

MATERIAL SUPLEMENTARIO

Uso y acceso de medicina alternativa y complementaria en la población general

Ficha N°

Código de encuestador

Región:

Provincia:

Distrito:

Dirección domiciliaria (Asoc, Mz, Lte, Av. Jr.).....

Fecha de encuesta:/...../..... Hora:.....

Buenos días/buenas tardes, estamos haciendo algunas preguntas para conocer “la situación de la Medicina Alternativa Complementaria en la Región Ucayali”, sus respuestas nos servirá para mejorar la atención de salud de acuerdo a su preferencia, por lo que rogamos ser sincero al responder.

Parte I: Aspectos Generales

1. Edad en años (>18 años):

- 1. 18 a 30 años
- 2. 31 a 40 años
- 3. 41 a 50 años
- 4. 51 a 60 años
- 5. 61 a 70 años
- 6. 71 a más años

2. Sexo

- 1. Femenino
- 2. Masculino

3. Estado Civil

- 1. Casado(a)
- 2. Soltero(a)
- 3. Conviviente
- 4. Divorciado(a)
- 5. Separado(a)
- 6. Viudo (a)

4. Grado de instrucción

- 1. Sin instrucción
- 2. Primaria
- 3. Secundaria
- 4. Superior incompleto
- 5. Superior completo

5. Ocupación(considere la ocupacion en el momento de la entrevista)

- 1. Empleado público
- 2. Empleado privado
- 3. Su casa
- 4. Agricultura y ganadería
- 5. Independiente
- 6. Estudiante

6. Ingreso economico familiar mensual(considere del último mes)

- 1. Menor a S/ 1436.00
- 2. Entre S/1436.00 a S/2045.00
- 3. Entre S/2046.00 a S/3376.00
- 4. S/ 3377.00 a S/ 5308.00
- 5. Mayor a S/ 5308.00

Parte II: Aspectos Relacionados a la situación de la MAC en la población

7. Usted y/o su familia conoce sobre terapias de Medicina Alternativa y Complementaria?

- 1. Si
- 2. No

Si la respuesta es afirmativa, continúe con la encuesta; si es negativa suspenda la encuesta.

8. ¿Por qué medio se informó sobre las terapias de Medicina Alternativa y Complementaria? (señale la principal)

- 1. Televisión
- 2. Radio
- 3. Periódico, boletines, etc
- 4. Familiares y/o amigos
- 5. Personal de salud
- 6. Otros especificar.....

9. Usted y/o su familia se atendió alguna vez con terapias de Medicina Alternativa y Complementaria?

- 1. Si
- 2. No

Si la respuesta es afirmativa, continúe con la encuesta; si es negativa suspenda la encuesta.

10. ¿En dónde se atendieron con las terapias de Medicina Alternativa y Complementaria?

- 1. En Ucayali
- 2. En otro lugar
- 3. En ambos

11. ¿En qué institución se atendió con la Medicina Alternativa y Complementaria? (Señale respuesta necesaria)

- 1. Establecimientos del salud del Ministerio de Salud
- 2. Seguro Social (EsSalud)
- 3. Consultorios particulares

4. Organizaciones Religiosas

5. Otros especificar

12. Señale las razones o motivos por las cuales se atendió con la MAC: (señale la respuesta principal)

1. Por que la medicina convencional no respondió a la patología

2. Por recomendación de familiar o amigo

3. Por sus menores efectos adversos

4. Porque cree en su eficacia

5. Porque es más barato

6. Otros especifique.....

13. ¿Qué terapias MAC ha recibido usted y/o su familia? (Marque la o las respuestas necesarias)

1. Acupuntura

10. Reflexoterapia

2. Fitoterapia/Medicina Herbal

11. Yoga

3. Homeopatía

12. Tai Chi

4. Terapia Neural

13. Hidroterapia

5. Terapia Floral

14. Geoterapia

6. Trofoterapia

15. Reiki

7. Aromaterapia

16. Terapia Magnética

8. Quiropraxia

17. Otros.....

9. Masoterapia

14. ¿Cuál es la edad de la persona que generalmente se atiende con las terapias de MAC?

1. 18 a 30 años

2. 31 a 40 años

3. 41 a 50 años

4. 51 a 60 años

5. 61 a 70 años

6. 71 a más años

15. Señale el año de su primera consulta según terapias MAC recibidas:

Terapias MAC /año

Terapias MAC /año

1. Acupuntura

10. Reflexoterapia

2. Fitoterapia/Medicina Herbal

11. Yoga

3. Homeopatía

12. Tai Chi

4. Terapia Neural

13. Hidroterapia

5. Terapia Floral

14. Geoterapia

6. Trofoterapia

15. Reiki

7. Aromaterapia

16. Terapia magnética.....

8. Quiropraxia

15. Otros.....

9. Masoterapia

16. Ha recibido alguna terapia de Medicina Alternativa y Complementaria en los últimos 12 meses?

1. Si

2. No

Si la respuesta es afirmativa, pase a la pregunta 17, si la respuesta es negativa suspenda la encuesta.

17. ¿Qué terapias MAC ha recibido en los últimos 12 meses? (Marque la o las respuestas necesarias)

1. Acupuntura

10. Reflexoterapia

2. Fitoterapia/Medicina Herbal

11. Yoga

3. Homeopatía

12. Tai Chi

4. Terapia Neural

13. Hidroterapia

5. Terapia Floral

14. Geoterapia

6. Trofoterapia

15. Reiki

7. Aromaterapia

16. Terapia Magnética

8. Quiropraxia

17. Otros.....

9. Masoterapia

18. De la atención en los últimos 12 meses: señale por cual patología o dolencia se atendió según terapias:

Nombre de terapias MAC

Enfermedad o dolencia

1.

.....

2.

.....

3.

.....

4.

.....

5.

.....

19. De la atención en los últimos 12 meses señale: ¿En qué tipo de servicio de salud se atendió con las terapias de Medicina Alternativa y Complementaria?

1. Establecimiento de salud del Ministerio de Salud

2. Seguro Social (EsSalud)

3. Consultorio particular

4. Organización Religiosa

5. Otros especificar

20 ¿Dónde compra los productos recetados en la atención con la Medicina Alternativa y Complementaria?

1. En la farmacia

2. En el hospital del Seguro Social (EsSalud)

3. En establecimientos del Ministerio de salud

4. En casas naturistas

5. Otros especificar

21. En relación a la satisfacción: ¿Cómo se sintió usted y/o su familia con la atención recibida en el servicio MAC?

- 1. Muy Satisfecho
- 2. Satisfecho
- 3. Indiferente
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy Insatisfecho

22. De la atención con terapias de MAC en los último 12 meses: ¿Se atendió paralelamente con medicina alopática?

- 1. Si
- 2. No

Si la respuesta es afirmativa pase a la pregunta 23, si la respuesta es negativa pase a la preg. 24

23. ¿Le ha comentado a su médico alópata que simultáneamente viene recibiendo otro tipo de tratamiento con MAC?.

- 1. Si
- 2. No

24. ¿Usted cree que es necesario implementar servicios de salud con terapias de MAC en Ucayali?.

- 1. Si
- 2. No
