

TESIS

**CREENCIAS Y PRÁCTICAS SOBRE MALARIA DE POBLACION
KICHWA DEL RIO TIGRE EN LA AMAZONIA PERUANA.**

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería



AUTOR:

Bach. Enf. Wilder Hualinga Aranda

ASESORAS:

Dra. Maritza Evangelina Villanueva Benites

San Juan Bautista – Loreto – Maynas - Perú

2019

DEDICATORIA

Dedico a dios padre todo poderoso por darme la vida, ser el aliento en mi vida.

A mis padres, hermanos, porque directa o indirectamente se hicieron participe, en cumplimiento de mis metas y en la formación como profesional, persona.

A mis profesores (as) por sus enseñanzas que nos brindaron y a todos que hicieron posible la culminación del proyecto de mi tesis, a quien ago presente a la asesora quien facilito la información y proporcionarme los instrumento.

AGRADECIMIENTO

Mi sincero agradecimiento a todos a todas las personas directa o indirectamente constituyó a la realización del trabajo de investigación de mi tesis a mi asesora quien me proporcionó información necesaria ya que sin ella hubiera sido imposible concretizar el presente estudio.

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con **Resolución Decanal N° 681-2018-UCP-FCS, del 25 de Agosto del 2018**, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación de Tesis a los señores:

✚ Dra. Elena Lázaro Rubio	Presidente
✚ Lic. Enf. Elvia Betty Malafaya Rivera	Miembro
✚ Lic. Enf. Esperanza Coral Amasifuen	Miembro

Como Asesor (es): **Dra. Maritza Evangelina Villanueva Benites**

En la ciudad de Iquitos, siendo las 19:00 p.m. horas, del día 03 de Febrero del 2020, en las instalaciones de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa de la Tesis: **"CREENCIAS Y PRÁCTICAS SOBRE MALARIA DE POBLACIÓN KICHUA DEL RIO TIGRE EN LA AMAZONÍA PERUANA"**.

Presentado por la sustentante:

WILDER HUALINGA ARANDA

Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de: **LICENCIADO EN ENFERMERÍA.**

Luego de escuchar la Sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:


..... ABSUELTAS SATISFACTORIAMENTE

El Jurado después de la deliberación en privado llego a la siguiente conclusión:

La Sustentación es:

..... APROBADO POR EXCELENCIA


En fe de lo cual los miembros del Jurado firman el Acta.



Dra. Elena Lázaro Rubio
Presidente



Lic. Enf. Elvia Betty Malafaya Rivera
Miembro



Lic. Enf. Esperanza Coral Amasifuen
Miembro

CALIFICACIÓN:	Aprobado (a) Excelencia	:	19-20
	Aprobado (a) Unanimidad	:	16-18
	Aprobado (a) Mayoría	:	13-15
	Desaprobado (a)	:	00-12



UNIVERSIDAD
CIENTÍFICA
DEL PERÚ

"Año de la Universalización de la Salud"

**CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP**

El presidente del Comité de Ética de la Universidad Científica del Perú - UCP

Hace constar que:


La Tesis titulada:

**"CREENCIAS Y PRÁCTICAS SOBRE MALARIA DE POBLACIÓN KICHWA DEL RÍO
TIGRE EN LA AMAZONÍA PERUANA".**

Del alumno: **WILDER HUALINGA ARANDA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **3% de similitud**.

Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

San Juan, 29 de enero del 2020.


Dr. César J. Ramal Asayag
Presidente del Comité de Ética - UCP

CJRA/lasda
016 2020

Urkund Analysis Result

Analysed Document: UCP_ENF_2019_TESIS_WilderHualinga_V1.pdf (D63148402)
Submitted: 1/29/2020 2:21:00 PM
Submitted By: revision.antiplagio@ucp.edu.pe
Significance: 3 %

Sources included in the report:

https://www.researchgate.net/publication/334800623_Conocimientos_practicas_y_actitudes_sobre_la_malaria_en_el_Municipio_de_LLoro_Choco_Colombia
http://publications.paho.org/spanish/capitulo_2_OT+198.pdf
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000300003&lng=es.](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000300003&lng=es)
<http://aprendeonlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/906>
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342001000200003&lng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342001000200003&lng=es)
[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212015000300010&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212015000300010&lng=es&tlng=es)
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000500019&lng=cs.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000500019&lng=cs)
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=41280>

Instances where selected sources appear:

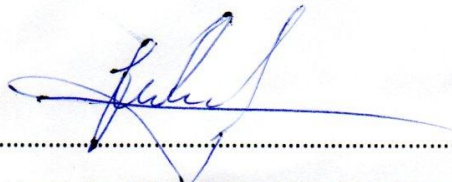
HOJA DE APROBACIÓN

**TESIS: CREENCIAS Y PRÁCTICAS SOBRE MALARIA DE
POBLACION KICHWA DEL RIO TIGRE EN LA AMAZONIA
PERUANA.**



.....
Dra. Elena Lázaro Rubio

Presidente



.....
Lic. Enfer: Elvia Betty Malafaya Rivera

Miembro



.....
Lic. Enfer: Esperanza Coral Amasifuen

Miembro



.....
Dra. Maritza Evangelina Villanueva Benites

ASESORA

INDICE

	Pág.
Resumen	9
Abstract	10
Introducción	11
Material y métodos	14
Resultados	17
Discusión	26
Conclusiones	31
Declaración de conflictos de interés	31
Referencias bibliográficas	43
Tablas	33

Resumen

Antecedentes:

El cuidado de enfermería culturalmente competente en personas con enfermedades transmisibles, precisa del conocimiento y análisis de las tradiciones, prácticas y creencias culturales de la población, por lo que se hace necesario explorar los saberes y cosmovisión.

Objetivo:

Determinar los factores relacionados a las creencias y prácticas sobre malaria de la población Kichwa del río Tigre en la amazonia peruana

Material y métodos:

Investigación cuantitativa apoyada en la teoría de Madeleine Leininger. La muestra estuvo constituida por 100 adultos jefes de familia de la comunidad nativa de Bellavista, Río tigre en Loreto; a quienes se aplicó un cuestionario con preguntas abiertas y una lista de cotejo (validez 0.94). El entrevistador utilizó el idioma Kichwa y castellano. El apu y autoridades de la comunidad brindaron la autorización para la ejecución del estudio.

Resultados

La edad promedio de las personas fue de 55.2 ± 10.3 años, mayoritariamente varones. El 60% de la población sin instrucción, 40% con primaria incompleta, el 67% domina kichwa y castellano. El 69% convive con la familia nuclear, el 42% de las viviendas no posee puertas. La mayoría de la población asume que esta enfermedad es causada por el consumo de frutos dulces contaminados y por ingesta de agua sucia, solo un 38% reconoce al zancudo como agente. El 43% asume que los signos y síntomas se producen por acción mágica religiosa, el 100% asume que el tratamiento de la malaria es a través de vegetales. El 49% señalan uso de medidas paliativas en el cuidado del enfermo. El 100% menciona que no participa en el control de la malaria. Los factores que mostraron relación estadística significativa con la causa de malaria fue el tipo de familia, la edad del entrevistado mostró relación con las creencias sobre signos y síntomas además con las prácticas de cuidado del enfermo con malaria y por último el conocimiento de dos idiomas se asoció con los recursos terapéuticos contra la malaria ($p < 0.05$).

Conclusiones

La población Kichwa en estudio cuenta con recursos terapéuticos culturales que precisan ser visibilizados y reforzarse, especialmente en el cuidado del enfermo con malaria. Se precisa negociar y modificar el conocimiento sobre las causas de la malaria.

Palabras clave: malaria-creencias-practica-interculturalidad

Abstract

Background:

Culturally competent nursing care in people with communicable diseases, requires knowledge and analysis of the cultural traditions, practices and beliefs of the population, so it is necessary to explore the knowledge and worldview.

Objective:

Determine the factors related to the beliefs and practices on malaria of the Kichwa population of the Tigre River in the Peruvian Amazon

Material and methods:

Quantitative research supported by Madeleine Leininger's theory. The sample consisted of 100 adult family heads of the native community of Bellavista, Rio tigre in Loreto; to whom a questionnaire with open questions and a checklist was applied (validity 0.94). The interviewer used the Kichwa and Spanish language. The apu and community authorities provided authorization for the execution of the study.

Results

The average age of the people was 55.2 + 10.3 years, mostly men. 60% of the population without education, 40% with incomplete primary, 67% dominates Kichwa and Spanish. 69% live with the nuclear family, 42% of homes have no doors. The majority of the population assumes that this disease is caused by the consumption of contaminated sweet fruits and by ingestion of dirty water, only 38% recognize the mosquito as an agent. 43% assume that the signs and symptoms are produced by magical religious action, 100% assume that the treatment of malaria is through vegetables. 49% indicate the use of palliative measures in the care of the patient. 100% mention that they do not participate in malaria control. The factors that showed a significant statistical relationship with the cause of malaria was the type of family, the age of the interviewee showed a relationship with beliefs about signs and symptoms, as well as the care practices of the patient with malaria, and finally the knowledge of two languages associated with therapeutic resources against malaria ($p < 0.05$).

Conclusions

The Kichwa population under study has cultural therapeutic resources that need to be visible and reinforced, especially in the care of the patient with malaria. It is necessary to negotiate and modify knowledge about the causes of malaria.

Keywords: malaria-beliefs-practice-interculturality

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización mundial de la salud (OMS), en el año 2017, ocurrieron 219 millones de casos de malaria en todo el mundo; la mayoría de los casos de malaria fueron en África (92%), seguidos Asia Sudoriental (5%) y el Mediterráneo Oriental (2%). El informe 2018 revela que los casos están aumentando en las Américas en los últimos 3 años; en Venezuela, debido a la imposibilidad de pagar los medicamentos antipalúdicos, el control vectorial deficiente y la movilidad de personas infectadas; en Nicaragua, por el aumento de la transmisión en la región atlántica; y en Brasil en zonas endémicas de la región amazónicaⁱ.

En la región de las Américas, más del 93% de malaria se concentró en seis países: Brasil, Colombia, Guyana, Haití, Perú y Venezuela. En la mayoría de países los casos están disminuyendo a excepción de Perú, Guyana, Nicaragua y Venezuela debido a aumentos de malaria. La distribución de mosquiteros en el Perú no se lleva a cabo desde 2016, y aunque el número de hogares fumigados aumentó de 7.581 en 2016 a 15,865 en 2017, la naturaleza abierta de los hogares de las personas en Loreto hace que sea difícil rociar casas (OPS, 2017)ⁱⁱ.

Los costos que ocasiona esta enfermedad para el sistema sanitario y la población son muy altos, varios autores informan costos directos e indirectos. En Angola se ha reportado que el costo total de asistencia a un paciente con malaria fue de 28 114.93 dólares; siendo mayor para la malaria complicada triplicó el costo de la malaria simpleⁱⁱⁱ.

En Perú, en el año 2014 Sobrevilla et al. informó que el costo anual total para enfermedades metaxénicas fue de 6,309,054 dólares, siendo 2,288,096 dólares para Malaria, es decir la tercera parte del programa presupuestal enfermedades metaxénicas y zoonosis^{iv}.

La malaria es una enfermedad reemergente con alta prevalencia de casos. Según el boletín de enfermedades metaxénicas sujetas a vigilancia epidemiológica en la región Loreto, durante el año 2018 ocurrieron 19,404 casos de Malaria (4512 de malaria falciparum y 14897 de malaria vivax). Hasta la 19 semana epidemiológica del presente año 2019, en el distrito Tigre con 8731 habitantes, se han reportado 378 casos de malaria, IPA x 100 de 43.29 y ha sido calificado como de alto riesgo de malaria (Dirección Regional de salud de Loreto, 2019)^v.

En la mayoría de investigaciones sobre malaria prevalecen los estudios biomédicos y no es frecuente encontrar estudios que aborden los determinantes sociales, como el territorio, la clase social, el género, la etnia, las políticas macroeconómicas y otras variables sociales que inciden en las tasas de morbilidad y mortalidad de la malaria (Cardona- Arias, Salas-Zapata y Carmona-Fonseca, 2019)^{vi}.

El área geográfica que comprende a la población participante en el presente estudio corresponde a la etnia indígena Kichwa localizada en el río Tigre en la selva baja peruana. Los pueblos indígenas padecen de grandes inequidades en salud, una de ellas tiene que ver con el acceso universal en salud; si bien el estado promueve la interculturalidad en el sistema de salud, en las estrategias de curación, rehabilitación, prevención y promoción de la salud y se intenta facilitar el reconocimiento, el respeto, la comprensión de las diferencias culturales de los pueblos y la complementariedad de sus conocimientos y sus recursos en salud; sin embargo, son pocos esfuerzos los que se desarrollan al respecto.

En la cosmovisión amazónica el universo está totalmente vivo, todo tiene espíritu, las plantas tienen un espíritu “madre”, las cochas, los fenómenos como el rayo y la lluvia etc. Esto significa que, las comunidades indígenas mantienen una percepción propia del proceso salud enfermedad, prevención y restauración de la salud individual y colectiva; la salud es entendida como el resultado de relaciones armoniosas del ser humano consigo mismo, la familia, la comunidad y la naturaleza, que resultan del cumplimiento estricto de normas de comportamiento social y de respeto a

las fuerzas de la naturaleza y los elementos que la componen^{vii y viii}. La medicina tradicional está presente en los pueblos indígenas, utiliza plantas medicinales junto a otros recursos terapéuticos como rituales, cantos y ceremonias; así como, la práctica de los proveedores tradicionales como parteras, hueseros, sobadores, etc.

Las creencias que tienen las personas sobre la malaria es el producto de lo aprendido en su experiencia individual, grupal y social, que acontece dentro de una comunidad y un marco cultural o contexto social. El estudio de los condicionantes sociales y culturales de los pueblos indígenas suministra evidencia sobre las postergaciones y desigualdades que afronta esta población, así mismo, facilita la identificación de acciones que deben ser implementadas, para mejorar la respuesta social organizada, tanto de los servicios de salud, como del sistema en su conjunto^{ix y x}.

La interculturalidad presupone la interacción entre distintas culturas previamente identificadas, como condición necesaria para que exista un reconocimiento. De allí la importancia del reconocimiento de grupos humanos diferenciados de los demás y luego acceder a su identidad (Salaverry, 2010)^{xi}.

En este contexto el presente estudio pretendió dar respuesta a la interrogante: ¿Cuáles son los factores relacionados a las creencias y prácticas sobre malaria de la población Kichwa del río Tigre de la amazonia peruana?. Los objetivos específicos fueron los siguientes: a) identificar las características demográficas y socioeconómicas de los jefes de familia kichwa, b) Identificar las condiciones ambientales y estructurales de la vivienda, c) describir y analizar las creencias y prácticas como factor de riesgo para la malaria.

Los resultados obtenidos se convierten en insumos importantes que pueden contribuir al conocimiento de la cosmovisión Kichwa en la selva baja peruana, así como la validación de estrategias y políticas públicas que disminuyan la prevalencia de malaria en un área endémica de Loreto.

II. MATERIAL Y METODOS

En la presente investigación se empleó el método cuantitativo, apoyado en la teoría de Madeleine Leininger^{xii} quien sustenta a la etnoenfermería, la que se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas de los cuidados de enfermería; y cómo estos son conocidos cognitivamente o subjetivamente por una determinada cultura a través de su lenguaje local, experiencias, creencias y sistema de valores, respecto a los fenómenos reales o potenciales de interés de la enfermería como son los cuidados, la salud y los factores ambientales.

Este estudio se llevó a cabo en población adulta de la comunidad nativa de Bellavista, se encuentra localizada en el margen izquierdo del Río tigre, Distrito de Intuto, Río Tigre, Provincia de Loreto, Región Loreto. La comunidad de Bellavista fue fundada el 8 de Setiembre del año de 1956, tiene ascendencia Witoto. Cuenta con 80 familias, 420 habitantes y ocupan un terreno de aproximadamente $25683 m^2$. El tiempo de desplazamiento desde la comunidad hasta la ciudad de Nauta es de aproximadamente 05 días en lancha y 24 horas en yate con motor fuera de borda.

El diseño utilizado fue descriptivo, prospectivo, transversal. La población estuvo constituida por 134 familias de la comunidad de Bellavista, distrito de Intituto (rio Tigre). La muestra estuvo constituida por 100 familias que residen en la comunidad, seleccionada utilizando la fórmula de proporciones para poblaciones finitas, con un nivel de confianza 95%, error 5%. Los criterios de inclusión fueron: adultos de la comunidad de bellavista rio tigre, con permanencia mayor de seis meses y que se encuentran dispuestos a facilitar información.

Las variables independientes consideradas fueron a) Características demográficas y socioeconómicas de los jefes de familia Kichwa (sexo, edad, grupo étnico, tipología familiar, idioma, tiempo de residencia, número de personas por familia, nivel de escolaridad, ocupación, ingreso familiar, b) Condiciones ambientales y estructurales de la vivienda: pared, ventana, piso, puerta, techo, consumo de agua, servicios básicos como factor de riesgo para la malaria

La variable dependiente estuvo conformada por las creencias (causas, signos y síntomas, prácticas, tratamiento, complicaciones y formas de prevención), y las prácticas de cuidado que facilitan o dificultan la prevalencia de malaria en la población kichwa.

En la recolección de datos se utilizó un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas, una lista de cotejo de la vivienda. Este instrumento ha sido elaborado por el investigador y asesoras, fue sometido a validez interjueces (índice de concordancia de 0.94), la prueba piloto se ejecutó en 10 familias de la comunidad, tuvo por finalidad comprobar la secuencia y comprensión de cada pregunta.

Para la recolección de datos: a) la decanatura de ciencias de la salud, envió una solicitud a las autoridades de la comunidad para la obtención de la autorización; b) se realizó una jornada de sensibilización comunitaria con la finalidad de obtener el consentimiento informado de la comunidad; c) una vez identificado a los sujetos de estudio se obtuvieron el consentimiento informado previa explicación del propósito del estudio, y se acordó una cita para la entrevista a desarrollar en el domicilio de cada jefe de familia; d) La entrevista fue conducida por el investigador en idioma Kichwa, grabando a la misma en una grabadora de periodista, la que fue posteriormente transcrita textualmente en lenguaje *emic* y analizada con las asesoras del estudio.

Los datos cuantitativos fueron analizados a través del programa SPSS versión 23,0, se calcularon medidas de tendencia central y dispersión y se elaboraron tablas descriptivas.

Para proteger los derechos humanos, se obtuvo el consentimiento informado de las personas que ingresaron al estudio en forma voluntaria, previa lectura, explicación y firma de la hoja de consentimiento informado. En todo momento se respetó la decisión del participante de retirarse del estudio si así lo desea, éste recibió la información acerca de su participación, propósito de la investigación, duración esperada y procedimientos, su derecho a negarse a participar una vez iniciada su participación, beneficios de la investigación. Los instrumentos de

recolección de datos fueron manejados en forma anónima, se creó una base de datos en el paquete estadístico SSPS, los datos fueron analizados en forma agrupada.

RESULTADOS

1. Características demográficas y socioeconómicas de la familia Kichwa

La edad promedio de los adultos entrevistados fue de 55.2 ± 10.3 años, el 40.0% tiene entre 45 a 59 años, 38.0% entre 60 a 77 años y el 22.0% entre 34 a 44 años. El 59% de sexo masculino y 41% femenino. El 60.0% de adultos refieren que no tienen algún grado de instrucción, y 40% primaria incompleta. El 67% habla dos idiomas kichwa y castellano y el 33% solo habla castellano.

Respecto al tipo de familia, el 69% es de tipo nuclear, el 21.0% es familia extensa y el 10.0% corresponde a familia incompleta. Del total de viviendas, el 76% corresponde a una familia y en el 24% conviven dos a más familias. Referente al ingreso económico familiar, el 84% manifiesta que trabaja en su chacra, sin ningún salario, un 16.0% manifiesta ser beneficiario de pensión 65.

2. Condiciones ambientales y estructurales de la vivienda

Clima: el 42.0% refiere *“el sol quema más, nos causa fiebre cuando nos soleamos nos hace dolor nuestro cuerpo”*, el 22.0% refiere *“antiguamente el clima era sol y lluvia, pero no caldeaba”*, el 18.0% señala que el clima *“a veces es lluvioso y sombrío en la mañana”*, y otro porcentaje similar señala *“a veces es solazo y caluroso a partir de mediodía el sol es fuerte y en la tarde llueve”*

Servicios básicos: el 42.0% manifiesta que cuenta con servicios básicos, *“tengo lo que más necesito como: agua, leña, pescados, y productos”*, el 58.0% responde que no cuenta con los servicios básicos *“no tengo luz en la noche, baño, ni donde desechar mi basura”*.

Vivienda: el 42% de las casas no tiene puertas, el 53% de las casas cuenta con paredes de tabla, 31% con pared es de pona y 16% no tiene pared. El 41% de las casas, tiene piso de pona, el 59% cuenta con piso de tabla.

Consumo de agua: el 64.0% de la comunidad respondió que siempre consume agua, 20% consume agua de lluvia y 16% informó consumo de agua de la quebrada

3. Creencias sobre la malaria de la población Kichwa

a. Causas de malaria:

El 41% de los adultos informan que la malaria proviene del *“agua sucia, allí vive la malaria, donde los animales hacen sus necesidades y se bañan”*, un 38% responde que la malaria proviene del zancudo, *“cuando nos pica ese sancudo que tienen malaria”*, el 12% informan que la malaria proviene del *“huayo del ojé, allí nacen unos gusanillos y eso se reproducen y luego se convierte en zancudo eso tienen la malaria”*, un 9% informa que la malaria proviene del dulce, *“porque allí están introducidos, cuando uno come caimito, guaba, papaya, anona”* y también señalan *“cuando se come su contra la huangana, chancho, gallina, pescados con muelas y escamas”*.

b. Transmisión de la malaria:

El 36% del advierten que la transmisión de la malaria es *“cuando nos pica el sancudo, nos introduce la malaria, es quien hace andar a la malaria”*, el 34% manifiesta *“cuando se toma agua sucia de la quebrada o aguajal, allí es donde vive la malaria es algo natural por que como todo ellos se alimentan de la suciedad”*, 15% *“cuando se come su contra como la huangana, chancho, gallina, pescados con muelas y escamas”* y otro 15% *“cuando uno come dulce como papaya, caimito, guaba allí vive la malaria”*.

c. Signos y síntomas:

El 43% informa que la malaria se detecta con los siguientes signos y síntomas *“cuando se le mira chuylluri y siente frio su cuerpo tiembla y se tuerce y le duele la cabeza, siente debilidad luego le da pasando un*

día calentura”, el 21% señala “Cuando se sientes calentura de cuerpo nos duele la cabeza y la fiebre nos da cada rato”.

d. Caso de muerte por malaria:

34% de la población refiere “nunca vi que se murieron por malaria, todos se sanaron tomando vegetales”, el 26% refiere “antes la gente se moría con malaria cuando no había posta porque algunas personas no conocían los remedios hasta que otras personas de otra comunidad venían a enseñarnos que plantas es bueno para curarse de la malaria”, el 23.% relata “los niños cuando, no tomaban su remedio se agravaban más”, 17% narra “Si hubo muchos muertos de madres embarazadas, ellas no podían tomar vegetales porque su llullo, se le cae”.

e. Tratamiento de la malaria:

El 35.0% mencionan que la malaria “se cura con pura planta medicinal como uña de gato y retama bushilla, remocaspi, sapo huasca, guanábano, agua de plátano, malva, múcura serenada”, el 23.0% cuenta “la malaria se cura con plantas medicinales como retama hoja de guaba, cacao malva, cacao, caimito, guanábano”, el 22.0% “se cura puro plantas como hojas eso lo machacaban y chapeaban serenada eso lo tomaban de 3 a 5 veces”, un 20% “se cura con resina de tamamuri le chapeaban con chapo de plátano, resina de oje”.

f. Plantas para curar la malaria:

63.0% de la población informan que conocen “la Bushilla, remocaspi, retama, guanábano, uña de gato, cedro, sapo huasca múcura, malva, ajo sacha, chonta, caimito anona, cacao, toronja, oje, yerba luisa, etininga, agua serenada”, el 19% con “Hoja de macambo, papaya, semilla de mangua” y un 18% utilizan “hojas de cacao, caimito, anona, toronja, papaya”,

g. Uso de plantas medicinales como tratamiento:

El 44% informan “desde la antigüedad hemos curado con puras plantas medicinales”, 33.0% refiere “casi todos usamos la bushilla,

retama uña de gato, malva, múcura, remocaspí”, 23% señalan “antiguamente todo era plantas medicinales para curarnos la malaria, los curanderos tenían que adivinar a la enfermedad para poder hallarle su remedio, se tomaban hojas machacadas y chapeadas”.

Sin embargo, el 39% de la población expresan *“dejaron utilizar las plantas, porque la pastilla es menos amarga que los vegetales y nos cura más rápido y los vegetales demora mucho tiempo y es demasiado fuerte, hace vomitar y nos sentimos débil y nos hace asquear todo comida”,* un 31% hablan que dejaron utilizar las plantas para curar la malaria *“las personas buscan lo fácil y algunas ya no saben cómo preparar”.*

Así mismo, el 30.0% de la población expresa *“si enfermo, yo me curo como mis padres me enseñaron, las pastillas son drogas calmantes que nos pueden causar cáncer, gastritis y nos envejecemos más rápido entre otras enfermedades y cuando se toma esa pastilla no cura a la enfermedad por eso de nuevo nos vuelve a dar”.*

4. Prácticas sobre la malaria población Kichwa

a. Prevención y control de la malaria:

El 36% aduce *“no participo nunca, yo aprendí de mis abuelos ellos decían que la malaria, nos da cuando se toma agua sucia”,* el 34% comentan *“casi nunca participo, porque nunca vienen del puesto de salud a hacer una reunión sobre malaria”,* 30.0% menciona *“Yo nunca casi participo solo escucho hablar sobre malaria a mis vecinas, siempre me curo con vegetales”.*

b. Actividades que realiza para no enfermarse de malaria:

El 45% comunica *“evitamos comer dulce y también su contra como la huangana o tomar agua sucia, dormimos con mosquitero”,* 29.0% señala *“Tumbamos los árboles de oje, porque allí es donde crece los sancudos, preparo mis vegetales para tomar”* y un 16% manifiesta

“recogemos agua temprano, tapamos nuestra comida preparada, me baño temprano, y además preparo mis vegetales y tomo dos veces al año”.

c. Acciones que ejecutan cuando un poblador tiene malaria:

El 51% comunican “ahora lo llevamos a la posta allí lo sacan su análisis y le dan su tratamiento”, el 35% menciona “toda enfermedad lo curan en casa, el curandero es quien prepara los vegetales, tiene que adivinar la enfermedad, para tratar con los vegetales”, un 14% “lo primero es identificar la malaria y después se le quita la fiebre con fresco y malva, después se le convida múcura chapeada y para curar la malaria le convidamos retama bushilla, remocaspi, sapo huasca”

d. Número de veces que enfermó de malaria en el último año:

El 44% informan “casi no me enfermo con malaria, desde que me curé con vegetales”. El 21.0% del estudio informan que “yo me cuido con vegetales eso tomo dos veces al año”, el 35.0% del estudio informan que “si me dio la malaria este año de 1 a 2 veces, eso me paso por que tomé agua sucia del aguajal y dormí sin mosquitero”.

e. Cuidados que brinda a una persona con malaria:

El 37.0% narra “lo primero es identificar a la enfermedad, quitarle la fiebre con fresco y luego se le convida la retama o bushilla, sapo huasca, remocaspi, cualquier de los vegetales se le prepara, lo frescamos y luego lo bañamos, así lo convidamos su remedio y evitamos comer su contra”, el 35% informan “ahora lo llevamos a la posta, allí le dan tratamiento”, el 28.0% informan “se le pone en su cama con mosquitero, allí le convidamos puro fresco hasta quitarle la fiebre y luego recién se le convida su pastilla para la malaria, se le baña 3 veces al día”.

f. Vegetales que se utilizan en la comunidad para tratar la malaria:

La población manifiesta la utilización de las siguientes plantas: Bushilla, remocaspi, retama, guanábano, uña de gato, cedro, sapo huasca, múcura, malva, ajo sachá, chonta, caimito anona, cacao,

toronja, ojú, yerba luisa, etininga, agua serenada. También mencionan el uso de hojas de cacao, caimito, anona, toronja y papaya.

Referente a las propiedades y forma de preparar los vegetales para curar la malaria señalan a la retama, bushilla, remocaspi, guanábano, uña de gato, cedro y resina de tamamuri. Los siguientes testimonios muestran el conocimiento de las propiedades de las plantas que asigna la población entrevistada:

La retama

- *“es una planta que crece en el río o purma, tiene de 4 a 8 metros de altura, es bien ramudo, tiene las hojas redondas con flores amarillas, esa plantita echa su flor una vez al año. Esta plantita es netamente para malaria porque es bien amargo”.*
- *“Para preparar se coge la flor o el cogollo bien verdecito de 03 a 05 cogollo, los cogollos se asienta el agua a la candela en donde está hirviendo ahí se le suelta los 03 cogollos se le baja ahí le dejamos que se enfríe bien y luego se toma”.*
- *“En casa que utilizamos las hojas, se coge de 03 a 05 cogollos eso se le machaca y luego se chapea con agua serenada y después se le convida al enfermo eso también actúa como purgante ...causa diarrea, vomito, al tomar esa plantita se mata a la malaria en nuestro estómago, hace vomitar o nos da la diarrea, por medio de eso se elimina a la enfermedad”.*

La Bushilla:

“es una planta que crece en el río, bien ramudo alto y tiene las hojas bien menudo y redonda...se coge 03 cogollos se le machaca y a esa masa se le chapea con agua, más chapo de plátano y luego en una poca huita se le convida al enfermo con malaria y dentro de 10 minutos eso hace vomitar y ocasiona diarrea... ahí sale la enfermedad”.

Remocaspi:

“es un árbol de color amarillo grueso y muy alto de 15 a 20 metros, este árbol solo crece en la restinga, se utiliza cuando nos da la recaída de la malaria o fiebre. Actúa como relajante de estómago y hace curciar durante 2 a 3 días, se toma una vez y con eso se sana, al día siguiente se prepara 10 hojitas de hierva luisa se le cocina y toma como agua de tiempo”.

Resina de tamamuri:

“... el tamamuri es un árbol grueso y alto, tiene resina color oscuro, parecido al chapo de hungurahui, durante las mañanas tiene bastante resina”

“...se saca la resina y chapea con chapo de plátano y eso se le toma en un poca huita y después te hace vomitar y también te da la diarrea dos días y quedas bien débil y no tienes ganas ni de comer y empiezas asquear todo tipo de comida a penas tomas el agua así es un día y luego recién quedas tranquilo y tienes ganas de comer”.

Uña de gato:

- *Es una sogá que crece en la restinga esa planta es muy buena para curar la malaria. Esa sogá en la mañana se le troza en 3 a 5 pedazos y luego se le junta la resina en una botella para 2 a 3 tomas, esa resina se le tiene que tomar en la mañana y a unos 15 a 30 minutos eso lo mata esa malaria lo que está en tu estómago, eso te hace vomitar hasta que salga toda la enfermedad, porque esa resina es bien amarga. Que lo mata a cualquier bicho que está en tu estomago a los 8 a 15 días recién te sientes sano ya puedes comer de todo.*

5. Relación entre algunas características demográficas, familiares y de vivienda con las creencias y prácticas sobre malaria

5.1. Variables relacionadas a las creencias sobre la malaria

Al examinar el comportamiento de las creencias sobre la transmisión de la malaria, según las características mencionadas, se observó que, solo una tercera parte de población identificó al zancudo como transmisor la malaria, siendo conformada en forma mayoritaria por familias nucleares; mientras que dos terceras partes señalan a fuentes externas como la ingesta de agua sucia. El coeficiente de contingencia demostró relación estadística entre el tipo de familia y la creencia sobre la transmisión de la malaria (C.C=0.375, $p=0.012$) (tabla 5).

También se exploró las creencias sobre signos y síntomas según la edad del adulto entrevistado, encontrándose que los adultos entre 45 a 59 años fueron quienes en mayor proporción respondieron en forma acertada (20%), señalaron escalofríos, dolor corporal y fiebre. El coeficiente de contingencia evidenció relación estadística entre ambas variables (C.C=0.309, $p=0.032$) (tabla 6).

5.2. Variables relacionadas con las prácticas frente a la malaria

Analizar las variables demográficas con las prácticas de cuidado al enfermo con malaria, se encontró que solo el 35% de la población acude a la posta de salud a recibir tratamiento antimalárico, un 37% aplica medidas paleativas (aplica baños para disminuir la fiebre e ingiere vegetales con efecto frío y “evita comer su contra”) siendo especialmente adultos entre 44 años a más. Mientras que el 28% señala utilización de “cama con mosquitero, vegetales hasta quitarle la fiebre, y luego recién se convida la pastilla, y baño tres veces por día”. El coeficiente de contingencia mostró relación estadística entre ambas variables (C.C=0.307, $p=0.034$) (tabla 7).

Así mismo, se encontró que del total de adultos que habla dos lenguas (kichwa y español, 67%), el 33% manifestó que solamente usan vegetales como tratamiento antimalárico, el 18% comunicó que “son los curanderos quienes adivinan a la enfermedad y hallan su remedio con hojas machacadas y chapeadas”. La prueba chi cuadrado mostro relación estadística entre ambas variables ($X^2= 7.70$, $gl=2$, $p=0.021$) (tabla 8).

El tipo de pared de la vivienda mostro relación estadística significativa con la participación de la población en el control de la malaria, apreciándose que, del total de viviendas que cuentan con paredes de tablas de madera (53%), un 23% informó que el personal de salud no acude a la comunidad a promover reuniones para enfrentar la malaria, otro 20% menciona que no participa porque la malaria se adquiere cuando se ingiere “agua sucia” ($C.C=0.300$, $p=0.042$) (tabla 9).

DISCUSION

El cuidado y proceso salud-enfermedad de las comunidades indígenas precisan ser analizadas más allá del enfoque de la medicina convencional, es decir considerando a la medicina tradicional. Los hallazgos de esta investigación constituyen una aproximación al cuidado de enfermería desde el enfoque de la interculturalidad, a partir de la exploración de los saberes y experiencias expresadas por la población kichwa en la amazonia peruana.

Varios estudiosos concuerdan en señalar que el proceso salud-enfermedad está mediado por interacciones sociales, económicas, políticas, ambientales, culturales, que influyen en los estilos de vida de la población y en su relación con la naturaleza y el territorio; es decir que, la concepción y prácticas de salud forma parte de la cosmovisión de la población, es decir la visión del mundo, unido a las experiencias previas, entorno y condiciones del contexto^{xiii, xiv y xv}.

En el estudio es posible visualizar que el conocimiento y prácticas de salud se sustentan en las creencias, mitos y costumbres de las personas que se transfieren de generación en generación; aspectos que han sido explorados en la presente investigación. Cardona, Salas y Carmona (2019), efectuaron una revisión sistemática de investigaciones sobre malaria divulgados entre 1980 y 2018, en diez estudios seleccionados identificaron 33 determinantes sociales, señalando que la medición de conocimientos actitudes y prácticas sobre la enfermedad, fue más frecuente en cuatro de ellos. Por lo que, los hallazgos obtenidos desde la perspectiva intercultural se tornan interesantes.

En forma mayoritaria, la población asume que esta enfermedad es causada por el consumo de frutos dulces contaminados y por ingesta de agua sucia, solo un 38% reconoce al zancudo como agente transmisor de la malaria. Estos datos son similares a lo informado por Nelson quien analizó las creencias hacia la malaria en tres grupos étnicos de Guatemala, señalando que esta población identificó a los zancudos y mosquitos, pero creen que la malaria se debe a que introducen en la sangre la suciedad de los

desagües en que viven^{xvi}. Al respecto, García (2015) describe que, los mosquitos transmisores de la malaria hallan entornos óptimos para reproducirse en los surcos calientes y agujeros de agua que se forman al construir las viviendas^{xvii}.

A pesar de que la mayoría de la población reconoce los signos y síntomas de la malaria, el 43% asume que estos se producen por acción mágico religiosa (“le mira el chuylluri”). La malaria como enfermedad se percibe como exógena, con variables externas, mágicas, místicas y espirituales y que precisan de la participación de chamanes, curanderos facultados para curar a través de rituales para establecer así el orden y salud dentro de la población; esta función social de sanador es transmitida de generación en generación, a individuos de la misma familia (Hernández, 2012)^{xviii}.

Del mismo modo, Viniegra-Velázquez (2008) señala que el pensamiento mágico reconoce las causas de las enfermedades basada en los poderes sobrenaturales de algunas personas, uso de hechizos, conjuros y el concepto religioso de enfermedad donde la causa está representada por el castigo ante la violación de un tabú o una regla divina^{xix}. Strasser (2012), señala que en los métodos terapéuticos de los médicos vegetalistas o curanderos, se observa la lógica de su accionar por contrarios, es decir, respuestas cálidas junto a la precaución de no exponerse al frío^{xx}. Esto último también se aprecia en la población de área urbana de la Amazonía, con practicas fuertemente arraigadas y transmitidas a las generaciones por tradición oral.

EL 100% de la población entrevistada asume que el tratamiento de la malaria es a través de plantas medicinales “hojas machacadas, chapeadas y serenadas”; un 26%, acepta la ocurrencia de muertes por desconocimiento de vegetales, 17% de muertes neonatales de gestantes (“no podían tomar vegetales porque el llullo se les cae”. Estos hallazgos han sido también informados por otros autores, quienes describen que los vegetales utilizados como antimalárico son plantas amargas sirven para "limpiar" la sangre de impurezas (Nelson, 2000)

En cuanto al cuidado del enfermo con malaria, casi la mitad de la población (49%) señalan uso de medidas paliativas orientadas a la disminución de episodios febriles como baños frecuentes (tres veces/día) e ingesta de bebidas catalogadas como frescas (malva, múcura chapeada y otros. Resaltar que, el 39% de los entrevistados informó que actualmente en la comunidad también se están utilizando las pastillas antimaláricas, porque son menos amargas y curan más rápido que los vegetales; sin embargo, también reconocen que no cura totalmente porque puede haber recidivas. El 30% da propiedades nocivas a las pastillas antimaláricas, son calmantes que causan cáncer y envejecimiento más rápido. Hallazgos similares se ha encontrado en un estudio realizado en población amazónica colombiana se ha informado que, aunque existe conocimiento de las drogas antimaláricas, la población recurre a medidas tradicionales, como infusiones preparadas con corteza de árboles, antes de recurrir al hospital (Pineda, 2005)^{xxi}.

En otro estudio desarrollado en Pucallpa (Perú) se reportó que el 44% de la población con malaria tienen creencias negativas acerca de la etiología de la enfermedad, 42 % no poseen conocimientos científicos sobre malaria, el 59% se automedican y 32% usa medicina tradicional (Del Águila y Rengifo, 1998)^{xxii}.

Ello significa, que es necesario analizar los sistemas de salud tradicionales indígenas que comprende ideas, creencias, ritos y procedimientos, relacionados a la salud enfermedad; según la OPS esta medicina es circunscrita, local, colectiva, anónima y lleva en lo profundo un mensaje universal, las plantas constituyen su cotidianidad y cultura sus categorías y usos se articulan en lo mágico y religioso de la cosmovisión de los pueblos^{xxiii}

De otra parte, el 100% menciona que no participa en el control de la malaria (el sector salud no promueven acciones colectivas frente a la malaria, creencias en vegetales y evitación de “su contra”). Este hallazgo confirma lo señalado por Contreras (2014), sobre los factores que influyen en la morbilidad y mortalidad en las comunidades nativas amazónicas, entre

ellos, la escasa presencia del estado, el aislamiento territorial, y el subregistro^{xxiv}.

El estudio detectó aspectos de riesgo, que fueron confirmados por la relación estadística significativa encontrada entre algunas variables demográficas, familiares y características de la vivienda con las creencias y prácticas sobre la malaria ($p < 0.05$). Del total de adultos que hablan dos lenguas (Kichwa y castellano), el mayor porcentaje usa solamente vegetales y acude a curanderos de la comunidad; mientras que una cuarta parte de la población combina el tratamiento convencional con el tratamiento tradicional (vegetales y pastillas)

El tipo de pared de la vivienda mostró relación estadística significativa con la participación de la población en el control de la malaria, apreciándose que, del 53% de viviendas que cuentan con paredes de tablas de madera, la mayoría señala que no participa en acciones de control contra la malaria por la escasa presencia del sector salud y no reconoce a zancudo como agente etiológico.

Este hallazgo es similar con lo reportado por Griffith et al. (2012) en población indígena panameña, señalando que las paredes de las viviendas con troncos de madera facilitan la circulación de anofelinos, ubicados cerca de los criaderos de mosquitos^{xxv}. También estudios analíticos han demostrado el riesgo de malaria relacionado a las condiciones de la vivienda y entorno (paredes de estera y de adobe sin enlucir y áreas sin techo), la proximidad de ríos, y cultivos de frutales (Cardona, 2019).

En este estudio se ha analizado en forma cercana algunos factores contribuyentes de malaria como las creencias y prácticas algunas de ellas inadecuadas, aspectos similares que han sido también estudiados por otros investigadores en otras latitudes^{xxvi}.

Salinas-Castro y Narváez (2010) señalan que al ser la malaria una enfermedad exógena, la comunidad no posee poder para acciones de prevención y control^{xxvii}. También el rol del estado tiene presencia importante si desea erradicar la malaria^{xxviii}". Así mismo, al ser entendida la malaria como enfermedad externa, el control no está dentro de la población

sino dentro de los espíritus protectores y los médicos tradicionales. (Cáceres, 2017)^{xxix}.

Los datos anteriormente mostrados reafirman la necesidad de aplicar el enfoque intercultural en el campo de las enfermedades transmisibles, especialmente en áreas culturales diversas, y así rescatar los medios terapéuticos de la medicina indígena amazónica.

En esta línea de análisis, algunos investigadores como Racero (2000) mencionan que la nueva cosmovisión del cuidado intercultural debe considerar el contexto sociocultural, valores, creencias, las distintas concepciones de salud y enfermedad^{xxx}. Este mismo autor señala que, los cuidados de salud apoyados en la cultura no deben ser descalificados e invisibilizados, sino evaluadas por el personal de salud para establecer aquellas que pueden ser resguardadas, negociadas o modificadas para brindar un cuidado de enfermería congruente con la cultura.

Son varios los autores que coinciden con la necesidad de emplear estrategias para que el personal de salud reconozca que la participación comunitaria es un factor medular para alcanzar poblaciones vulnerables, marginadas y renuente (Rodríguez, 2011)^{xxxii}. Estos factores deben ser considerados por los gestores de salud para aplicar medidas de prevención y control de la malaria con un enfoque intercultural apropiado.

CONCLUSIONES

El restablecimiento de la salud en caso de malaria en la cultura Kuichwa, es alcanzado a través del uso de la medicina tradicional y prácticas culturales.

La población Kichwa en estudio cuenta con recursos terapéuticos culturales que precisan ser visibilizados y reforzarse, especialmente en el cuidado del enfermo con malaria. Se precisa negociar y modificar el conocimiento sobre las causas de la malaria.

Existen barreras para una adecuada aproximación a la comprensión del proceso salud enfermedad y de las medidas de cuidado de la población indígena ocasionado por las diferencias culturales y por la escasa presencia del estado en estas áreas geográficas.

RECOMENDACIONES

Aplicar la salud intercultural en el ejercicio de los profesionales de salud, en problemas de salud pública como la malaria, implica la adopción de un nuevo paradigma, no significa adquirir algunas competencias adicionales dentro del paradigma vigente; es decir que, se precisa de la reestructuración de los planes de estudio universitarios, con la formulación de competencias y capacidades que tienen que ver con el reconocimiento de las culturas, del saber popular de las mismas. La cultura constituye la identidad personal, sello íntimo de sus creencias y modos de vida

Diseñar investigaciones cualitativas que aborden con mayor profundidad el conocimiento de las prácticas y creencias

V. DECLARACION DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores de esta investigación indican no tener ningún conflicto a declarar.

ANEXOS

Tabla 1. Características demográficas y familiares de población Kichwa- Rio Tigre

	Femenino (n= 41)	Masculino (n= 59)	Total (n=100)
Edad (M, DS)	54.8 (10.2)	55.4 (10.5)	55.2 (10.3)
34 a 44 años	10 (10.0)	12 (12.0)	22 (22.0)
45 a 59 años	15 (15.0)	25 (25.0)	40 (40.0)
60 a 77 años	16 (16.0)	22 (22.0)	38 (38.0)
Escolaridad			
Sin instrucción	26 (26.0)	34 (34.0)	60 (60.0)
Primaria incompleta	15 (15.0)	25 (25.0)	40 (40.0)
Idioma			
Solo castellano	13 (13.0)	20 (20.0)	33 (33.0)
Kichwa + castellano	28 (28.0)	39 (39.0)	67 (67.0)
Ingreso económico			
Trabaja en su chacra, no salario	35 (35.0)	49 (49.0)	84 (84.0)
Pensión 65 (250 soles)	06 (6.0)	10 (10.0)	16 (16.0)
Tipo de familia			
Familia nuclear	28 (28.0)	41 (41.0)	69 (69.0)
Familia extensa	07(7.0)	14 (14.0)	21 (21.0)
Familia incompleta	06(6.0)	04 (4.0)	10 (10.0)
Número de familia/vivienda			
Una Familia	33 (33.0)	43 (43.0)	76 (76.0)
Dos a más Familia	08 (3.0)	16 (16.0)	24 (24.0)

M: media; DS: desviación estándar

Tabla 2. Condiciones ambientales y estructurales de vivienda de población Kichwa- Rio Tigre

Características	n (%)	Características	n (%)
Clima		Consumo de agua	
Es a veces lluvioso y sombrío en la mañana.	18 (18.0)	De la quebrada (a veces)	16 (16.0)
A veces es solazo y caluroso a partir de mediodía el sol es fuerte y en la tarde llueve.	18 (18.0)	Agua de lluvia (a veces)	20 (20.0)
Antiguamente el clima permanecía sol y lluvia, pero el sol no caldeaba.	22 (22.0)	Siempre toma del rio	64 (64.0)
El sol quema y hasta nos causa fiebre cuando nos soleamos	42 (42.0)	Pared	
Servicios básicos		No tiene pared	16 (16.0)
Si: porque tengo lo que más necesito como: agua, leña, pescados, y productos.	42 (42.0)	Pared de pona	31 (31.0)
No: tengo luz en la noche, baño donde desechar mi basura.	58 (58.0)	Pared de tabla	53 (53.0)
Puertas		Piso	
No	42 (42.0)	Pona	41 (41.0)
Si	58 (58.0)	Tabla	59 (41.0)

Tabla 3. Creencias sobre causas y transmisión de malaria de población Kichwa- Rio Tigre

Creencias sobre Malaria	Femenino (n= 41)	Masculino (n= 59)	Total (n=100)
Causas			
Del dulce, porque allí están introducidos, cuando uno come caimito, guaba, papaya, anona y también cuando se come su “contra” la huangana, chancho, gallina, pescados con muelas y escamas.	04 (4.0)	05 (5.0)	09 (9.0)
Del huayo del oje, allí nacen unos gusanillos y eso se reproducen y luego se convierte en sancudo eso tienen la malaria.	06 (6.0)	06 (6.0)	12 (12.0)
Del zancudo, cuando nos pica ese sancudo que tienen malaria.	14 (14.0)	24 (24.0)	38 (38.0)
Del agua sucia, allí vive la malaria, donde los animales hacen sus necesidades y se bañan.	17 (17.0)	24 (24.0)	41 (41.0)
Transmisión			
Cuando se come “su contra” la huangana, chancho, gallina, pescados con muelas y escamas.	05 (5.0)	10 (10.0)	15 (15.0)
Cuando se come dulce como papaya, caimito, guaba porque allí vive la malaria.	04 (4.0)	11 (11.0)	15 (15.0)
Cuando se toma agua sucia de la quebrada o aguajal, allí es donde vive la malaria, es algo natural por que como todo ellos se alimentan de la suciedad.	19 (19.0)	15 (15.0)	34 (34.0)
Por el zancudo cuando nos pica, nos introduce la malaria, es quien hace andar a la malaria.	13 (13.0)	23 (23.0)	36 (36.0)

Tabla 3.1. Continuación Creencias sobre malaria de población kichwa.
Rio Tigre

Creencias sobre malaria	Femenino (n= 41)	Masculino (n= 59)	Total (n=100)
Signos y síntomas			
Cuando se siente calentura de cuerpo, nos duele la cabeza y la fiebre nos da a cada rato.	10 (10,0)	11 (11,0)	21 (21,0)
Cuando se siente frio, te duele el cuerpo y quieres vomitar y no tienes ganas de comer y quedas posheco.	14 (14.0)	22 (22.0)	36 (36.0)
Cuando se le mira chuylluri y siente frio su cuerpo tiembla y se tuerce Y le duele la cabeza, siente debilidad luego le da pasando un día calentura.	17 (17.0)	26 (26.0)	43 (43.0)
Complicaciones			
Hubo muchos muertos de madres embarazadas, ellas no podían tomar vegetales porque su llullo se le cae y también no conocían plantas medicinales.	09 (9.0)	08 (8. 0)	17(17.0)
Los niños se agravaban más. cuando no tomaban su remedio	07 (7.0)	16 (16.0)	23(23.0)
Antes la gente se moría con malaria cuando no había posta porque algunas personas no conocían los remedios hasta que otras personas de otra comunidad venían a enseñarnos que plantas es bueno para curarse de la malaria.	07 (7.0)	19 (19.0)	26(26.0)
Yo no conozco, nunca vi que se murieron por que todos se sanaban tomando vegetales.	18 (18.0)	16 (16.0)	34(34.0)

Tabla 3.2. Continuación Creencias sobre malaria de población kichwa.
Rio Tigre

Creencias sobre tratamiento de la malaria	Femenino (n= 41)	Masculino (n= 59)	Total (n=100)
Tratamiento de la malaria			
Se cura con resina de tamamuri le chapean con chapo de plátano, resina de ojé.	11 (11.0)	09 (9. 0)	20 (20.0)
Usan puro plantas como hojas, eso lo machacan y chapean serenada, lo toman de 3 a 5 veces.	08 (8.00)	14 (14.0)	22 (22.0)
Con plantas medicinales como retama, hoja de guaba, cacao malva, cacao, caimito, guanábano.	09 (9. 0)	14 (14.0)	23 (23.0)
Mi padre curaba la malaria con planta medicinales como uña de gato y retama, bushilla, remocaspi, sapo huasca, guanábano, agua de plátano, malva, múcura	13 (13.0)	22 (22.0)	35 (35.0)
Plantas para curar la malaria			
Hojas de Cacao, caimito, anona, toronja, papaya.	06 (6.0)	12 (12.0)	18 (18:0)
Hoja de macambo, papaya, semilla de mangua.	07 (7.0)	12 (12.0)	19 (19.0)
Bushilla, remocaspi, retama, guanábano, uña de gato, cedro, sapo huasca múcura, malva, ajo sacha, chonta, caimito anona, cacao, toronja, oje, yerba luisa, etininga, agua serenada.	28 (28.0)	35 (35.0)	63 63.0)
Utilización de plantas medicinales			
Antiguamente todo era plantas medicinales para curarnos la malaria los curanderos tenían que adivinar a la enfermedad para poder hallarle su remedio así las hojas machacadas y chapeadas se tomaban.	07 (7.0)	16 (16.0)	23 (23.0)
Casi todos usamos la bushilla, retama uña de gato, malva, múcura, remocaspi.	11 (11.0)	22 (22.0)	33 (33.0)
A varios hemos curado con puras plantas medicinales.	23 (23.0)	21 (21.0)	44 (44.0)
Tratamiento contra la malaria			
Me curo con vegetales como mis padres me enseñaron, las pastillas son drogas calmantes que nos pueden causar cáncer, gastritis y nos envejecemos más rápido, y cuando se toma esa pastilla no cura a la enfermedad por eso de nuevo nos vuelve a dar.	14 (14.0)	16 (16.0)	30(30.0)
Por qué las personas buscan lo fácil y algunas ya no saben cómo preparar las plantas.	16 (16.0)	15 (15.0)	31(15.0)
Ahora pues porque la pastilla es menos amarga que los vegetales y nos cura más rápido y los vegetales demora mucho tiempo y es demasiado fuerte cuando uno se toma nos hace vomitar y nos sentimos débil y nos hace asquear todo comida no queremos comer	11 (11.0)	28 (28,0)	39 (39.0)

Tabla 4. Prácticas en prevención de malaria de población kichwa. Rio Tigre

	Femenino (n= 41)	Masculino (n= 59)	Total (n=100)
Participación en control de la malaria			
Yo nunca casi participo solo escucho hablar sobre malaria a mis vecinas yo si empre me curo con vegetales.	07 (7.0)	23 (23.0)	30 (30.0)
Casi nunca participo, porque nunca vienen de salud hacer una reunión sobre malaria.	17 (17.0)	17(17.0%)	34 (34.0)
Yo no participo nunca, yo aprendí de mis abuelos ellos decían que la malaria, nos da cuando se toma agua sucia.	17 (17.0)	19 (19.0)	36 (36.0)
Actividades que realiza para no enfermarse con malaria			
Recogemos agua temprano, tapamos nuestra comida preparada, agua y preparo mis vegetales, tomo dos veces al año, me baño temprano.	10 (10.0)	16 (16.0)	16 (16.0)
Tumbamos los árboles de ojé, porque allí es donde crece los zancudos, preparo mis vegetales para tomar.	11 (11.0)	18 (18.0)	29 (29.0)
Evitamos comer dulce y también su contra como la huangana o tomar agua sucia, dormimos con mosquitero.	20 (20.0)	25 (25.0)	45 (45.0)

Tabla 4.1. Continuación Prácticas en casos de malaria de población Kichwa.
Rio Tigre

Prácticas en casos de malaria	Femenino (n= 41)	Masculino (n= 59)	Total (n=100)
Cuidados que brinda a una persona con malaria			
Lo primero es identificar la malaria y después se le quita la fiebre con fresco y malva, múcura chapeada y después se le convida retama bushilla remocaspi, sapo huasca.	09 (9.0)	05 (5.0)	14(14.0)
Se le pone en su cama con mosquitero, allí lo convidamos puro fresco hasta quitarle la fiebre y luego recién se le convida su pastilla para la malaria, se le fresca, se le baña 3 veces al día.	16 (16.0)	12 (12.0)	28 (28.0)
Toda enfermedad lo curan en casa, el curandero prepara los vegetales, adivina la enfermedad y trata con vegetales.	13 (13.0)	22 (22.0)	35 (35.0)
		32 (32.0)	
Ahora lo llevamos a la posta allí lo sacan su análisis y le dan su tratamiento	19 (1.0)		51 (51.0)
Número de veces que enfermó de malaria este año			
Yo me cuido con vegetales eso tomo dos veces al año.	10 (10.0)	11 (11.0)	21 (21.0)
Me dio la malaria este año de 01 a 02 veces, eso me paso por que tomé agua sucia del aguajal y dormí sin mosquitero.	14 (14.0)	21 (21.0)	35 (35.0)
Yo casi no me enfermo con malaria desde mucho, desde que me cure con vegetales	17 (17.0)	27 (27.0)	44 (44.0)

Tabla 5. Creencias sobre transmisión de malaria según tipo de familia

Transmisión de malaria	Familia nuclear (n= 69)	Familia extensa (n= 21)	Familia incompleta (n=10)	Total (n=100)	prueba	p
Cuando nos pica el zancudo ahí nos introduce la malaria, es quien hace andar a la malaria.	28 (28.0)	7 (7.0)	1 (1.0)	36 (36.0)	C.C=0.375	0.012
Cuando se toma agua sucia de la quebrada o aguajal allí vive la malaria, es algo natural, por que como todo ser se alimentan de la suciedad.	20 (20.0)	11 (11.0)	3 (3.0)	34 (34.0)		
Cuando uno come dulce como papaya, caimito, guaba allí vive la malaria.	13 (13.0)	1 (01.0)	1 (1.0)	15 (15.0)		
Cuando se come su contra la huangana, chancho, gallina, pescados con muelas y escamas.	08 (8.0)	2 (2.0)	5 (5.0)	15 (15.0)		
<i>Coficiente de contingencia=0.375 p=0.012</i>						

Tabla 6. Reconocimiento de signos y síntomas de malaria según edad del adulto entrevistado

Signos y síntomas de malaria	34 a 44 años (n= 22)	45 a 59 años (n= 40)	60 años a mas (n=38)	Total (n=100)
Cuando le mira chuylluri, siente frio, su cuerpo tiembla y se tuerce. Le duele la cabeza, siente debilidad luego le da calentura pasando un día.	15 (15.0)	11 (11.0)	17 (17.0)	43 (43.0)
Cuando sientes frio, te duele tu cuerpo, quieres vomitar, no tienes ganas de comer y quedas posheco.	4 (4.0)	20 (20.0)	12 (12.0)	36 (36.0)

Cuando se siente calentura de cuerpo, duele la cabeza y la fiebre	3 (3.0)	9 (9.0)	9 (9.0)	21 (21.0)
---	---------	---------	---------	-----------

Coeficiente de contingencia=0.309 p=0.032

Tabla 7. Cuidado al enfermo de malaria según edad del adulto entrevistado

Cuidados que brinda a enfermo con malaria	34 a 44 años (n= 22)	45 a 59 años (n= 40)	60 años a mas (n=38)	Total (n=100)
Ahora lo llevamos a la posta, allí lo dan su tratamiento.	14 (11.0)	11 (11.0)	10 (10.0)	35 (35.0)
Lo primero es identificar a la enfermedad quitarla la fiebre con fresco y luego se le convida la retama o bushilla, sapo huasca, remocaspi, cualquier de los vegetales se le prepara, lo frescamos y luego lo bañamos, así lo convidamos su remedio. Además se evita comer su contra	05 (5.0)	17 (17.0)	15 (15.0)	37 (37.0)
Se le pone en su cama con mosquitero, allí lo convidamos puro fresco hasta quitarle la fiebre y luego recién se le convida su pastilla para la malaria, se le fresca lo bañaban de 3 veces al día.	03 (3.0)	12 (12.0)	13 (13.0)	28 (28.0)

Coeficiente de contingencia=0.307 p=0.034

Tabla 8. Uso de plantas medicinales según dominio de idioma

Uso de plantas medicinales en caso de malaria	Castellano (n= 33)	Kichwa y castellano (n= 67)	Total (n=100)
A varios hemos curado con puras plantas medicinales.	11 (11.0)	33 (33.0)	44 (44.0)
Casi todos usamos la bushilla, retama uña de gato, malva, múcura, remocaspi.	17 (17.0)	16 (16.0)	23 (23.0)

Los curanderos adivinan a la enfermedad, hallan su remedio con hojas machacadas y chapeadas

05 (5.0) 18 (18.0) 23 (23.0)

$\chi^2=7.70$; $gl=2$; $p=0.021$

Tabla 9. Participación en control de malaria según pared de vivienda

Participación en control de malaria	Pona (n= 31)	Tabla (n= 53)	No tiene pared (n=16)	Total (n=100)
Yo no participo nunca, la malaria, da cuando se toma agua sucia.	12 (12.0)	20 (20.0)	04 (4.0)	36 (36.0)
Yo nunca participo, me curo con vegetales.	11 (11.0)	10 (10.0)	9 (9.0)	30 (30.0)
No participo, porque nunca vienen de salud a hacer una reunión sobre malaria.	08 (8.0)	23 (23.0)	3 (03.0)	34 (34.0)

Coeficiente de contingencia=0.300 $p=0.042$

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-
- ⁱ Organización Mundial de la salud. Informe mundial sobre el paludismo 2018 .
Noviembre 2018, ISBN: 978 92 4 156565 3.
<https://www.who.int/malaria/media/world-malaria-report-2018/es/>
- ⁱⁱ Organización Panamericana de la salud/Organización Mundial de la salud.
Report on the Situation of Malaria in the Americas. 2017. Document
prepared by the Regional Malaria Program, Pan American Health
Organization with data from Annual Country Reports- 2017.
- ⁱⁱⁱ Fernández GA, Collazo HM, Pedro MN, Pinto HJ. Direct health costs of malaria
in the Regional Military Hospital of Uíge, Angola. *Medisur* 2018; 16 (4)
- ^{iv} Sobrevilla-Ricci A, Mosqueira-Lovón R, Gutierrez-Aguado A., Escobedo-Palza
S., Timana-Ruiz R. Costo de Enfermedades Metaxénicas en Los
Establecimientos de Salud del Perú. *Value in health* 18 (2015) A805 – A881.
- ^v Dirección regional de salud de Loreto. Enfermedades metaxenicas sujetas a
vigilancia epidemiológica en la región Loreto se.1- 19-2019. Reporte
epidemiológico de Loreto, SE.19 - año 2019 (del 05 de mayo al 11 de
mayo- 2019. Gobierno regional de Loreto.
- ^{vi} Cardona-Arias JA, Salas-Zapata WA, Carmona-Fonseca J. Determinación y
determinantes sociales de la malaria: revisión sistemática, 1980-2018. *Rev
Panam Salud Publica.* 2019;43:e39.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.39>
- ^{vii} Defensoría del Pueblo. La Salud de las Comunidades Nativas: Un reto para el
Estado. Gobierno del Peru. Informe defensorial 134. Lima. 2008.
- ^{viii} La salud en las poblaciones indígenas. Una visión de salud intercultural para
los pueblos indígenas de las América
publications.paho.org/spanish/capitulo_2_OT+198.pdf

-
- ix Pelcastre, Blanca, La salud de los pueblos indígenas: acciones y políticas. Salud Pública de México [en línea] 2007, 49 (Sin mes): [Fecha de consulta: 21 de mayo de 2019] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10649039>> ISSN 0036-3634
- x Hasen Narváez Felipe Nayip. Interculturalidad en Salud: Competencias en Prácticas de Salud con Población Indígena. Cienc. enferm. [Internet]. 2012 [citado 2019 Mayo 21]; 18(3): 17-24. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000300003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000300003>.
- xi Salaverry O. La interculturalidad en salud. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2010; 27(1): 80-93.
- xii Leininger MM, Mcfarland MR. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. 2° ed. Sudbury: Jones and Barlett, 2006.
- xiii Breilh J. Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
- xiv Cabrera A, Gustavo; Tascón G, Jorge; Lucumí C, Diego. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, [S.l.], v. 19, n. 1, mar. 2009. ISSN 2256-3334. Disponible en: <<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/906>>. Fecha de acceso: 07 jan. 2020
- xv Llanos-Zavalaga Fernando, Cotrina R Armando, Campana S Pilar. Factores asociados a la adherencia al tratamiento de Malaria en Piura y Tumbes-Perú. Rev. peru. med. exp. salud publica [Internet]. 2001 Jul [citado 2020 Ene 07]; 18(3-4): 63-70. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342001000200003&lng=es.
- xvi Nelson, C. M. Creencias y actitudes hacia la malaria y servicios antimaláricos en tres grupos étnicos de Guatemala. *espacio abierto vol. 4 no. 2. en foco: aspectos sociales de la salud: 50-61*

-
- ^{xvii} García, José E.. (2015). El pensamiento precientífico sobre la salud y la enfermedad. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 337-349. Recuperado en 09 de enero de 2020, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212015000300010&lng=es&tlng=es.
- ^{xviii} Hernández Cabezas Marilys, Hernández Cabezas Maricelys, Mauri Pérez José Luis, García Franco Vilma. La filosofía, el proceso salud-enfermedad y el medio ambiente. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2012 [citado 2020 Ene 09]; 11(Suppl 5): 727-735. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000500019&lng=es.
- ^{xix} Viniegra-Velázquez L. La historia cultural de la enfermedad. *Rev Invest Clin* 2008; 60 (6): 527-544. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=41280>
- ^{xx} Strasser, G. (2012). *Prácticas y representaciones en torno a los procesos de salud-enfermedad en la población de Azampay. Universidad Nacional de la Plata. Argentina.* (Doctoral dissertation, Facultad de Ciencias Naturales y Museo). <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/5336>.
- ^{xxi} Francy Pineda G. y Carlos A. Agudelo. Percepciones, Actitudes y Prácticas en Malaria en el Amazonas Colombiano. *Rev. salud pública*. 7(3): 339 - 348, 2005: 339-349.
- ^{xxii} Del Aguila Diaz, I., & Rengifo Ijuma, W. (1998). Influencia de los patrones culturales en la automedicación del paciente con malaria en el Caserío San José Km. 26 Carretera Federico Basadre. Pucallpa-1998. Universidad Nacional de Ucayali. [Tesis de licenciatura]. Repositorio Institucional. <http://repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/2318/restricted-resource?bitstreamId=2277>
- ^{xxiii} ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La salud de los pueblos indígenas de las américas: conceptos, estrategias, prácticas y desafíos. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud. OPS/OMS.

-
- ^{xxiv} Contreras-Pulache, Hans, Pérez-Campos, Pamela, Huapaya-Huertas, Oscar, Chacón-Torrice, Horacio, Champin-Mimbela, Daniela, Freyre-Adrianzén, Lissette, Arévalo-León, Carolina, Torres-Llaque, Silvia, Black-Tam, Carolina, *La salud en las comunidades nativas amazónicas del Perú..* Revista Peruana de Epidemiología [Internet]. 2014;18(1):1-5. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203131355012>.
- ^{xxv} Griffith, Margarita, Rovira, José, Torres, Rolando, Calzada, José, Victoria, Carlos, Cáceres, Lorenzo, *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la malaria en la población indígena guna de la comarca de Madungandí, Panamá, 2012.* Biomédica [Internet]. 2015;35(4):480-485. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84342791006>. doi: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v35i4.2386>
- ^{xxvi} Restrepo-Londoño AE, Duque-Rodas V, Herrera-Saldarriaga NA, Díaz-Lopera DA, Sierra-Hernández CA, Gómez-Calderin VA. Conocimientos, prácticas y actitudes sobre la malaria en el Municipio de LLoró, Chocó, Colombia. *Arch Med (Manizales)* 2019; 19(2):291-02. DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.19.2.3293.2019>.
- ^{xxvii} Salinas-Castro, V., & Narváez, A. (2010). los determinantes ambientales y la cultura en la transmisión de enfermedades. *Oecologia Australis*, 14(3), 623-640. Retrieved from <https://revistas.ufrj.br/index.php/oa/article/view/7102>. doi:10.4257/oeco.2010.1403.03
- ^{xxviii} Ávila Montes, G., Martínez Hernández, M., Ponce, C., Ponce, E., & Soto Hernández, R. (1998). La enfermedad de Chagas en la zona central de Honduras: conocimientos, creencias y prácticas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 3(3), 1998
- ^{xxix} Cáceres, L., Calzada, J.E., Gabster, A. *et al.* Social representations of malaria in the Guna indigenous population of Comarca Guna de Madungandí, Panama. *Malar J* 16, 256 (2017). doi:10.1186/s12936-017-1899-4.
- ^{xxx} Racero JIV. Cuidar desde una perspectiva cultural. Cultura de los cuidados. 2000 1º/2º sem.; IV (7/8):96-101.
- ^{xxxi} Rodríguez, Mario Henry, Betanzos-Reyes, Ángel Francisco, Grupo de Trabajo de Malaria del Sistema Mesoamericano de Salud Pública., , Plan de mejoramiento del control de la malaria hacia su eliminación en

Mesoamérica. *Salud Pública de México* [Internet]. 2011;53(3):S333-S348.

Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10621379007>

- ^{xxxii} Borges, Lisbeth & Agustín, José. (2019). *Visión integral de los yanomamis acerca de la malaria, Alto Orinoco, Estado Amazonas, Venezuela. 2007-2010. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría.*
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/5503/35389_loaiza_borges_lisbeth.pdf?sequence=1.