición del proceso salud enfermedad de los pobladores de la ciudad de Chota, 2011 – 2012

<i>DEFINICIÓN DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD.</i>	Nº	%
Tener salud es:		
❖ Estar sano.	7	30,4
❖ Estar con ganas de realizar las actividades.	1	4,3
❖ Equilibrar sustancias químicas en la alimentación.	1	4,3
❖ Sentirse bien física y psicológicamente.	10	43,7
❖ Estar Libre de agentes infecciosos.	1	4,3
❖ Tener pleno uso de facultades psíquicas, biológicas y sociales.	2	8,7
❖ Encontrarse Tranquilo.	1	4,3
Total	23	100,0
Estar enfermo es:		
❖ Sentir malestares.	7	30,4
❖ Dolencias en el organismo.	7	30,4
❖ No tener defensas.	1	4,3
❖ Sin ánimos de hacer nada.	4	17,4
❖ Tener tristeza.	2	8,7
❖ S/R.	2	8,7
Total	23	100,0
Factores que influyen para estar sano:		
❖ La alimentación, actividad física.	13	56,5
❖ El medio ambiente,	5	21,7
❖ Estar bien con la familia.	2	8,7
❖ Lo Psicológico y emocional.	3	13,0
Total	23	100,0
Factores que influyen para estar enfermo:		
❖ Estar estresado y no hacer ejercicio	2	8,7
❖ El factor emocional negativo	1	4,3
❖ La mala alimentación.	9	39,1
❖ Los medios económicos bajos.	6	26,2
❖ El medio ambiente contaminado	4	17,4
❖ S/R	1	4,3
Total	23	100,0
Las manifestaciones cuando se siente bien de salud son:		
❖ Alegría, buena energía ,concentración	3	13,0
❖ Buen estado de animo	5	22,0
❖ Buena actividad física y mental	1	4,3
❖ El cuerpo se siente activo	1	4,3
❖ Sentirse con ganas de hacer bien las cosas	1	4,3
❖ Hacer las actividades sin ninguna dificultad	7	30,4
❖ Con ganas de trabajar.	1	4,3
❖ No existe malestar.	1	4,3
❖ Tranquilidad, capacidad de trabajar.	3	13,0
Total	23	100,0
Las manifestaciones cuando se siente mal de salud son:		
❖ Decaimiento general.	8	35,0
❖ Desanimo, autoestima baja.	1	4,3
❖ Dolor de cabeza.	5	21,7
❖ Estresado, preocupado.	2	8,7
❖ Falta de apetito.	2	8,7
❖ Malestar del cuerpo, mal humor.	3	13,0
❖ Sin ánimos de trabajar, ni hacer nada.	1	4,3
❖ S/R.	1	4,3
Total	23	100

En el cuadro 01, se muestra que el 43,7 % define a la salud como el estar bien física y

psicológicamente y el 30,4% la define como estar sano.

Respecto a estar enfermo, se observa que mayormente lo define como sentir malestar, el 30,0% y dolencia en el organismo, el 30,7%. Sobre los factores que influyen para tener salud, el 56,5% manifiesta que son la alimentación adecuada, la actividad física, y el 8,7% respondió que otro factor es estar bien con la familia. Asimismo, refirieron que **los factores que influyen para estar enfermo**, son la mala alimentación, el 39,1%; mientras que el 26,2% refirió que eran los medios económicos bajos. El 30,4% manifestó que, cuando **la persona se siente bien de salud**, realiza sus actividades cotidianas sin ninguna dificultad el 30,4%. Asimismo, manifestaron tener buena actividad física y mental, cuando el cuerpo se siente activo, con ganas de trabajar y no existe malestar. En cambio, en **las manifestaciones cuando se sienten mal de salud** (enfermo), el 35,0% dijo sentir decaimiento general, malestar en el cuerpo, mal humor sin ánimo de trabajar, ni hacer nada.

Es importante la referencia respecto a los **factores socio – demográficos de la población participante** según el anexo 3: cuadro 01, el 78,3% de los entrevistados(as) corresponden a la zona urbana; el 21,7%, a la zona rural; el 65,0% no han emigrado a la ciudad de Chota. Del total sólo el 35% son de otros lugares y ahora radican en la ciudad de Chota.

El 56,5% (apéndice 04: cuadro 02), corresponden al sexo masculino y el 45,5% al sexo femenino. De igual manera, en el **grupo de edad**, el 34,8% se encuentran en el grupo etario de 40 – 50 años y el 4,3% entre 50 – 60 años. **El grado de instrucción** en la población entrevistada: el 26,1% tienen grado de instrucción Superior Universitaria completa y el 4,3% primaria incompleta. El 47,8% son casados y el 8,7% convivientes. Con respecto al **tipo de familia**, el 73,9% corresponde a familia nuclear y el 26,1% pertenece a la familia extendida. En cuanto a ser jefe de la familia, el 52,2% no lo son. Respecto a la **ocupación**, el 65,2% son empleados y el 4,3% se desempeñan como

agricultores. En cuanto al **promedio de ingreso económico mensual**, el 39,2% tiene un ingreso económico mayor del mínimo vital y del 30,4% es menor e igual (apéndice 04: cuadro 05).

Además, en el apéndice 04: cuadro 06, con respecto a las condiciones y **propiedad de la vivienda**, el 69,6% mencionó que la vivienda era propia; el 69,6% dijo que la vivienda que tenían era de ladrillo; el 100% de los entrevistados mencionaron que contaban con **servicios higiénicos y abastecimiento de agua potable**; asimismo, el 100% tenían servicio de **energía eléctrica**. En cuanto a la **energía para preparar los alimentos**, el 91,3% manifestó que empleaban y el 8,7%, la leña.

Todo lo expuesto anteriormente a través de los resultados porcentuales es **refrendado por los siguientes testimonios:**

Reinaldo:

De profesión Profesor, 45 años, grado de instrucción universitaria incompleta, estado civil conviviente, con familia nuclear, jefe de familia.

El define: “Tener salud es contar con higiene mental y física, consumir una alimentación balanceada, sentirse alegre con energía positiva y con ganas de trabajar”.

“Y estar enfermo es sentirse mal física, psíquica y mentalmente. Sentir decaimiento general. Además, los factores que influyen para estar sanos son el buen nivel económico, ser disciplinado y no contaminar el medio ambiente. Y los factores que influyen para estar enfermo son los psicológicos, ambientales, sociales y biológicos en forma negativa”.

Juan Carlos:

De profesión empleado, de edad 41 años, grado de instrucción no Universitaria completa, estado civil casado, con familia la nuclear, jefe de familia. *Define tener salud como: “estar sano, tener pleno uso de las facultades psíquicas, biológicas y sociales. Y estar enfermo es padecer algún desorden o mal funcionamiento de uno o varios órganos”.*

“Los factores que influyen para estar sanos son una buena alimentación, una buena autoestima, hábitos alimentarios saludables. Además, los factores que influyen para estar enfermo son los económicos, sociales, malos hábitos alimentarios y en la preparación, higiene y manipulación de los alimentos. Además, ha habido cambios considerables en la producción de alimentos, hoy se hace con una mayor cantidad de productos químicos. Anteriormente, las enfermedades se prevenían con una alimentación sana, libre de productos químicos. Cuando se siente bien de salud está con buen ánimo, activo, cordial, etc. Cuando se siente mal de salud está con desánimo, no se siente con ganas de realizar ninguna actividad”.

“Estar enfermo, es padecer alguna enfermedad tener malestar físico o mental que no le permita realizar las actividades cotidianas. Creo que se enferma por una mala alimentación, estrés, factores del medio ambiente que favorecen el desarrollo de las enfermedades. Se cura mediante atención médica especializada de acuerdo a la dolencia que padezca. Para estar bien de salud hago actividad física y buena alimentación”.

Andy Roger:

20 años, grado de instrucción no universitaria completa, estado civil casado, con familia familiar nuclear, jefe de familia, de ocupación empleado.

“Estar sano es estar con una buena condición de salud y estar enfermo es estar mal de salud, sin ánimos de hacer nada. Los factores que influyen para estar

sanos son buena alimentación, cuidándose y realizar chequeos médicos. Los factores que influyen para estar enfermo son: mala alimentación y descuido personal”.

Maximino:

Cesante sector agrario, 64 años. Grado de instrucción secundaria completa, estado civil casado, familia extendida, jefe de familia.

“Estar sano es encontrarse libre de agentes infecciosos. Estar enfermo para mí es lo contrario de buena salud. Y los factores que influyen para estar enfermo son: medio ambiente, agua y alimentos”.

Yulisa:

Estudiante, 28 años de edad está estudiando secundaria, soltera, de familia extendida.

“Tener salud: es estar sana, con un estado completo de bienestar físico, mental y social. Y estar enferma es como el estado anormal, la persona no se siente bien tiene dificultades”.

“Los factores que influyen para estar sanos es el ejercicio físico para conservar la salud y recobrar la salud, más fuerzas para hacer las cosas y para estar enfermos los factores que influyen son estar estresados, no hacer ejercicios, no salir estar encerrado. “Además, cuando uno se siente bien de salud las manifestaciones son: tener ganas de hacer nuestras actividades sin ninguna dificultad, cuando uno se siente mal de salud, uno se siente anormal, duele algo en el cuerpo”.

Rosa:

De profesión profesora, 30 años, grado de instrucción universitaria completa, estado civil casada, familia nuclear, jefe de familia.

“Salud es estar sano no sentir ningún malestar, gozar de una buena salud, vivir en un ambiente sano, gozar de todas las ventajas de la medicina natural. Estar enfermo es sentir malestar, tener dolores, tener una vida agotada”.

“Los factores que influyen para estar sanos son el medio ambiente, la alimentación. Los factores que influyen para estar enfermo son la contaminación ambiental, la alimentación con insecticidas, la explotación minera. Cuando uno se siente bien de salud las manifestaciones son buen desempeño laboral, mejor estado anímico mejor, ganas de trabajar adecuadamente. Cuando se vive mal de salud se siente malestares físicos y anímicos”.

Kelly:

Edad 21 años, grado de instrucción universitaria incompleta, estado civil soltera, familia extendida, no es jefe de familia, estudiante. *“Salud es estar sano, bien con uno mismo, estar tranquila y se siente bien. Estar sana es encontrarse alegre, con ganas de poder realizar una serie de actividades físicas, sociales, entre otros. Y estar enfermo es encontrarse decaída sin ganas de realizar ninguna actividad física o social”.*

“Son factores que influyen para estar sanos el psicológico y emocional. Cuando uno se siente bien de salud las manifestaciones son alegría, ganas de querer hacer todas las tareas. Cuando me siento mal estoy desanimado, sin ganas de hacer las cosas y con la autoestima baja”.

Los resultados nos revelan que, desde los inicios de la humanidad, el hombre en su cosmovisión, manejó el concepto de salud y enfermedad de tal forma que el hombre tenía que convivir con todos los elementos porque de allí dependía su vida saludable, podía

garantizar su supervivencia como ser individual y colectivo. Y según Beldarraín, afirma que el proceso salud – enfermedad, en los últimos tiempos, ha sufrido modificaciones importantes, los diversos sistemas de salud han aceptado el papel de la cultura y la cosmovisión de cada comunidad en las definiciones de salud y enfermedad, así como en la forma de enfrentarse a los mismos. A su vez, la práctica médica poco a poco ha ido incorporando cada vez más, a la práctica del médico, elementos de la herbolaria (7).

Se puede contrastar según lo referido por Guerrero, quien refiere que la salud opera en oposición a la enfermedad, se encuentra sano quien no ha desarrollado ninguna dolencia sintomatología. Y según Mayori, la enfermedad es en primer lugar la expresión y la toma de conciencia personal de una alteración psicosomática vivida como desagradable e incapacitadora. Así lo refieren los testimonios citados por las personas que intervinieron en el presente estudio, donde relacionan a la enfermedad como producto o resultado de la intervención de un agente externo al organismo altamente patógeno causante de la enfermedad (59).

También son concordantes las expresiones al definir la salud y la enfermedad muy de acuerdo con lo que cita García Lara, quien describe de manera muy diversa y su significado está asociado a la cosmovisión del grupo que trate y con respecto al concepto de salud y enfermedad, el mismo que es relativo, ya que no todas las culturas ni los grupos sociales manejan los mismos parámetros para determinar cuando una persona está sana o no lo está, fundamento biológico que ha sido interpretado. Según Moreno. La Antropología de la especialización se constituye a partir de reorganizar en un nuevo campo como es el caso de la Antropología médica, de los cuales destaca la relación entre

lo cultural y lo biológico y su énfasis de denotar su plasticidad y capacidad de diferenciación del ser humano (23).

Según los registros de las referencias podemos observar que la idea de la salud es una idea que se traduce en el “equilibrio dinámico “entre el hombre y su medio ambiente e incluyen algunos factores, unos favorables, otros desfavorables u adversos; su salud depende del ajuste dinámico de su organismo al entorno también concordante con lo citado por Vega (25).

Esto es contrastable con los testimonios donde los entrevistados identificaron los factores que influyen para estar sanos como el consumir una alimentación balanceada, realizar actividad física y estar bien con la familia y otros factores que influyen para estar enfermos, tales como la mala alimentación, además los medios económicos bajos.

Resulta de vital importancia hacer un comentario respecto a los *factores socio – demográficos de la población participante*, ya que la población migra de un lugar a otro y con él o ella se va sus costumbres, prácticas creencias entre otros aspectos que intervienen dentro de lo cultural. Los resultados demuestran que el 35% son de otros lugares y ahora radican en Chota. Por tanto, la visión que ellos tienen del proceso salud – enfermedad es diferente, interviniendo el nivel instrucción, la edad, el tipo de familia y el promedio de ingreso mensual, de ellos dependen el nivel y calidad de vida de los pobladores. En la salud y la enfermedad intervienen los servicios tanto de agua potable como alcantarillado y en este aspecto es positivo para la población por que el 100% de los entrevistados cuentan con estos servicios los que son aspectos favorables.

Así, la salud se entiende actualmente, como un concepto multidimensional que abarca no sólo la ausencia de enfermedades sino también el bienestar físico y mental. Además, los estilos de vida, las oportunidades y los sentimientos, lo cual hace que las personas estén

más integradas y que puedan vivir y disfrutar la vida. La salud o la enfermedad reflejan calidad de vida de las personas, sus características personales y hereditarias; y principalmente, la interacción entre la persona y la sociedad. Los entrevistados manifestaron algunas manifestaciones cuando se está con salud como, tener ganas de realizar las actividades, tener buena actividad física y mental y las manifestaciones cuando uno está enfermo sentir decaimiento, malestar general, mal humor, sin ánimo de nada.

Y como señala Fitzpatrick, la idea de enfermedad opera como símbolo que se relaciona como una variedad de experiencias propias de una cultura. Esta significación simbólica no siempre puede expresarse verbalmente, pero su registro es fundamental para comprender el proceso salud – enfermedad. Aún en su expresión oral, requiere de la capacidad de buscar sentido en las expresiones de los otros, elemento esencial de la comunicación humana (38).

Antropológicamente, la concepción de salud y enfermedad depende de las definiciones que el común de la gente tenga sobre su padecimiento las que condicionarán los tipos de ayuda a buscar. Existe un complejo mundo de creencias y valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud que interaccionan permanentemente con la medicina oficial y que dan cuenta no sólo de las modalidades de gestión de la salud, sino también de la relación que el sujeto tiene con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre, y con el conjunto de los servicios sanitarios, entre otros aspectos (25).

Es importante destacar que la Antropología Social en el Perú, se está abriendo campo en la salud para poder entender el proceso salud enfermedad, esto va desde el diagnóstico del paciente, tratamiento y la recuperación. Y el aporte más importante de la Antropología

a la salud, es que ha logrado hacerles entender que se deben tener en cuenta para el tratamiento de cualquier enfermedad a su medio cultural, y físico.

Lo que plantea la Antropología Social es que a lo largo del devenir histórico de la sociedad siempre ha habido una perspectiva histórica desde la antigüedad en la que predomina la idea de que la salud es una condición que traduce el “equilibrio dinámico” entre el hombre y su ambiente. Hay ahora cabal convicción que desde antes de la etapa embrionaria el hombre sostiene una perenne confrontación con innumerables factores: unos favorables, otros adversos; su salud depende del ajuste dinámico de su organismo al entorno (25).

Para los pobladores de la ciudad de Chota, culturalmente, tener salud es: estar sano, estar con ganas de realizar las actividades, equilibrar sustancias químicas en la alimentación, sentirse bien física y psicológicamente, estar libre de agentes infecciosos, tener pleno uso de facultades psíquicas, biológicas y sociales, encontrarse tranquilo.

Se puede decir, que esta definición de salud es tal cual lo definen los pobladores de la ciudad de Chota, y por lo tanto, los profesionales en salud deben adecuar las definiciones de lo que es estar sano, y así se logrará entender en su verdadero contexto cultural. Y será la sociedad quien de acuerdo a su cosmovisión dará el tratamiento respectivo a dicho mal o enfermedad, utilizando para ello elementos culturales que se encuentran en el medio bio psico social.

El tratamiento de la enfermedad continúa cuando la familia participa en dicho proceso salud – enfermedad. Para la Antropología, la participación de la institución de la familia en el tratamiento de un paciente es muy importante ya que significa el cuidado, tratamiento y recuperación del paciente. Estos tres elementos se caracterizan por la participación del conjunto de la familia con rasgos de espiritualidad, es decir, que la

familia en conjunto realizará algunas oraciones a Dios todo poderoso, para que el paciente se mejore. Del mismo modo, la familia en algunos casos recurrirá al poder curativo de los hechiceros, chamanes, brujos, curanderos o herbolarios, para que el paciente no muera. Es decir, que la familia juega con estos elementos culturales, para encontrar el equilibrio del paciente con la naturaleza, religioso y mítico. En otras palabras, el tratamiento médico – hospitalario de la enfermedad, es complementado en el hogar.

Cuadro 02. Principales enfermedades que se presentan en la ciudad de Chota, 2011

– 2012.

<i>PRINCIPALES ENFERMEDADES QUE SE DAN EN LA CIUDAD DE CHOTA</i>	Nº	%
Presión alta.	2	8,7
Cáncer.	4	17,4
Desnutrición infantil.	1	4,3
Enfermedades diarreicas agudas.	4	17,4
Infecciones respiratorias agudas.	10	43,4
Tuberculosis.	2	8,7
Total	23	100,0

En el cuadro 05, en cuanto a las principales enfermedades que se presentan en las personas de la ciudad de Chota, se observa que, el 43,4% son enfermedades respiratorias; le sigue el 17,4% que corresponden al cáncer y enfermedades diarreicas agudas, respectivamente; el 8,7% presentan hipertensión arterial alta, y tuberculosis; y el 4,3%, desnutrición infantil.

Los resultados encontrados en el presente estudio difieren de lo referido por el Ministerio de Salud, que cita como enfermedades frecuentes en la ciudad de Chota, las infecciones respiratorias agudas con el 35,9%, a diferencia de lo encontrado en nuestra ciudad que corresponde al 43,4%. En cuanto a otras enfermedades, cita a las parasitarias con el 7%; enfermedades de la piel y el tejido sub cutáneo, el 6,5%; enfermedades del sistema osteomuscular, el 5,8%; enfermedades intestinales, el 5,8%; enfermedades del aparato digestivo, el 5,3%; enfermedades del aparato urinario, el 4,9%; enfermedades de la cavidad bucal, glándulas salivales, maxilares, el 4,7%; enfermedades del sistema

nervioso, el 3,2%; y trastornos del ojo y sus anexos, el 2,6%. Estos indicadores son referidos por la DISA - Chota.

Asimismo, la Dirección de Salud de Chota, DISA Chota, reporta como la primera causa de muerte en niños menores de 5 años, las enfermedades respiratorias (neumonías) y el retardo en el crecimiento fetal con 22,2% y las enfermedades infecciosas intestinales con un 9,2% (51).

Otra información brindada por la Encuesta Nacional de Salud 1997, acerca de la morbilidad y estado de salud de la población, el 9% de los encuestados considera que su salud es mala o muy mala. Esta prevalencia permanece muy estable entre 7 y 9%, a lo largo de las diferentes encuestas realizadas (1987, 1993, 1995, 1997). La percepción de las personas respecto a su estado de salud refleja diferencias notorias; así, la perciben como muy buena, los que han finalizado estudios universitarios (3%); en cambio, la perciben como mala, el grupo sin estudios (22%). Las principales dolencias han sido: artrosis, reumatismo, dolor de espalda y lumbago, el 26,4%; fracturas, traumatismos, luxaciones, ligamentos y huesos, el 16,5%; enfermedades cardiovasculares, el 9,5%, gripes catarrros y anginas; el 8,8%; enfermedades del aparato respiratorio que no sean gripe, el 7,6% (27).

El Estado Peruano, a través del Ministerio de Salud, Según Almaguer, maneja un solo esquema de atención basado en el paradigma biologista y mercantilista que se caracteriza por ser curativo y recuperativo, a lo cual se suman otros elementos propios de la administración tradicional, y se caracteriza por ser vertical, burocrática, no se descentraliza. Además, el Ministerio de salud considera que la sociedad peruana es homogénea y esto se refleja en las respuestas de los entrevistados en lo que concierne a morbilidad (12).

Cuadro 03. Intervención en el proceso salud – enfermedad de los pobladores de la ciudad de Chota, 2011 – 2012.

<i>INTERVENCIÓN EN EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD DE LOS POBLADORES DE LA CIUDAD DE CHOTA.</i>	Nº	%
Cuando se encuentra enfermo (a) se cura: Acudiendo a ES SALUD.	3	13,0
Directo al hospital para consulta	2	9,0
Masajes a las extremidades	1	4,3
Con medicamentos naturales	3	13,0
Recurriendo al médico y tomando medicina	2	8,7
No se enfermó	6	26,0
Acudiendo a la farmacia	6	26,0
Total	23	100,0
Se curó de dicha enfermedad: Acudiendo a una botica y adquiriendo medicamento	3	13,0
Adquiriendo medicamentos farmacéuticos o caseros	2	8,7
Asistiendo al centro de salud	1	4,3
Operación y tratamiento	2	8,7
S/R	8	34,8
Tratamiento medico	7	30,4
Total	23	100,0
Las enfermedades se curaban anteriormente: Con alimentos libre de productos químicos	1	4,3
Con medicina natural	21	91,3
Consultando a un farmacéutico o medicamentos caseros	1	4,3
Total	23	100,0

En el cuadro 03, se observa respecto a la intervención en el proceso salud - enfermedad por parte de los pobladores de la ciudad de Chota que, cuando se encuentran enfermos, el 26,0% se cura; el 26,0% acude a la farmacia; el 13,0 % consume medicamentos naturales; y el 4,3% practica los masajes en las extremidades.

Asimismo, refieren los entrevistados que se curaron de las enfermedades que padecen, el 30,4% con tratamiento médico, y el 4,3% asistiendo al Centro de Salud.

Igualmente, refirieron que se curaban las enfermedades con medicina natural, el 91,3%; el 4,3% con alimentos libres de productos químicos y consultando a un farmacéutico o empleando medicamentos caseros. Los testimonios nos refieren que cuando se enferman, los profesionales generalmente acuden a Es Salud. Si se encuentran asegurados en el Ministerio de salud acuden a tratarse en el Hospital de Apoyo Chota José Soto Cadenillas y otros se tratan en su casa tomando infusiones de plantas medicinales.

Así el proceso salud – enfermedad es una construcción individual y social mediante el cual el sujeto aborta sus padecimientos, que condicionan los tipos de ayuda. Buscar la percepción de este complejo proceso personal y subjetivo solo puede comprenderse conceptualizado en el universo de creencias, valores y comportamientos de cada persona, así como de las condiciones materiales de vida.

Concordante con Ortega, quien manifiesta que, con respecto a los métodos y remedios utilizados por el usuario de los servicios de salud, se observa que el 61,8% acude a un médico general y el 42,5% utiliza remedios caseros. Además, los usuarios del servicio de salud que corresponden al 46,5%, consideraron que el dolor debe atenderse inmediatamente, que la brujería o las envidias no pueden enfermarlo, lo afirmó el 79,1% y que no es efectivo tratarse con un espiritista o brujo para curar las enfermedades lo dice el 89,9% (25).

La forma como la persona percibe, experimenta y enfrenta su enfermedad, es la experiencia personal, interpersonal y cultural de la patología, las creencias de la enfermedad son parte de las ideas que cada grupo tiene acerca de cómo se ubica en la existencia humana, además de explicar la enfermedad la cultura moldea la experiencia de los síntomas (25).

En México, como fruto de la diversidad cultural, existen diversos grupos de población con diferentes concepciones de la salud y la enfermedad y distintas maneras de abordarlas. (Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural) (24).

En los diferentes grupos de población, se encuentran formas particulares de percibir y manejar la salud, la enfermedad y el dolor y sus prácticas de curación van de la mano con la cultura de las personas.

La cultura se refiere a las acciones dirigidas a ayudar, apoyar o capacitar a otro individuo (o grupo) con necesidades reales o potenciales a aliviar o mejorar la situación humana o modo de vida (25).

Cuadro 04. Percepción del proceso salud enfermedad de los pobladores de la ciudad de Chota, 2011 – 2012.

<i>Percepción del proceso salud - enfermedad</i>	N°	%
Las enfermedades de hoy son iguales a las de 10 años atrás:		
❖ Si	2	8,7
❖ No	21	91,3
Total	23	100,0
Las enfermedades se dan por:		
❖ Tipo de actividad.	2	8,7
❖ Alimentación no adecuada.	2	8,7
❖ Mayor presencia de enfermedades crónicas, difíciles de curar.	2	8,7
❖ Por la contaminación ambiental	6	26,0
❖ Producción de alimentos a base de químicos	7	30,5
❖ S/R	4	17,4
Total	23	100,0
Ha sufrido de alguna enfermedad con anterioridad:		
❖ Si	15	65,2
❖ No	8	34,8
Total	23	100,00
Hace cuánto tiempo:		
❖ 01-02 años	05	21,7
❖ 03-04 años	04	17,4
❖ 05-06 años	01	4,3
❖ 07-08 años	02	8
❖ 08-09 años	01	4,34
Total	23	100,0
Enfermedad que sufre actualmente:		
❖ Cálculos a la vesícula	1	4,3
❖ Dolor de cabeza	1	4,3
❖ Faringitis	1	4,3
❖ Gripe	3	13,0
❖ Infección intestinal	1	4,3
❖ Infección prostática	1	4,3
❖ Presión arterial alta	2	9,0
❖ Quiste en el ovario	1	4,3
❖ Varices	1	4,3
❖ S/R	11	47,8
Total	23	100,0
Se encuentra enfermo (a) por:		
❖ Medio ambiente contaminado	4	17,4
❖ Desordenes en la preparación de los alimentos	1	4,3
❖ Factor hereditario	1	4,3
❖ Mala función fisiológica	1	4,3
❖ Por demasiado esfuerzo físico	2	8,7
❖ Por desarreglo	2	8,7
❖ Por preocupaciones del estudio	11	47,8
Total	23	100,0

En el cuadro 04, con respecto a la percepción del proceso salud – enfermedad de la población entrevistada, se observa que el 91,3% manifestó que las enfermedades de hoy no son iguales a las de 10 años atrás y solo el 8,7% respondió que sí lo son. Además, el 30,5% indicó que las enfermedades se dan por producción de alimentos a base de químicos; el 8,7% por el tipo de actividad, por una alimentación no adecuada y mayor presencia de enfermedades crónicas, difíciles de curar.

De total de entrevistados (as), el 66,2% respondió haber sufrido enfermedades con anterioridad y el 34,8% no haber sufrido enfermedad alguna. Respecto al tiempo, el 21,7% se enfermó entre 01 – 02 años; el 117%, entre 03 y 04 años; el 4,3 %, entre 05 y 06 años; el 8,0%, 07 y 08 años; y el 4,34%, entre 08 y 09 años.

En cuanto a las enfermedades que sufren actualmente, el 13,0% manifestó que sufre de procesos gripales; el 4,3%, cálculos a la vesícula, dolor de cabeza, faringitis, infección intestinal, infección prostática, presión arterial alta, quiste en el ovario y várices.

Sobre el porqué se encuentran enfermos, el 17,4% manifestó que era por el medio ambiente contaminado; el 4,3 %, por desórdenes en la preparación de alimentos, por factor hereditario, mala función psicológica, por preocupaciones familiares del estudio, entre otras.

Esto es refrendado por los siguientes testimonios:

Reinaldo:

“Las enfermedades de hoy no son iguales a las de 10 años atrás, porque ahora en día hay mayor contaminación. Por tanto, los productos están contaminados por la utilización de productos químicos en la agricultura y ganadería”.

Andy Roger:

“las enfermedades de hoy no son iguales a los de 10 años atrás, porque ahora los alimentos están con muchos productos químicos y tiempos climáticos cambiantes”.

Juliza:

“las enfermedades de hoy no son iguales a la de 10 años atrás, porque antes se alimentaban mejor y ahora la alimentación es mala”.

Rosa:

“las enfermedades de hoy no son iguales a las de 10 años atrás, porque cada vez se presentan nuevas enfermedades, las cuales son difíciles de sanar y son contagiosas volviéndose en un foco endémico y pandémico. Además, anteriormente se curaban con remedios naturales, menos antibióticos porque las enfermedades son cada vez más fuertes”.

Kelly:

“las enfermedades de hoy no son iguales a los de 10 años atrás, porque no se han conocido muchos virus como hoy. Anteriormente, se curaban a base de hierbas naturales”.

De total de entrevistados (as), el 66,2% respondió **haber sufrido enfermedades con anterioridad** y el 34,8% no haber sufrido enfermedad alguna. Respecto al tiempo, el 21,7% se enfermó entre 01 – 02 años; el 4,3%, entre 05 – 06 años y 08-09 años, En cuanto a las enfermedades que sufren actualmente, el 13,0% manifestó que sufre de procesos gripales; el 4,3%, cálculos a la vesícula, dolor de cabeza, faringitis, infección intestinal, infección prostática, presión arterial alta, quiste en el ovario, várices. Sobre el porqué se encuentran enfermos, el 17,0% manifestó que era por el medio ambiente contaminado; y

el 4,3 %, por desórdenes en la preparación de alimentos, por factor hereditario, mala función psicológica, por preocupaciones del estudio.

Esto es refrendado por algunos testimonios:

Reinaldo:

“He sufrido una enfermedad hace 14 años, me diagnosticaron celulitis, creo que me enfermé por una infección que comenzó en una pequeña herida, se curó acudiendo a Es Salud porque soy asegurado; además creo que me enfermé anteriormente por contagio directo con órganos patógenos”.

“Actualmente, sufro de várices, es por el trabajo que realizó como docente y estuve mucho tiempo de pie. Además, cuando me encuentra enfermo me curo de forma natural, para las várices masajes y en las extremidades inferiores para la circulación de la sangre, y cuando me siento mal de salud siento decaimiento general del cuerpo y se presenta deficiencia de algunos órganos”.

Yuliza:

“Me he enfermado antes, hace dos años atrás, sufrí de derrame por muchas preocupaciones, me curé acudiendo al centro de salud ahí me dieron una receta para mi tratamiento. Creo que me enfermé anteriormente por mucha preocupación por la separación de mis padres al venir a vivir a Chota”.

Kelly:

“Me enfermé hace 2 años aproximadamente, sufrí de gastritis aguda, creo que me enfermó por la falta de consumo de agua hervida en abundancia, me curó con medicamentos y recetas dadas por un profesional médico”.

“Actualmente, no padezco de infección intestinal, creo que las personas se enferman por la falta de consumo de agua hervida, por el cambio de clima, entre otros”.

Así, los distintos grupos sociales prestan diferente atención a los procesos mórbidos de acuerdo a su propia vinculación con su cuerpo. La percepción del dolor o de un malestar está atravesada por una serie de factores que tienen que ver con las condiciones estructurales, pero también con la propia experiencia de vida y se inscribe dentro del proceso general de percepción. La percepción que uno tienen de la realidad, se produce de acuerdo al modo y al lugar/ situación desde donde se mire. Sin embargo, estos son aspectos poco considerados al momento de intervenir desde el sistema formal de salud, ya que representan un corte en un proceso que no siempre es visualizado por el profesional. Antes de que la persona efectúe la demanda y utilice el servicio sanitario, muy probablemente haya realizado algún tipo de acción, que responde a lo que denomina auto cuidado (37).

Este comportamiento responde a la percepción del problema, y tiene que ver con su cosmovisión personal, acerca de lo que es estar sano o enfermo. Esto desencadena prácticas, de las cuales sólo puede ser utilizado por el sistema de salud. Este recorrido previo a la demanda, no solo no es tomado generalmente en cuenta por el personal de salud, sino que en muchas ocasiones la “mirada” del paciente acerca de su problema, se relativiza como dato a considerar. Sin embargo, a pesar de la importancia que pueda significar para el paciente el diagnóstico y la propuesta de tratamiento sobre su dolencia, esa persona de vuelta a su casa y en su medio, tomará o dejará las prescripciones dadas por el profesional de acuerdo a sus posibilidades de cumplimiento, pero también según su propia interpretación de lo que tienen que hacer.

Cuadro 05. Percepción del proceso salud enfermedad de los pobladores de la ciudad de Chota 2011 – 2012.

<i>Percepción del proceso salud enfermedad</i>	Nº	%
Cree usted que las personas se enferman por:		
❖ Cambio de clima	7	30,4
❖ Enfermedades hereditarias	1	4,3
❖ Hábitos alimenticios inadecuados	3	13,0
❖ Por alimentos con químicos	1	4,3
❖ Por desconocimiento de prácticas de buena salud	4	17,4
❖ Depresión	2	8,7
❖ Porque no cuidan de su salud	2	8,7
❖ S/R	3	13,0
Total	23	100,0
Razones para que se enferme:		
❖ Consumo de agua contaminada	2	8,7
❖ Descuido en la alimentación	2	8,7
❖ Descuido en mi salud	1	4,3
❖ Cambio de clima	4	17,3
❖ Falta de aseo de vendedores de comida	1	4,3
❖ Infección de una herida	1	4,3
❖ Picazón de un animal	1	4,3
❖ Preocupaciones	2	8,7
❖ S/R	9	39,1
Total	23	100,0
Porque cree que se enfermó anteriormente:		
❖ Contagio directo	1	4,3
❖ Desorden alimenticia	5	21,7
❖ Muchas preocupaciones	2	8,7
❖ Por cambio de clima	3	13,0
❖ La contaminación	3	13,0
❖ Por pocas defensas	1	4,3
❖ S/R	8	35,0
Total	23	100,0

En el cuadro 05, en relación al proceso de salud enfermedad, el 30,5% de los entrevistados (as) cree que las personas se enferman por el cambio de clima; mientras que el 4,3%, por enfermedades hereditarias y por consumo de alimentos con químicos.

Entre las razones por las que se enferma la población, el 17,3% cree que es el cambio de clima; pero, el 4,3% por descuido en su salud, desaseo de los vendedores de alimentos, infección de una herida y por picazón de un animal.

El 21,7% manifestó que se enfermó anteriormente por desorden alimenticio; y el 4,3%, contagio directo y por pocas defensas.

Esto es refrendado por algunos testimonios:

Reinaldo:

“Creo que las personas nos enfermamos por el trabajo, desaseo, contaminación del medio ambiente, el clima o cambios climáticos, la escasez de ingresos económicos en las familias. Para mí las enfermedades que se dan en la ciudad de Chota son: gripe, tos, diarrea, artritis, osteoporosis y gastritis. Anteriormente, las enfermedades se curaban con la medicina natural. Cuando uno se siente bien de salud está alegre, con energías positivas”.

Juan Carlos:

“manifiesta no haber sufrido alguna enfermedad. Creo que las personas se enferman por desconocimiento y práctica de salud. Para mí las enfermedades que se dan en la ciudad de Chota son: Iras, Edas. Las razones por lo que la población se enferme son: la mala alimentación, desconocimiento en la preparación, higiene y manipulación de alimentos”.

Andy Roger:

“No he sufrido enfermedad alguna. Actualmente padezco de resfríos. Creo que estoy enfermo por el cambio de clima, me curo acudiendo a la farmacia para en donde me expenden medicamentos genéricos”.

Rosa:

“Creo que, últimamente, la gente se enferma por el abuso de las comidas chatarras, bebidas alcohólicas, fumar cigarrillos y diferentes desórdenes”.

Los resultados muestran que la percepción del proceso salud – enfermedad, está fuertemente mediada por las condiciones materiales de vida y por la valoración de la salud en un contexto socio cultural. La resolución de los problemas cotidianos como el trabajo y la alimentación, fundamentalmente, opaca la percepción de un problema

de salud, especialmente, en los adultos siendo los niños/as los sujetos de mayor atención (26). La percepción de las personas respecto a los problemas de salud es concordante con lo citados por la Encuesta nacional de salud, donde las principales dolencias han sido las artrosis, reumatismo, enfermedades cardiovasculares como la presión alta, gripes, catarros, enfermedades del aparato respiratorio.

Asimismo, refieren que se curan acudiendo a la farmacia, consumiendo medicamentos naturales, con práctica de masajes en las extremidades. También, que se curaron de las enfermedades que padecían con tratamiento médico, asistiendo al Centro de Salud. Además, hicieron referencia el 91,3%, que las enfermedades de curaban anteriormente con medicina natural, y con alimentos libres de productos químicos y consultando a un farmacéutico o medicamentos caseros.

La Antropología sociocultural elimina la dimensión biológica de la etnografía y el análisis de los padecimientos, dejando a la enfermedad y a la mortalidad en términos de consecuencias biosociales, al concentrar el interés casi, exclusivamente, en el orden simbólico (23).

La vigencia de una Antropología centrada en las representaciones y no en las prácticas permitía separar la dimensión de las creencias de las consecuencias y de ahí se dedujera la ineficacia de las estrategias curativas tradicionales. De tal manera, que corrientes teóricas encontradas entre sí, coincidieron en la no descripción del problema y saberes sociales a través de los cuales podían cuestionarse la negatividad de determinadas formas de vida.

Cuadro 06: Prácticas: Hábitos en relación al proceso salud- enfermedad, de los pobladores de la ciudad de Chota, 2011 – 2012.

<i>Prácticas: Hábitos en relación al proceso salud- enfermedad</i>	N°	%
Realiza habitualmente ejercicios físicos.		
Si	20	87,0
No	3	13,0
Total	23	100,0
Los realiza porque,		
Nos mantiene más activos, nos mantiene relajados	7	30,4
Para mantenerse sano ayuda a mantener buena salud	13	56,5
No realiza ejercicios	3	13,0
Total	23	100,0
Los ejercicios que realizan son:		
Abdominales, caminatas	3	13,0
Baile, aeróbicos	1	4,3
Bicicleta	4	17,4
Caminatas, paseo	11	48,0
Ciclismo	1	4,3
No realiza ejercicios	3	13,0
Total	23	100
El tiempo que realiza los ejercicios físicos son:		
01-30 minutos/día	13	56,5
una vez a la semana	7	30,4
Ninguno	3	13,0
Total	23	100,0
Cuántas horas al día duerme		
3 a 4 hrs	4	17,4
4 a 5 hrs	2	8,7
5 a 6 hrs	3	13,0
6 a 7 hrs	8	34,8
7 a 8 hrs	6	26,0
Total	23	100,0
Ingiere bebidas alcohólicas		
Nunca	3	13,0
A veces	20	87,0
Total	23	100,0
Consume cigarrillos		
Nunca	20	87,0
A veces	3	13,0
Total	23	100,0
Los alimentos que consume con mayor frecuencia; en el desayuno		
Harina, soya, café, pan huevos,	1	4,3
Avena, soya, leche, pan ,tamales	6	26,0
Leche, frugo, pan, mantequilla, mermelada	1	4,3
Pan, huevos, soya, leche, caldo verde	2	9,0
Pan. huevos, leche, café, jugo	13	56,4
Total	23	100,0
Los alimentos que consume con mayor frecuencia; en el almuerzo		
Arroz, papa, carne, verduras, pescado frutas	4	17,4
Arroz. pollo, papa, menestras, olluco	1	4,3
Menestras, alverjas, tallarín, frejoles, pollo	13	56,4
Verduras, avena, hierbas naturales	5	21,8
Total	23	100,0
Los alimentos que consume con mayor frecuencia; en la cena son:		
Arroz, sopa, café	7	30,4
Avena, leche, pan	5	21,8
Café, pan	8	34,8
Pollo ,jugos	3	13,0
Total	23	100,0

En el cuadro 06, en lo referente a las prácticas: hábitos en relación al proceso salud – enfermedad, se observa que, el 87,0% realizaron habitualmente ejercicios físicos; en cambio, el 13%, no. Los realizan para mantenerse sanos, el 56,5%; y el 30,4% para mantenerse más activos y relajados. En cuanto al tipo de ejercicios que realizan, el 48,0% realiza caminatas, paseos; y el 4,3% bailan, hacen aeróbicos y practican el ciclismo.

Referente al tiempo que realizan los ejercicios físicos, el 56,5% respondió de 10 – 30 minutos al día; el 30,4%, una vez a la semana.

De los entrevistados, el 34,8% respondió que duermen de 6 a 7 horas; y el 8,7% entre 4 a 5 horas. El 87,0% ingiere bebidas alcohólicas, a veces, en compromisos; y el 13,0% nunca. Mientras que el 87,0% no consume cigarrillos; el 13,0% sí lo hace.

Con respecto a los hábitos alimenticios de los entrevistados tenemos:

En el desayuno, el 56,4% consume pan, huevos, leche, caldo verde; el 4,3% harina, soya, café, pan, huevos, leche, frugos, pan, mantequilla, mermeladas.

En el almuerzo, el 56,4% consume menestras, alverjas, tallarín, frejol, pollo; el 4,3% ingiere arroz, pollo, papa, menestras, olluco.

En la cena, el 34,8% consume café, pan; el 13,0%, pollo y frugos.

Esto es refrendado por los siguientes testimonios:

Reinaldo:

“En cuanto a mi comportamiento – hábitos de vida, realizo ejercicios físicos, como camina; trabajo en mi terreno porque me dedico a la agricultura y también realizo paseos campestres, acostumbro a hacer ejercicio 30 minutos diarios, descanso un promedio de ocho horas diaria; a veces, ingiero bebidas alcohólicas en compromisos, familiares y sociales y fumo unos cigarrillos, cuando hace bastante frío”.

“En cuanto a mis hábitos alimenticios: en el desayuno consumo, pan, huevos, leche, café y azúcar. En el almuerzo: arroz, papa, carne, verduras, pescado, legumbres, frutas, hortalizas. En la comida: arroz, papa, legumbres, frutas”.

Juan Carlos:

“En cuanto mi comportamiento – hábitos de vida, realizo ejercicios físicos, como caminar, manejar bicicleta, jugar fútbol, practico gimnasia una vez a la semana; descanso un promedio de seis horas diarias; a veces, ingiero bebidas alcohólicas y consumo cigarrillos”.

“Sobre mis hábitos alimenticios en el desayuno consumo leche, frugos, pan, mantequilla, mermelada. En el almuerzo, menestras, carnes, pollo, pescado, papa, arroz. En la comida, arroz, papa, carne”.

Andy Roger:

“Mis hábitos de vida: realizo ejercicios físicos para estar aliviado y con bastante energía, practico atletismo una vez a la semana; descanso un promedio de siete horas diarias, a veces ingiero bebidas alcohólicas, una vez al mes en ocasiones especiales; pero nunca consumo cigarrillos, porque son dañinos. En el desayuno, consumo soya, avena, leche, carne, pan, huevos, en el almuerzo: menestras, cereales, carnes, caldos. En la comida: pan, soya, café, filtrantes, arroz, otros”.

Yuliza:

“En los aspectos culturales los que corresponden al comportamiento. Manifestó que habitualmente realiza ejercicios físicos, durante 30 minutos diarios como promedio. Además, ingiere bebidas alcohólicas, a veces, pero no fuma cigarros. En cuanto a mis hábitos alimenticios, manifestó que en el desayuno consume pan, huevos, soya, leche, caldo verde; en el almuerzo, menestras, arroz y ensaladas; en la cena, una taza de té o jugo de papaya o cualquier fruta”.

Rosa:

“En cuanto a mi comportamiento – hábitos de vida, realizo ejercicios físicos como caminatas, durante 30 minutos diarios; descanso un promedio de ocho horas diarias, a veces, ingiero bebidas alcohólicas, en reuniones; pero nunca fuma cigarrillos. Mis hábitos alimenticios, en el desayuno consumo avena, soya, leche, pan, tamales; en el almuerzo, menestras, carnes, ensaladas, jugos; en la comida, café, pan, jugos”.

Kelly:

“en cuanto a mi comportamiento – hábitos de vida, realizo ejercicios físicos como caminatas, una vez a la semana; descanso un promedio de seis horas diarias, a veces ingiero bebidas alcohólicas, cuando hay compromiso; pero nunca fumo cigarrillos. Sobre mis hábitos alimenticios, en el desayuno consume jugo de naranja, pan, yogurt, café; en el almuerzo, carne de pollo, arroz, cereal, menestra, fideos, pescado; en la comida, pan, manzanilla”.

Sobre las prácticas: hábitos en relación al proceso salud-enfermedad, se observa que la población entrevistada realiza ejercicios habitualmente, los que son saludables y van a mantener su buen estado de salud. De igual manera, sobre las prácticas alimentarias, se puede precisar que, la ingesta de alimentos en el desayuno, almuerzo y cena, es variada y saludable.

Para Landon, cuando se refiere al concepto instrumental de cultura, menciona que la definición conceptual de cultura es extremadamente compleja y diversa, divisora de las varias corrientes analíticas teóricas y formador de campos epistemológicos y metodológicos propios. La cultura puede ser definida como un conjunto de elementos que median y califican cualquier actividad que sea compartida por diferentes miembros de un grupo social (1).

La cultura es compartida y estandarizada, ya que consiste en una creación humana compartida por grupos sociales específicos. Las formas materiales, contenidos y atribuciones simbólicas a ella ligados, son estandarizados, a partir de interacciones sociales concretas de los individuos; así como resultante de su experiencia en determinados contextos y espacios específicos, los cuales pueden ser transformados, entretejidos y compartidos por diferentes segmentos sociales.

A pesar de que el contenido y formas inherentes a cada cultura puedan ser aprendidos y replicados, individualmente, confiriendo a la cultura un carácter de experiencia personal internalizada e incorporada concierne a la antropología i) identificar los patrones culturales repartidos por los colectivos de individuos, ii) inferir sobre lo que existe en común en las acciones, atribuciones de sentido, significados y simbolismo proyectados por los individuos sobre el mundo material y natural; iii) ponderar sobre la experiencia de vivir en sociedad, sobre enfermarse y cuidarse, definiéndola como experiencia eminentemente intersubjetiva y relacional, mediada por el fenómeno cultural.

La perspectiva Antropológica requiere que, al encontrarnos con culturas diferentes no hagamos juzgamientos de valor con base en nuestro propio sistema cultural y pasemos a percibir a las otras culturas según sus propios valores y conocimientos, a través de los cuales expresan una visión de mundo propia, que orienta sus prácticas, conocimientos y actitudes. A este procedimiento denominamos relativismo cultural. Es el que nos permite comprender el porqué de las actividades y los sentidos atribuidos a ellas de forma lógica, sin jerarquizarlos o juzgarlos, pero solamente, y sobre todo, reconociéndolos como diferentes (1).

Para estos mismos autores, cuando analizan sobre *Cultura, sociedad y salud*, parten del concepto de que la *cultura* es un fenómeno total y que, por lo tanto, provee una visión de

mundo a las personas que la comparten, orientando de esta forma, sus conocimientos, prácticas y actitudes, la cuestión de la salud y de la enfermedad está contenida en esta visión del mundo y praxis social. La enfermedad y las preocupaciones con la salud son universales en la vida humana, presentes con todas las sociedades. Cada grupo se organiza colectivamente, a través de medios materiales, pensamiento y elementos culturales para comprender y desarrollar técnicas en respuesta a las experiencias o episodios de enfermedad e infortunios, sean ellos individuales o colectivos. La misma fuente refiere, que el sistema cultural de salud resalta la dimensión simbólica del entendimiento que se tiene sobre salud e incluye los conocimientos, percepciones y cogniciones utilizadas para definir, clasificar, percibir y explicar la enfermedad. Cada una.

Cuadro 07: Prácticas- creencias en relación al proceso salud – enfermedad de los pobladores de la ciudad de Chota, 2011-2012.

<i>Prácticas- creencias en relación al proceso salud-enfermedad.</i>	Nº	%
La religión que profesa es:		
Católica	17	74,0
Evangélica	6	26,0
Total	23	100,0

La enfermedad se da por: Desestabilización del organismo	19	82,6
Otros motivos	4	17,4
Total	23	100,0
Cuando se siente enfermo practica la limpia; ❖ Si	1	4,3
❖ No	22	95,7
Total	23	100,0
Se limpian con: ❖ Con hojas aromáticas se reza	1	4,3
❖ No practica la limpia	22	95,7
Total	23	100,0
Lo limpia: ❖ Mi padre	1	4,3
❖ No practica la limpia	22	95,7
Total	23	100,0
Después de la limpia se siente:		
❖ Muy bien	1	4,3
❖ No practica la limpia	22	95,7
Total	23	100,0
Emplea plantas medicinales para curar sus males ❖ Si	16	69,6
❖ No	7	30,43
Total	23	100,0
Utilizan las plantas naturales: ❖ Porque las plantas medicinales previenen no cura	1	4,3
❖ No emplean plantas naturales	7	30,4
❖ Son naturales y efectivos	10	8,7
❖ Son naturales y no emplean sustancias químicas	5	43,5
❖ S/R	8	34,8
Total	23	100,0
Las plantas medicinales que emplean para curar sus males son: ❖ Manzanilla, apio, toronjil ,matico	7	30,4
❖ Cola de caballo, llantén	9	39,1
❖ S/R	7	30,4
Total	23	100,0

En el cuadro 07, se aprecia respecto a las prácticas – creencias en relación al proceso salud – enfermedad. De los entrevistados(as), el 74,0% profesa la religión católica. El 82,6% cree que la enfermedad es una desestabilización del organismo; el 17,4% manifiesta que son otros motivos. El 95,7% respondió que no practica la limpia cuando

se enferma; sólo el 4,3% indicó que sí la hace. El 4,3% manifestó que realiza la limpia con plantas aromáticas y reza; el 95,7% no la práctica.

Respecto a la persona que los limpia, el 4,3% indicó que lo hace su padre; el 4,3% reveló que, después de la limpia, se siente bien.

El 69,6% emplea plantas medicinales para curar sus males; mientras que, el 30,4% no las usa. Respecto al uso de plantas naturales, el 43,5% indicó que las emplean porque son efectivas. Y en lo se refiere a las plantas medicinales utilizadas para curar sus males, el 39,1% dijo que eran la cola de caballo y el llantén; y el 30,4% mencionó a la manzanilla, apio, toronjil, matico.

Esto es refrendado por los siguientes testimonios:

Reinaldo:

“En cuanto a mis creencias, soy católico, pienso que la enfermedad es por desestabilización del organismo. Cuando me encuentro enfermo no práctico la limpia, solamente empleo plantas medicinales para curar mis males, como la manzanilla, apio, limón, toronjil, hierba buena, matico, cola de caballo, valeriana, cancha al agua, eucalipto y romero. Si la enfermedad es crónica, uso antibiótico”.

“Cuando me enfermo, primero utilizo plantas medicinales y luego acudo al médico. Cuando estoy convaleciente de una enfermedad, hago dieta para recuperar mi estado de salud, evitando las grasas, condimentos, alcohol y drogas”.

Juan Carlos:

“En cuanto a mis creencias, soy católico, pienso que la enfermedad es por desestabilización del organismo. Cuando me encuentro enfermo no practico la limpia,

porque no creo en eso. Cuando me enfermo no uso plantas medicinales, porque son mayormente de prevención”.

Andy Roger:

“En cuanto a mis creencias religiosas soy católico, pienso que la enfermedad es desestabilización del organismo. Digo que cuando me encuentro enfermo no practico la limpia y no empleo plantas medicinales, porque solo son medicamentos tranquilizantes por momentos. Creo que las personas se enferman por mala alimentación, cambio climático, enfermedades congénitas y transmitidas”.

Máximo:

“En cuanto a mis creencias religiosas, soy evangélico, pienso que la enfermedad es desestabilización del organismo. Cuando me enfermo no práctico la limpia y no empleo plantas medicinales”.

Yuliza:

“En cuanto a mis creencias religiosas soy evangélica, creo que las enfermedades se dan por preocupaciones entre otros. Cuando me siento enferma no practico la limpia, porque no creo en ella, pero sí empleo las plantas medicinales porque alivian el dolor y los malestares, entre ellas manzanilla, yerba buena. Anteriormente, las enfermedades se curaban con plantas medicinales, pero del campo y ahora todo es químico”.

Rosa:

“En cuanto a mis creencias religiosas soy católica, pienso que la enfermedad es desestabilización del organismo”.

Kelly:

“En cuanto a mis creencias religiosas, soy católica, pienso que la enfermedad es desestabilización del organismo. Cuando me encuentro enferma no practico la limpia.

Prefiero ir a un profesional médico. No empleo plantas medicinales porque más confío en la medicina (pastilla)”.

Los resultados demuestran que los entrevistados concuerdan que la enfermedad es una desestabilización del funcionamiento del organismo. Asimismo, pocos son los que manifiestan que practican la limpia; pero sí aseveran que emplean las plantas medicinales para curar sus males. Pues, según Landon y Wiik, manifiesta que la cultura es compartida y estandarizada, ya que consiste en una creación humana compartida por grupos sociales específicos. Las formas materiales, contenidos y atribuciones científicas a ella ligados, son estandarizados a partir de las interacciones sociales concretas de los individuos; así como resultante de su experiencia en determinados contextos y espacios específicos, los cuales pueden ser transformados, entretejidos y compartidos por diferentes segmentos sociales. La perspectiva antropológica requiere que, al encontrarnos con culturas diferentes no hagamos (1).

Perdiguero, define la cultura como un conjunto de guías o reglas, tanto implícitas como explícitas, que un individuo hereda como miembro de una sociedad particular y que proporciona una visión de mundo y una manera de comportarse en relación con los demás, con las fuerzas sobrenaturales, con el ambiente natural. También proporciona un modo de transmitir estas reglas a la siguiente generación mediante el uso de símbolos del lenguaje y de rituales. En cierta medida la cultura puede ser vista como los “lentes” heredados, a través de los cuales el individuo percibe y comprende el mundo que habita, y aprende a vivir con él. Crecer en una sociedad es una forma de “enculturación” por la que el individuo, lentamente adquiere los “lentes” culturales de esa sociedad (55).

La perspectiva antropológica requiere que, al encontrarnos con culturas diferentes, no hagamos juzgamientos de valor con base en nuestro propio sistema cultural y pasemos a

percibir a las otras culturas según sus propios valores y conocimientos – a través de los cuales expresan una visión de mundo propia, que orienta sus prácticas, conocimientos y actitudes. A este procedimiento denominamos *relativismo cultural*.

Es el que nos permite comprender el *porqué* de las actividades y los sentidos atribuidos a ellas de forma lógica, sin jerarquizarlos o juzgarlos, pero solamente, y, sobre todo, ¡reconociéndolos como diferentes. Varios otros ejemplos también podrían ser extraídos de las investigaciones de orden etnográfico conducidas por profesionales de la salud citadas en este artículo.

Todos ellos nos llevan a reflexionar sobre las cuestiones relativas a hábitos de salud, rituales, técnicas de atención y cuidado, restricciones sobre uso de terapias (por ejemplo, transfusión de sangre o trasplante de órganos, o mismo el aborto); todos ellos mediados por sistemas culturales distantes, y hasta mismo opuestos, a los patrones culturales sobre los cuales el sistema biomédico es construido y los profesionales de salud entrenados (1).

Finalmente, se puede afirmar que somos todos sujetos de la cultura, y la experimentamos de varias formas, inclusive cuando nos enfermamos y buscamos tratamiento. Sin embargo, al actuar como profesionales y investigadores del Área de la Salud, nos encontramos con sistemas culturales diversos del nuestro (o en el cual fuimos entrenados), sin relativizar nuestro propio conocimiento médico. Eso sucede, especialmente en el campo de la salud, ya que, en el occidente moderno y racional, *naturalizamos* el campo médico, cubriéndolo de verdad universal y absoluta, alejándolo de las formas de conocimiento *culturalizado*, esto es, cuya verdad es particular, relativa y condicional (1).

Cuadro N°08: Prácticas- procedimientos en relación al proceso salud- enfermedad de los pobladores de la ciudad de Chota, 2011 – 2012.

Prácticas- procedimientos en relación al proceso salud- enfermedad	Nº	%
Cuando Ud., se enferma como recupera su salud		
Acudiendo al hospital.	11	48,0
Adquiriendo medicamento farmacéutico.	3	13,0
Medicamentos y plantas medicinales.	8	34,7
Tomando jugos.	1	4,3
Total	23	100,0
Cuando Ud. está convaleciente de una enfermedad, hace dieta		
Si	18	78,3
No	5	21,7
Total	23	100,0
Hace dieta porque:		
Ayuda a mejorar nuestro organismo.	10	43,5
Para limpiar la sangre.	2	8,7
S/R.	5	21,8
Según la prescripción médica me ayuda a recuperarme.	6	26,0
Total	23	100,0
El tipo de dieta que emplea es:		
Alimentos recetados por el doctor	7	30,4
Dieta blanda	10	43,5
S/R	5	21,7
Según la enfermedad	1	4,3
Total	23	100,0

En el cuadro 08, se observa respecto a las prácticas – procedimientos en relación al proceso salud -enfermedad, el 48,0% respondió que, para mejorar su salud, va al hospital; el 4,3% mejora tomando jugos. Cuando están convalecientes de una enfermedad, el 78,3% indicó que hace dieta; sin embargo, el 21,7% no la hace. Por otro lado, el 43,5% hace la dieta para mejorar su organismo; el 8,7%, para limpiar la sangre. Sobre el tipo de dieta que cumplen; el 43,5% reveló que es dieta blanda; y el 21,8% respondió que emplean una dieta, según la enfermedad.

Esto es refrendado por los siguientes testimonios:

Juan Carlos:

“Cuando me enfermo me recupero con atención médica. Cuando estoy convaleciente de una enfermedad hago dieta blanda de acuerdo a la prescripción del facultativo. Y acudo al Centro de Es Salud”.

Andy Roger:

“Cuando estoy enfermo, acudo al médico, hago dieta, porque me ayuda para su efecto positivo. Cuando estoy convaleciente acudo a clínicas particulares, farmacias con frecuencia. Consumo la receta por el doctor o farmacéutico”.

Máximo:

“Cuando estoy convaleciente, sí hago dieta, porque se eliminan alimentos negativos, medicina convencional, libre de sal. Cuando estoy enfermo acudo al hospital, farmacia, botica. Consumo medicamentos como el captopriliberrstan. Menciona que cuando está enfermo se cura mediante consulta médica en el centro de salud –Chota y hospital de Es Salud - con medicina convencional”.

Yuliza:

“Dentro de las prácticas – procedimientos. Cuando me enfermo para recuperar mi salud lo hago mediante un tratamiento. Cuando estoy convaleciente, sí hago dieta, cumplo con la receta que le da el doctor. Cuando me enfermo acudo al hospital porque allí me dan atención, consumo medicamentos farmacéuticos, según receta”.

Rosa:

“Cuando me encuentro enfermo no practica la limpia, porque no es algo científico y cierto. Si empleo plantas medicinales, a veces porque tienen el poder curativo de algunas enfermedades. Empleo cola de caballo, uña de gato, anís, apio, eucalipto. Cuando estoy enfermo me curo visitando al doctor para que me recete de acuerdo a la dolencia que

tengo. Para estar bien de salud me cuido y no abuso de las cosas que son dañinas para mi salud. Cuando estoy convaleciente me recupero haciendo la visita médica respectiva. Hago dieta, para no entorpecer o agravar mi preocupación, el tipo de dieta es comida sin grasa, sin colorantes, no gaseosas. Cuando me enfermo acudo al hospital, consumo medicamentos de acuerdo a la receta médica”.

Kelly:

“Cuando me enfermo me recupero siguiendo el tratamiento médico y cuidándome. Cuando estoy convaleciente hago dieta, porque me ayuda a mejorar, una dieta blanda. Acudo al hospital cuando estoy enferma, consumo medicamentos como analgésicos, antibióticos”.

Igualmente, podemos observar en las evidencias de los entrevistados que para recuperar su salud acuden a los establecimientos de salud y se someten a dietas según prescripción médica. La misma fuente referencial de Landon y Wiik, 2010 refiere, que el sistema cultural de salud resalta la dimensión simbólica del entendimiento que tiene sobre salud e incluye los conocimientos, percepciones y cogniciones utilizadas para definir, clasificar, percibir y explicar la enfermedad. Cada una y todas las culturas poseen conceptos sobre lo que es ser enfermo o saludable. Poseen también clasificaciones acerca de las enfermedades, y estas son organizadas según criterios de síntomas de gravedad, y otros. Sus clasificaciones y los conceptos de salud enfermedad, no son universales y raramente reflejan las definiciones biomédicas (28).

Cuadro 09: Patrones de comunicación en relación al proceso salud- enfermedad de los pobladores de la ciudad de Chota, 2011 – 2012.

<i>Patrones de comunicación en relación al proceso salud-enfermedad</i>	Nº	%
Adquirió conocimientos, practicas. Creencias y costumbres para mejorar su estado de salud – enfermedad. ❖ Por tradición comunicación oral.	14	60,9
❖ Audiovisual.	5	21,7
❖ Escrita.	2	8,7
❖ Otros: cuáles.	2	8,7
Total	23	100,0
Los que les transmitieron conocimientos, prácticas. Creencias y costumbres para mejorar su proceso de salud fueron antepasados, familiares	8	34,8
❖ En la escuela.	6	26,0
❖ Medios de comunicación.	9	39,1
Total	23	100,0
En su hogar disponen de radio, equipo de sonido		
❖ Si	22	95,7
❖ No	1	4,3
Total	23	100,0
En su hogar disponen de televisión		
❖ Si	20	87,0
❖ No	3	13,0
Total	23	100,0
En su hogar disponen de computadora		
❖ Si	15	65,2
❖ No	8	34,8
Total	23	100,0
En su hogar disponen de teléfono fijo		
❖ Si	8	34,8
❖ No	15	65,2
Total	23	100,0
En su hogar disponen de celular		
❖ Si	22	95,7
❖ No	1	4,3
Total	23	100,0
En su hogar disponen de servicio de internet		
❖ Si	8	34,8
❖ No	15	65,2
Total	23	100,0
En su hogar disponen de servicio de tv cable		
❖ Si	14	60,9
❖ No	9	39,1
Total	23	100,0

En el cuadro 09, se observa con relación a los patrones de comunicación en el proceso salud-enfermedad, que el 60,9% adquirió los conocimientos, prácticas, creencias y costumbres para mejorar su estado de salud por tradición comunicación oral; el 21, 7%, por medio audiovisual; y el 8,7%, por comunicación escrita y otros medios.

En cuanto a los medios que les transmitieron conocimientos prácticos, creencias y costumbres para mejorar su proceso de salud – enfermedad, el 39,1% fue a través de los medios de comunicación social; el 34,8%, a través de sus antepasados y familiares; y el 26,0%, en la escuela.

Respecto a los medios de comunicación en el hogar de los entrevistados, el 95,7% dispone de radio; el 4, 3%, no. El 87,0% sí dispone de televisor; en cambio, el 13,0%, no. El 65,2% indicó que, en su hogar, cuentan con computadora; sin embargo, el 34,8%, no lo posee.

El 65,2% no cuenta con teléfono fijo; en cambio, el 34,8% sí lo tiene. El 95,7% dijo disponer de celular; en cambio, el 4,3%, no. El 34,8% cuenta con servicio de internet; y el 65,2% no. Finalmente, el 60,9% tiene servicio de cable; frente al 39,1% que carece de este servicio.

Esto es refrendado por los siguientes testimonios:

Reinaldo:

En cuanto a los patrones de comunicación, manifestó: “que adquirió los conocimientos, prácticas, creencias y costumbres para mejorar su estado de salud por tradición oral, esos conocimientos se transmitieron de mis antepasados hacia mis padres. En mi hogar disponemos de una radio, televisión, y servicio de telefonía celular. Para estar bien de salud trato de ser positivo, trato de vivir bien con lo poco que gano, me olvido de las preocupaciones, estoy alegre y comparto lo que se tengo”.

Juan Carlos:

En cuanto a los patrones de comunicación, manifestó: “que el adquirió los conocimientos, prácticas, creencias y costumbres para mejorar su estado de salud por otros medios, pero no los especificó”.

“En mi hogar tengo radio, televisión, equipos de sonido, computadora, teléfono fijo, servicio de telefonía celular y servicio de conexión a tv por cable”.

Manifestó: “que para estar bien de salud es no tener enfermedad en el aspecto de salud, que todas las funciones biológicas trabajan correctamente y en el aspecto social es estar en paz y armonía consigo mismo y apoyado por los demás”.

Andy Roger:

Manifestó “que el adquirió los conocimientos, prácticas, creencias y costumbres para mejorar su estado de salud por tradición oral, adquiridos por sus padres. En su hogar dispone de radio, televisión, equipo de sonido, servicio de telefonía celular, y conexión a tv por cable”.

Yuliza:

“En cuanto a los patrones de comunicación ella adquirió esos conocimientos, prácticas creencias y costumbres por tradición oral, audiovisual y escrita. Transmitida por sus padres. Su hogar cuenta con radio, dispone de telefonía celular”.

Rosa:

Manifestó: “que adquirió los conocimientos, prácticas, creencias y costumbres para mejorar su estado de salud por medio escrito. Le transmitieron los conocimientos los libros, la experiencia y material audiovisual. En su hogar disponen de radio, televisión, equipos de sonido, computadora, telefonía fija, servicio de telefonía celular, conexión a internet y tv por cable”.

Kelly:

Manifestó “que adquirió los conocimientos, prácticas, creencias y costumbres para mejorar su estado de salud por medio audiovisual, también le transmitieron sus familiares y amigos. En su hogar disponen de radio, televisión, equipos de sonido, computadora, servicio de telefonía celular y tv por cable”.

Los resultados revelan con relación a los patrones de comunicación en relación al proceso salud enfermedad, referido a los conocimientos, prácticas, creencias y costumbres para mejorar su estado de salud que los han adquirido por tradición mediante la comunicación oral, comunicación escrita. Los que les transmitieron conocimientos prácticos, creencias y costumbres para mejorar su proceso de salud – enfermedad fue a través de los medios de comunicación, por sus antepasados entre ellos sus familiares.

Asimismo, el 100% de los entrevistados cuentan con medios de comunicación en la casa, disponen de radio, televisor, computadora, teléfono, celular, servicio de internet y TV cable en su hogar. Según Landon y Wiik, afirma que la cultura es aprendida, se afirma que no podemos explicar las diferencias del comportamiento humano a través de la biología de forma aislada, afirma que la cultura modela las necesidades y características biológicas y corporales. De esta forma, la biología ofrece un paño de fondo para el comportamiento, así como favorece las potencialidades de la formación y desarrollo humano. Sin embargo, es la cultura compartida por los individuos formadores de una sociedad que torna estas potencialidades en actividades específicas, diferenciadas y simbólicas intangibles y comunicables (1).

CONCLUSIONES

La aplicación de la Antropología permite entender y comprender la percepción que los pobladores tienen sobre el proceso salud enfermedad, lo cual constituye un paso muy importante que debe ser asimilado por el sector salud. Por cuanto, la conceptualización del proceso salud – enfermedad y la percepción que los pobladores tienen es, sumamente, simple, así como el tratamiento de la enfermedad, que en realidad no debe solo verse como competencia del médico, sino que tiene que comprenderse culturalmente, sin dejar de lado el ámbito familiar, comunal y social.

Deslindada la realidad estudiada, se procede a formular las conclusiones, a las cuales se arribaron a partir de los resultados:

La muestra estudiada, mayormente, perteneció a la zona urbana y otra parte procedió de la zona periurbana, lo cual determina un movimiento migratorio acentuado y al mismo tiempo una inserción al sistema productivo en diversas formas de trabajo. Esto permitió conocer el ingreso económico mensual, el cual en su mayoría, es superior al sueldo mínimo vital. Resaltándose, sin embargo, que un porcentaje importante se encuentran en una situación de extrema pobreza.

Más del 50,0% de la muestra en estudio, lo constituye las personas del género masculino, y pertenecen al grupo etario entre 40 – 50 años de edad. Su grado de instrucción es, predominantemente, el superior universitario. Igualmente, la mayoría pertenece a familias nucleares, siendo el jefe de familia, un varón.

Respecto a la cosmovisión sobre el proceso salud – enfermedad, se observó que el poblador de Chota, mayormente, tiene un concepto diferenciado respecto a la salud y la enfermedad. Respecto a la salud, la mayoría considera que tiene que ver con “estar bien”, “sentirse bien mental, física y emocionalmente” y “sentirse alegre y con ganas de trabajar”. Sin embargo, estar enfermo es “sentirse mal física y psicológicamente”; “así como padecer un desorden o mal funcionamiento de uno o varios órganos”, lo que no les permite realizar sus labores cotidianas.

De otro lado, se ha identificado las enfermedades más frecuentes, las que se relacionan con producción capitalista, así como con el cambio climático que se está produciendo a nivel global,

tales como son la hipertensión arterial, el cáncer, las diarreas, las enfermedades respiratorias, entre otras

Respecto a cómo se intervienen o tratan las enfermedades, mayoritariamente, lo hacen acudiendo a un centro de salud, farmacia o utilizando la medicina tradicional, lo que hace ver que se utiliza no solo la medicina convencional, sino también la natural o alternativa. Esto permite un acercamiento entre ambas medicinas y constituye una característica de nuestra realidad.

Con relación a la cultura, a algunos estilos de vida de los pobladores de Chota, se observó que estos, mayormente, realizan ejercicios físicos como la caminata de manera habitual, manifestando que estos ejercicios los mantienen más activos y relajados.

Respecto a la alimentación, más de la mitad manifestó consumir un desayuno consistente y un almuerzo balanceado; sin embargo, la cena comprende el consumo de alimentos sencillos y breves, como café y pan.

Según los resultados de las entrevistas, la mayoría de los pobladores duermen de 6 a 7 horas diarias, ingieren bebidas alcohólicas y cigarrillos con alguna frecuencia, lo cual es considerado como un factor influyente en el proceso salud - enfermedad.

En lo referente a los patrones de comunicación en relación al proceso salud-enfermedad, los conocimientos prácticos, creencias y costumbres para mejorar su estado de salud, la mayoría de la muestra manifestó que lo adquirió por tradición comunicación oral, es decir, a través de la transmisión de generación a generación y de manera escrita, lo cual les permite mantener y mejorar la salud en forma permanente.

Puede afirmarse, sin lugar a dudas, que los presupuestos de investigación nos permiten corroborar la veracidad de los presupuestos de investigación planteados en la presente investigación.

RECOMENDACIONES

Al concluir el presente estudio las recomendaciones serían las siguientes:

**A LOS DIRECTIVOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y A LAS
UNIVERSIDADES NACIONALES DEL PERÚ:**

- ❖ Cuando se intervenga con políticas y programas en salud, en la población peruana, siempre se debe tener en cuenta su cultura: cosmovisión, creencias, costumbres y tradiciones, y así poder entender que el proceso salud enfermedad es un término holístico que se adecua de acuerdo a cada realidad.
- ❖ En las facultades de ciencias de la salud de las universidades peruanas, se deben incluir en la estructura curricular, cursos relacionados: con la cultura, medicina tradicional y cosmovisión andina para interpretar y entender que cada población tiene una visión del proceso salud enfermedad, y por lo tanto, la población está inmersa en la cura de dichos males que les aqueja.
- ❖ En las facultades de Ciencias Sociales de las universidades peruanas, se debe enseñar todo lo relacionado con el proceso salud enfermedad para que los profesionales salgan con una mentalidad holística y entiendan que la cultura y la medicina constituyen la cosmovisión andina donde converge lo tradicional y moderno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- Jean Langdon, Esther, 2010. Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud, Rev. Latino AM- Enfermagen, mai – jun,
- 2.- Vargas Mosqueira, Ángel, 2015. Antecedentes Históricos en la Medicina Tradicional. Universidad Wiener.
- 3.- Dejo Bustios, Hugo A, 2008. Apuntes de Salud y Medicina del Perú Antiguo – Antología. Lima – Perú.
- 4.- Cordero del Campillo, M, 2001. Las grandes epidemias en la América colonial, Universidad de León.
- 5.- Bustios, R. 2004. Cuatrocientos Años de la Salud Publica en el Perú (1533-1933) Perú. Fondo Editorial Universidad Mayor de San Marcos, Primera Edición.
- 6.- Gómez-Gallo, Álvaro, 2003. La Medicina en el descubrimiento de América. Derechos reservados, Copyright ©: Academia Nacional de Medicina de México, A.C.
- 7.- Beldarraín, C. 2009. Estudia el proceso salud-enfermedad la Antropología cubana. Número 46, mayo-agosto.
- 8.- Duque MC, 2002. Enfermería y cultura: espacio de encuentro para el cuidado de personas y colectivos. Actualizaciones en Enfermería (Bogotá).
- 9.- Lenninger, M, 1997. Teoría de los cuidados E: Maruner Tomey A. editores Modelos y Teorías de Enfermería España: Hocourt;
- 10.- Guerrero, F. 2004. Temas culturales. Citado por Lipson (2002).
- 11.- Amaguer, J A , 2003. Relación Intercultural con la medicina tradicional: Manual para el Personal de Salud.

- 12.- Berenzon, S. 2001. Percepción y creencias en torno a la salud-enfermedad mental. Narrados por curanderos urbanos de la ciudad de México. Gaceta de Antropología (México).
- 13.- Estrada, P. 2008. La Epidemiología Clásica versus la Epidemiología Crítica. Cajamarca Perú.
- 14.- Amaro Cáceres, Wilfredo. 2014 Tesis de Maestría: Costumbres y creencias en el proceso salud enfermedad en comunidades nativas Awajun de la Región Amazonas, un enfoque Etnográfico, Jaén – Perú– UNC.
- 15.- Moran Dioses, Santos Angélica. 2015 Tesis de doctorado: Determinantes de la salud y actitud frente al proceso salud enfermedad de las madres de familia en comunidades de la zona rural del distrito de Cajamarca. UNC. Cajamarca Perú 2015.
- 16.- Campos Chávez, Norma Bertha. 2004. Tesis de Maestría: Condiciones de Trabajo y Proceso Salud Enfermedad en la Enfermeras del Distrito de Chota-Cajamarca 2002.
- 17.- Abanto Villar, Martha Vicenta. 2006. Tesis Doctoral. "Violencia de Pareja y el Proceso Salud Enfermedad de la Mujer, Según Grupo Social y Género. Universidad Nacional de Cajamarca.
- 18.- Barbara Miller, 2011. : Antropología Cultural. Person Educación, S.A,
- 19.- Moreno García, David. 2000. Antropología Médica, Revista de salud pública Vol. 1 No.4 octubre - diciembre. Facultad de Salud Pública y Nutrición de la U.A.N.L.E
- 20.- Menéndez, E. 1997. Nueva Antropología "Espacios Propios Campos de Nadie". Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma Metropolitana.
- 21.- Garza Quiroz, F. 1984. "El niño Fidencio y el Fidencismo. Ed. S/n. Monterrey.

- 22.- Vergara Quintero, María del Carmen, 2007. Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad., Universidad Autónoma de Manizales. Manizales, Colombia.
- 23.- Vega, Leopoldo –Franco, 2002. Ensayo Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica. Salud Pública Mex.
- 24.- M.C.E. Rosa Margarita Ortega-López, 2002. Cultura del dolor, salud y enfermedad: percepción de enfermería, usuarios de salud y curanderos. *Universidad Autónoma de Tamaulipas, México.*
- 25.- Sacchi, Mónica, 2007. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta.
- 26.- La Encuesta Nacional de Salud, 1997. MINSA – Perú.
- 27.- Bonet O. 2004. "Saber e sentir urna etnografía da aprendizajem da biomedicina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz,
- 28.- Maldonado Guiza, Teresa, 2013. : Modos cotidianos de enfermar y morir en familias de localidades rurales. Estudio comparado Perú - México. Tesis Doctoral. Trujillo – Perú.
- 29.- Infante, N.B, 1991. Los procesos de trabajo y de salud enfermedad, una relación dialéctica. Cali-Colombia.
- 30.- Egry, E. Y. 1996. "Saúde colectiva. Construindo um novo método de enfermagem. ICONE, Sao Paulo.
- 31.- Breih, J, 1990. "Reproducción especial e investigación en Salud Colectiva. In: Costa, D.S.(org). Epidemiología: Teoría y objeto. ABRASCO, Sao Paulo.

- 32.- Laurell, A.C, 1986. "El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. Encuadernas biomédicos asociales, Buenos Aires.
- 33.- Leibinz, 1871. (Du fondement de l'Induction, ed. 1924.
- 34.- Bergson, Metiere, 1987. et Memorare, ed.
- 35.- Neisser, U, 1997. *The conceptual self in context: Culture, experience, self-understanding*. New York, NY US: Cambridge University Press.
- 36.- Lovet, 1984. Servicios de salud y sectores populares: los años del proceso Buenos Aires.
- 37.- E. Meléndez, 2000. "Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos", en E. Perdiguero y J. M. Comelles (Eds.): *Medicina y cultura, estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona, Bellaterra.
- 38.- Fitzpatrick R, 1990. La enfermedad como experiencia. México: Fondo de Cultura Económica.
- 39.- Samaja J, 2004. Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- 40.- Conrad Phillip Kota, 2011. Antropología cultural. Decimocuarta edición Copyright © by The McGraw-Hill Companies, Impreso en México.
- 41.- George M. Foster, 1979. Reviewed Work: *Medical Anthropology* by Review by: Charles C. Hughes. Vol. 10.
- 42.-Sinlair et al, 1996. El ecosistema definición.
- 43.- Lieban, 1997. "Teocéntricamente la diferencia entre medicina científica y medicina occidental"
- 44.- Fernández, A. 2001. "Salud y juventud". Edita Consejo de la Juventud de España. ISBN,

- 45.- Suárez, R. 2001. Salud-enfermedad: una categoría a repensar desde la antropología. En R. Suárez (comp.), Reflexiones en salud: una aproximación desde la antropología. Bogotá: Universidad de los Andes.
- 46.- Viveros, M. 1993. La noción de representación social y su utilización en los estudios sobre salud y enfermedad. Revista Colombiana de Antropología
- 47.- Lara, Rosa María, 2005. Medicina y Cultura: hacia una reforma integral del profesional de salud. Segunda edición – Editorial El Manual Moderno, S.A – Colombia.
- 48.- B. Taylor, Edward. 1987. Primitive Culture - Volumen II.
- 49.- Lara y Mateos, R. M.1994. Medicina y Cultura. Ed. Plaza y Valdés S.A. de C.V. México. 79-233.
- 50.- PIÑA, B. 1990. *Modelos de explicación sobre la determinación del proceso Salud-Enfermedad*. Factores de riesgo en la comunidad; Tomo I, México, D. F.: Universidad Autónoma de México.
- 51.- ASIS DISA CHOTA – 2014.
- 52.- INEI, 2007. Undécimo censo nacional de población y sexto de vivienda.
- 53.-TELLO, C, 2004. La Investigación cualitativa: Aportes para su Operacionalización. Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de enfermería, Departamento Académico de Salud Familiar y Comunitaria. Trujillo.
- 54.- Perdiguero Gil, 1992. Enrique. Antropología Médica en la Europa meridional, 30 años de debate sobre pluralismo asistencial

- 55.- Muñoz LA. Vivenciando a diabete: um estudo etnográfico. Rev Esc Enferm USP 1995; 29: 91- 103.
- 56.- Spradley J. 1980. Participant observation. New York: Holt Rinehart & Winston.
- 57.- Martins Joel, 1989. La pesquiz cualitativa. Fundaments e Recursos Básicos. La ed. San Paulo, Brasil: Maraes.
- 58.- Noreña A. Alcázar N. 2012. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Colombia, vol 12 N° 3.
- 59.- Mayori, A. 2004, La enfermedad adaptada a la cultura. Universidad San Carlos de Guatemala. Disponible en <http://naya.org.ar> -congreso ponencias mayori díaz.doc.
- 60.- Yadira Corral. 2009. Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales Universidad de Carabobo Valencia Estado de Carabobo - Venezuela.

APÉNDICES

APÉNDICE 01

CUESTIONARIO

El presente cuestionario tiene como finalidad recolectar información acerca del: “Proceso Salud Enfermedad de los pobladores de la Ciudad de Chota. 2011 – 2012. Una Visión Antropológica”, la misma que será confidencial por lo que agradezco anticipadamente la información fidedigna que me proporcione.

N° de entrevista.....

Fecha de la entrevista:

Nombre del entrevistador.....

I.- DATOS GENERALES.

1.- Nombre del entrevistado(a).....

2.- Dirección.

2.1.- Calle.....

2.2.- Distrito.....

2.3.- Provincia.....

2.4.- Departamento.....

II.- ASPECTOS DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS.

3.- Lugar de procedencia:

3.1.- Zona urbana ()

3.2.- zona rural ()

4.- Migración:

4.1.- Por Lugar de nacimiento () 4.2.- Por mejorar condiciones de vida ()

Especifique.....
.....
.....
.....
.....

5.- Sexo:

5.1.- Masculino ()

5.2.- Femenino ()

6.- Edad del entrevistado (a), años.

6.1.- Edad.....años

7.- Grado de Instrucción:

- 7.1.- No asistió a la escuela ()
- 7.2.- Primaria completa ()
- 7.3.- Primaria incompleta ()
- 7.4.- Secundaria completa ()
- 7.5.- Secundaria incompleta ()
- 7.6.- Superior no universitaria completa ()
- 7.7.- Superior no universitaria incompleta ()
- 7.8.- Superior universitaria completa ()
- 7.9.- Superior universitaria incompleta ()

8.- Estado Civil.

- 8.1.- Soltero (a) ()
- 8.2.- casado (a) ()
- 8.3.- conviviente(a) ()
- 8.4.- divorciado (a) ()
- 8.5.- viudo (a) ()
- 8.6.- Separado(a) ()

9.- ¿Cuál es la estructura familiar del entrevistado (a)?

- 9.1.- Nuclear ()
- 9.2.- Extendida ()
- 9.3.-Otros ()

Especifique

10.- La posición del entrevistado (a), es jefe de familia.

- 10.1.- SI ()
- 10.2.- NO ()

Especifique la posición:

11.- Ocupación. -

- 11.1 Ama de casa ()
- 11.2.- empleado(a) ()
- 11.3.- comerciante (a) ()
- 11.4.- agricultor (a) ()
- 11.5.- Estudiante (a) ()

11.6.- Otros,
especifique.....

12.- Promedio de ingreso económico mensual.

- 12.1.- Menos remuneración mínimo vital de 675 nuevos soles de mínimo vital ()
- 12.2.-Remuneracion Mínimo vital 675 nuevos soles ()
- 12.3.- Más del mínimo vital ()

13.- Vivienda.

13.1.- ¿Condiciones de propiedad de la vivienda de los entrevistados?

- a).-Propia ()
- b).-Arrendada ()
- c).-Alquilada ()

13.2.-¿Material predominante de las viviendas de los entrevistados?

- a).- Con paredes de ladrillo ()
- b).-Con paredes de adobe
- c).-Otros ()

Especifique.....
.....
.....

13.4.- ¿Cuentan las viviendas de los entrevistados con abastecimiento de agua?

- a).-SI ()
- b).-NO ()

En caso de ser SI – O –NO

especifique.....
.....

13.5.- ¿Cuentan las viviendas de los entrevistados con servicios higiénicos?

- SI ()
- NO ()

En caso de ser SI – O –NO

especifique.....
.....

13.6.- ¿Cuentan las viviendas de los entrevistados con servicios de alumbrado público?

- a).- SI ()
- b).-NO ()

En caso de ser SI – O –NO

especifique.....
.....

14.-HOGAR.

14.1 ¿Qué combustible o energía utilizan en los hogares de los

¿Entrevistados para preparar los alimentos?

- a).-Utilizan gas ()
- b).-Utilizan leña ()
- c).-Utilizan bosta ()
- d).-Utilizan kerosene ()
- e).-Utilizan carbón ()
- f).- Utilizan electricidad()

III.-PROCESO SALUD - ENFERMEDAD.

15.- ¿Ha sufrido de alguna enfermedad antes?

- 15.1.- SI ()
- 15.2.- NO ()

16.- ¿Si la respuesta es SI, especifique hace cuánto tiempo?.....

.....

.....

.....

.....

.....

17.- ¿Si la respuesta es SI, indique qué tipo de enfermedad fue?.....

.....

.....

.....

.....

18.- ¿Cuál cree usted que fueron las razones para que se enferme?

.....

.....

.....

.....

19.- ¿Cómo se curó de dicha enfermedad?

.....

.....

.....

.....

20.- ¿Por qué cree que se enfermó anteriormente?

.....
.....
.....
.....
.....

21.- ¿Sufre de alguna enfermedad actualmente?

21.1.- SI ()

21.2.- NO ()

22.- ¿Si la respuesta es SI, indique qué enfermedad es?.....

.....
.....

23.- ¿Por qué razones cree usted que actualmente se encuentra enfermo(a)?

.....
.....
.....
.....

24.- ¿Cuándo usted se encuentra enfermo(a) cómo se cura?

.....
.....
.....

25.- ¿Por qué cree usted que las personas se enferman?

.....
.....
.....

26.- ¿Para usted cuáles son las principales enfermedades que se da en la ciudad de Chota?.....

.....
.....

27.- ¿Para usted cuál cree que son las razones para que la población se enferme?

.....
.....
.....
.....

Especifique.....
.....
.....

42.- ¿Qué alimentos consume con mayor frecuencia?

42.1.- En el desayuno.....

42.2.- En el almuerzo.....

42.3.-En la comida.....

V.- PRÁCTICAS – CREENCIAS

43.-Cuál es la religión que profesa el entrevistado (a).

43.1.- Católica ()

43.2.-Evangelica ()

Especifique:.....
.....

43.3.- Ninguna ()

44.- ¿Cree usted que la enfermedad es?

44.1.- castigo divino ()

44.2.- brujería ()

44.3.- Desestabilización del organismo ()

44.4.- Otros motivos ()

Explique.....
.....
.....
.....

45.- ¿Cuándo usted se siente enfermo?

45.1.-Practica la Limpia ()

Si ()

N0 ()

Si la respuesta es positiva o negativa explique el ¿por qué?

.....
.....
.....

46.-¿Si la respuesta es positiva con qué se limpia?.....

47.- ¿Quién lo limpia?.....

48.- ¿Cómo se siente Usted después que le realizan la limpia?.....

49.- ¿Emplea plantas medicinales para curar sus males?

SI () No ()

Si la respuesta es positiva o negativa especifique porque.....

50.- ¿Si la respuesta es SI, Qué plantas medicinales emplea para curar sus males?.....

VI.-PRÁCTICAS - PROCEDIMIENTOS.

51.-¿Cuándo usted se enferma cómo recupera su salud?.....

52.- ¿Cuándo usted está convaleciente de una enfermedad, hace dieta?

52.1.-Si () 52.2.- No ()

Si la respuesta es positiva o negativa especifique el porqué?.....

Si la respuesta es afirmativa que tipo de dieta practica:.....

53.- ¿Cuándo usted se enferma acude a?

53.1.-Hospital ()

53.2.-Farmacia ()

53.3.-Botica ()

53.4.-Curandero ()

53.5.-Otros ()

Especifique.....
.....
.....

54.- ¿Qué medicamentos consume de acuerdo al lugar que acude para su atención?.....
.....
.....

VII.- PATRONES DE COMUNICACIÓN.

55.- ¿Cómo usted adquirió esos conocimientos, prácticas, creencias y costumbres para mejorar su estado de salud?

55.1.-Por tradición oral ()

55.2.-Audiovisual ()

55.3.-Escrita ()

55.4.- Otros ()

Especifique.....
.....
.....

56.-¿Quiénes le transmitieron esos conocimientos, prácticas, creencias y costumbres para mejorar su Proceso salud - enfermedad?
.....
.....

57.-¿Cuentan los hogares de los entrevistados con equipamiento audiovisual?

57.1.-Disponen de radio ()

57.2.-Disponen de televisor ()

57.3.-Disponen de equipos de sonido ()

57.4.-Disponen de lavadora ()

57.5.-Disponen de computadora ()

58.- ¿Cuentan los hogares de los entrevistados con servicios de información y comunicación?

58.1.-Disponen de servicio de teléfono fijo ()

58.2.-Disponen de servicio de telefonía celular ()

58.3.-Disponen de servicio de conexión a internet ()

58.4.-Disponen de servicio de conexión a tv por cable ()

Muchas gracias

APÉNDICE 02

ENTREVISTA ETNOGRÁFICA Y OBSERVACIÓN PARTICIPANTE.

Acerca del: “Proceso salud enfermedad de los pobladores de la ciudad de Chota.
2011 – 2012. Una Visión Antropológica”

Nº de entrevista.....

Fecha de la entrevista:.....

Nombre del
entrevistador.....

I.- IDENTIFICACION.

- Edad.....
- Estado
civil.....
...
- Grado de
instrucción.....
.....
- Ocupación.....
.....
- Procedencia.....
...
- Religión.....
.....

II.- PREGUNTAS GENERADORES DE DEBATE

1.- ¿Para usted qué es estar sano?

.....
.....
.....
.....

2.- ¿Para usted qué es estar enfermo?

3.- ¿Por qué cree usted que se enferma?

4.- ¿Cuándo usted se siente enfermo cómo se cura?

5.- ¿Usted qué hace para estar bien de salud?

.....
.....
.....

APÉNDICE 03

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Como estudiante de la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca, deseo a través de la siguiente carta, solicitarle su colaboración y participación en el desarrollo del presente Proyecto de Investigación, Titulado: “Percepción Sobre el Proceso Salud Enfermedad de los Pobladores de la Ciudad de Chota, 2011 – 2012. Una Visión Antropológica”. Para lo cual le solicito que llene estos datos:

Yo,....., identificado con el DNI.....Nº.....Domiciliado en el Jr..... Nº....., de ocupación....., y en pleno uso de mis facultades físicas y mentales, y de acuerdo a las leyes del Estado Peruano .DECLARO, bajo mi consentimiento de participar y brindar la información requerida, para la ejecución de la Tesis Doctoral: “Percepción Sobre Proceso Salud Enfermedad de los Pobladores de la Ciudad de Chota, 2011 – 2012. Una Visión Antropológica”.

Chota, de..... Del 2012

Atentamente,

.....
.....

DNI Nº.....

DNI

Nº.....

APÉNDICE 04

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS Y SOCIO DEMOGRÁFICOS

Cuadro 01: Procedencia y migración de los pobladores. Ciudad de Chota, 2011 - 2012

FACTORES SOCIO- DEMOGRÁFICOS	Nº	%
1.- Lugar de Procedencia:		
✓ Zona urbana	18	78,3
✓ Zona rural	5	21,7
Total	23	100,0
2.- Migración a la ciudad de Chota:		
✓ Si	08	35,0
✓ No	15	65,0
Total	23	100,0

Cuadro 02: Sexo y grupo etario de los pobladores. Ciudad de Chota, 2011 - 2012

Sexo/grupo etario	N°	%
1.- Sexo:		
✓ Masculino	13	56,5
✓ Femenino	10	43,5
Total	23	100,0
2.- Grupo de edad:		
✓ < 30 años	7	30,4
✓ 30 – 40	4	17,4
✓ 40 – 50	8	34,8
✓ 50 – 60	1	4,3
✓ 60 ó +	3	13,0
Total	23	100,0

Cuadro 03: Grado de instrucción de los pobladores. Ciudad de Chota. 2011 - 2012

Grado de instrucción	Nº	%
✓ Primaria incompleta	1	4,3
✓ Primaria completa	1	4,3
✓ Secundaria incompleta	2	8,7
✓ Secundaria completa	4	17,4
✓ Superior no universitaria completa	5	21,7
✓ Superior universitaria incompleta	4	17,5
✓ Superior universitaria completa	6	26,1
Total	23	100,0

Cuadro 04: Estado civil, Estructura familiar y posición en la familia del entrevistado(a) de los pobladores. Ciudad de Chota, 2011 - 2012

Estado civil/estructura Familiar y posición del entrevistado(a):	Nº	%
1.- Estado civil:		
✓ Soltero(a)	10	43,5
✓ Casado(a)	11	47,8
✓ Conviviente(a)	2	8,7
Total	23	100,0
2.- Estructura familiar: Tipo de familia:		
✓ Familia Nuclear	17	73,9
✓ Familia Extendida	6	26,1
Total	23	100,00
3.- Posición del entrevistado(a) Jefe de familia:		
✓ Si	11	47,8
✓ No	12	52,2
Total	23	100,0

Cuadro 05: Ocupación y Promedio de ingreso de los pobladores. Ciudad de Chota, 2011 – 2012

Ocupación/Promedio de ingreso mensual.	Nº	%
1.- Ocupación:		
✓ Empleado	15	65,2
✓ Comerciante	2	8,7
✓ Agricultor	1	4,3
✓ Estudiante	5	21,8
Total	23	100,0
2.- Promedio de ingreso mensual:		
✓ < Mínimo vital	7	30,4
✓ = Mínimo vital	7	30,4
✓ >Mínimo vital	9	39,2
Total	23	100,0

Cuadro 06: Tenencia y servicios de la vivienda, de los pobladores. Ciudad de Chota, 2011 – 2012

Tenencia/materiales y servicios de las viviendas.	Nº	%
1.-Tenencia:		
✓ Propia	16	69,6
✓ Arrendada	5	21,7
✓ Alquilada	2	8,7
Total	23	100,0
2.-Material Predominante de la Vivienda:		
✓ Con paredes de ladrillo	16	69,6
✓ Con paredes de adobe	7	30,4
Total	23	100,0
3.-Abastecimiento de agua:		
✓ Si	23	100,0
Total	23	100,0
4.-Servicios higiénicos:		
✓ Si	23	100,0
Total	23	100,0
5.- Servicio de electricidad:		
✓ Si	23	100,0
Total	23	100,0
Combustible o energía emplean en el hogar para preparar los alimentos	Nº	%
✓ Gas	21	91,3
✓ Leña	2	8,7
Total	23	100,0