

**Prácticas y creencias
en el manejo de las heridas traumáticas de un grupo de
madres fami-ICBF del barrio El Nevado de Manizales**

Cecilia Escobar de Rendón

Especialista en Promoción de la Salud
Docente Titular
Universidad de Caldas

Ofelia Tobón Correa

Especialista en Promoción de la Salud
Docente Titular
Universidad de Caldas

Esta investigación fue presentada en el XIII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería, realizado en Medellín en mayo de 1997; obtuvo, en el mismo evento, un reconocimiento público a la investigación otorgado por la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN con los siguientes criterios: Su pertinencia social y profesional, originalidad y coherencia, la utilización rigurosa de una metodología cualitativa, la creación de categorías para el análisis teórico, el impacto social en el cambio conceptual y de las prácticas en el manejo de las heridas traumáticas por las madres participantes en el estudio.

También se le concedió mención especial en la primera cohorte del Postgrado de Promoción de la Salud, de la Facultad de Ciencias para la Salud en la Universidad de Caldas.

Resumen

La microetnografía pretende develar el sentido que tienen las prácticas y creencias en el manejo de las heridas traumáticas para un grupo de madres comunitarias del programa FAMI-ICBF del barrio El Nevado de Manizales; se utilizan técnicas como el taller y la entrevista no formal focalizada; después de tres momentos, cada uno de los cuales comprende recolección, descripción, interpretación y devolución de la información, se construyen unas categorías como producto de la lógica del grupo, así:

Tradición cultural, como principal determinante de sus costumbres, prácticas y creencias respecto al cuidado de las heridas y la salud en general. Se identifica una mezcla de medicinas, con énfasis en la popular herbaria además de la científica y la mágico religiosa. Esta hibridación se da debido a los altos costos de la medicina tradicional, las relaciones inapropiadas de los agentes de salud con el usuario; el resultado, no siempre favorable, del tratamiento ordenado, la escasa disponibilidad de recursos de salud y el riesgo de complicaciones percibido por la gente.

Concepción de herida: Las heridas se presentan más comúnmente por accidentes y violencia; el nivel de gravedad está determinado por la

hemorragia, la infección, la profundidad, el objeto causal y la necesidad de sutura.

Prácticas y Creencias: Son el reflejo de los patrones culturales que se han transmitido por tradición oral a través de las personas mayores, de generación en generación.

Algunas de esas prácticas han sido adquiridas de manera empírica o a través de la educación informal. Las madres del grupo recurren prioritariamente cuando hay un herido, a los recursos familiares, a las personas cercanas, al yerbatero y sólo en caso de gravedad, acuden a las instituciones de salud. Los trabajadores de la salud deben replantear las concepciones que poseen frente a su propia profesión y frente al otro como persona, si quieren afectar la vida y la cotidianidad de la gente y, abordar los conceptos nuevos a partir de los códigos de la población de acuerdo con sus características socioculturales.

Definición de categorías

Tradición cultural: Son los actos (pautas de conducta), las ideas (creencias, conocimientos) y sentimientos (actitudes, valores) que el hombre transmite de generación en generación mediante el lenguaje y el uso de símbolos.

Práctica en salud: Por práctica en salud se entiende la “actitud asumida y las medidas tomadas por el individuo y la comunidad con el fin de preservar o restituir la salud o prevenir la enfermedad”¹.

Creencia: Es tener por afirmativa o cierta una cosa o práctica que no está comprobada o demostrada, pero que se conoce algunas veces por tradición. A partir de las creencias se forman las actitudes relativas a resultados o a consecuencias de conducta, esto es, la norma subjetiva (actitud de una persona con relación a un acto y la percepción de lo que otra persona espera que ella haga y su motivación a conformarse con esta expectativa).

Herida traumática abierta: Dentro de la clasificación de las heridas, se considera traumática abierta a aquella causada por accidente o trauma, por lo tanto no intencional, y que tiene abertura en la piel².

Objetivo general

Develar el sentido que tienen las prácticas y creencias en el manejo de las heridas traumáticas para un grupo de madres comunitarias del programa FAMI del ICBF, Manizales.

¹ MONJE A., Carlos Arturo y otro. La psicología de la medicina tradicional en niveles socioeconómicos bajos, en el área urbana del Departamento del Huila, Universidad Surcolombiana, Neiva 1980. p.4.

² KOZIER et al. Enfermería fundamental. 4ed. T1. Interamericana, 1994. Madrid. p.830.

Objetivos específicos

- Determinar cuál es la concepción que tiene el grupo de madres frente a las heridas traumáticas abiertas.
- Describir y categorizar las diferentes creencias y prácticas utilizadas por estas madres para el manejo de las heridas.
- Identificar los conocimientos del grupo acerca de los signos de alarma y complicaciones de las heridas.
- Identificar las principales características culturales de la comunidad a la que pertenece el grupo de madres.
- Establecer en el grupo, cómo ha influido la educación informal y la tradición cultural en sus prácticas y creencias con respecto al manejo de las heridas traumáticas abiertas.

Diseño metodológico

El enfoque de la investigación es históricohermenéutico, de tipo microetnográfico. Con dicha investigación se pretende reconstruir el código o competencia comunicativa de un grupo de madres comunitarias de la modalidad FAMI-ICBF con características culturales relativamente homogéneas. Se parte de la caracterización del grupo, seguida de recolección de información a través de talleres con variadas técnicas participativas; el empleo de un diario de campo y las grabaciones de cada actividad que permiten describir la información, interpretarla y replantear las categorías durante tres momentos diferentes (ver gráfica).

Se llega por consenso a la construcción de sentido para luego estimular y fortalecer las prácticas positivas empleadas por el grupo y plantear alternativas para aquellas consideradas inadecuadas por presentar riesgos para la salud.

Interpretación y construcción de sentido

En algunos conglomerados, subsisten creencias y prácticas que no se compaginan con los adelantos de la ciencia médica. En nuestro medio los individuos tienen un proceso de socialización cruzada, en la misma intervienen factores científicos, religiosos, folclóricos y populares, resultado de nuestra conformación socio-cultural.

Cuando los recursos médicos se tornan distantes y costosos, entran a operar otros recursos, como las hierbas medicinales y las prácticas populares por ejemplo, el uso de la telaraña, el café y la gasolina, para el tratamiento de las heridas; algunas de las madres del grupo dijeron consultar primero al yerbatero y lo expresaron así: **«Hay enfermedades que solamente cura el yerbatero. Este no necesita mandar a sacar exámenes. El médico tiene mayores conocimientos, pero hay cosas de todas formas que el médico no conoce»**. Una madre dijo: **«Me cansé de llevar la niña al Hospitalito y recurrí al yerbatero; ahora la niña se ve distinta»**. Agregaron las madres: **«Se recurre al curandero cuando la herida es leve o cuando el tratamiento médico no da resultado»**. Para las participantes la decisión de optar por una u otra medicina para cuidar las heridas, depende de aspectos diversos como el

grado de conocimiento del agente de salud, el resultado del tratamiento ordenado, la evolución en la condición de salud, los recursos de salud disponibles y el riesgo de complicaciones.

Entre las madres el aspecto cultural es el principal determinante de sus hábitos, costumbres, prácticas y creencias acerca del cuidado de las heridas y de la salud en general.

El grupo aprendió el cuidado de las heridas y de la salud en general a través del empirismo y de la educación informal. Las madres dijeron que **«en la escuela y en el colegio no enseñan cuidados de salud; si acaso, algo de higiene y primeros auxilios»**. La transmisión de conocimientos y habilidades para el cuidado de la salud funcionan en gran medida por fuera de la escuela. El grupo carece de educación no formal para el cuidado de las heridas.

Para el grupo la socialización con sus vecinas es muy importante en el aprendizaje del cuidado de la salud; ellas son percibidas como apoyo emocional y económico. La solidaridad se fortalece especialmente en las comunidades de escasos recursos, donde el acceso a las instituciones se restringe por factores económicos, culturales y barreras de comunicación.

Por otro lado en el grupo es notorio el conocimiento transmitido de padres a hijos, particularmente de la madre y la abuela como socializadoras primarias del cuidado de la salud, especialmente en lo que respecta a prácticas de la medicina popular.

Entre las madres del grupo FAMI se identificó una mezcla de medicinas con preferencia por la herbaria a manera de cocimientos, emplastos, lavados y unturas; en segundo lugar, la medicina científica, la que utilizan solo en casos de gravedad y la mágico-religiosa que es empleada en algunas ocasiones.

Ese fenómeno de hibridación de medicinas, se explica por sus ancestros culturales, los costos de la medicina científica, la situación económica, la relación entre el yerbatero y el paciente. El curandero y el yerbatero, tienen una relación personal con su paciente que al mismo tiempo es una relación social, puesto que pertenecen generalmente a la misma realidad socioeconómica y cultural.

Otro aspecto que influye en la utilización simultánea de los diferentes tipos de medicina es el desconocimiento por parte de la ciencia médica de la cultura popular y su sabiduría, además, de ciertas características de algunos profesionales de la salud que afectan su relación con el usuario, según las madres del grupo: **«no vemos resultados rápidos en los tratamientos; son maleducados, leen en los libros durante la consulta, se creen más que la gente, no saben qué es lo que uno tiene, mandan muchos exámenes y pocos tratamientos. No le dicen a uno qué es lo que tiene, hablan en palabras que parecen inglés»**. La relación médico-paciente es percibida por ellas como inadecuada y poco efectiva.

Con respecto a la medicina científica, el grupo expresa que hay que utilizarla en caso de gravedad porque **«el médico tiene medios más modernos para examinarlo a uno y solo él puede coser una herida»**.

Al indagar acerca de las prácticas y creencias respecto al cuidado de las heridas traumáticas se encuentra que:

- Para tratar la inflamación las madres usan: la Yerbamora colocando las pepas sobre la herida; además la Caléndula, el Amor seco y el Romero. El tuétano amarillo de res, aceite de Almendras y cristales de Sábila, juntos los fríen y los ponen tibios sobre las heridas.

- Para la infección emplean Agua Oxigenada y consideran que **«cuando hierve en la herida es porque hay infección»**; además usan la pomada Merey; a pesar que ellas consideran que **«las pomadas sancochan las heridas»**, a dicho ungüento no le atribuyen esta característica; también el Merthiolate, el Yantén, la Penicilina en polvo, panela raspada, el hielo para que no se riegue la infección; el Paico aplicado en zumo o en cocimiento. Creen que si la sustancia que se aplica a la herida arde hay menos peligro de infección.

- Para sanar: Utilizan el Paico tostado y molido, el cual se pone sobre la herida; baños con agua de Verbena; Agua Oxigenada, Merthiolate, el Yantén en emplastos, Cargamanto, Ortiga, Laurel, Yerbamora y Nogal, baños de agua con sal, Isodine, Pomada Merey. “Si la herida no sana se abre y se le coloca emplastos de panela”.

- Con el fin de ayudar a cerrar o cicatrizar la herida emplean: zumo de cogollos de salvia, Sanalongo, Altamisa y Amor seco. Lavar la herida es considerado por el grupo como la práctica de mayor importancia para evitar la infección y ayudar en la cicatrización; el concepto de lavar la herida es utilizado como sinónimo de desinfección. **«Sanar la herida»**, según ellas, es cuando la herida sigue el proceso reparativo normal, y **«cicatrizarse»** es formar cicatriz normal en la piel.

- Para la hemorragia: Alcohol con agua tibia, paños de agua fría, sal, jabón rey, café, presión sobre la herida, torniquete en brazos o piernas, **«aunque puede ser peligroso y hay que estar soltándolo»**; la telaraña es la más utilizada porque la consideran efectiva y de fácil consecución, barro de cerámica, limpiador de PVC, pegante Boxer o solución de caucho, petróleo, papel higiénico y gasolina. La hemorragia es el signo de gravedad por excelencia entre los miembros del grupo y consideran que es más importante tratar la hemorragia, aún a sabiendas de que hay riesgos de infección, frente a la cual se sienten autoeficaces. Las creencias del grupo están fundamentadas en la validación empírica **«sólo se confía en lo que se ha visto hacer y se sabe que sirve»**. Y aún dentro de los grupos humanos, algunas prácticas y creencias caracterizan subgrupos de acuerdo al estrato socioeconómico a que pertenecen.

En la categoría de concepción de la herida, referente a la causalidad, el grupo da un valor primordial a la violencia física como causa de las heridas. Esta

percepción de herida está mediada por el ambiente social en que está inmerso el grupo de madres.

Es necesario ayudar a la comunidad a examinar cuidadosa y críticamente sus creencias, costumbres y prácticas en el cuidado de las heridas, para identificar prioritariamente los beneficios de ellas. Esto los llevará a ganar confianza en sus propios conocimientos y habilidades. Los sistemas de salud deben ser pluralistas de tal manera que la medicina moderna sea una de las opciones para recuperar la salud, entre otras alternativas terapéuticas.

Los educadores en salud deben partir de la revisión de las concepciones que poseen frente a su propia profesión, frente al otro como persona y frente a la comunidad si quieren afectar la vida y la cotidianidad de la gente para que los conceptos nuevos se aborden a partir de los propios códigos de la población y de acuerdo a sus características socio-culturales. No basta con identificar que hay un saber diferente; es necesario reconocerlo, encontrar y entender su lógica con el fin de adecuar las estrategias para la comunicación interactiva, el diálogo de saberes y las técnicas para la educación en salud.

Bibliografía

- AKERELE, Olaviwola. Las plantas medicinales: Un tesoro que no debemos desperdiciar. En: Foro Mundial de la Salud. Ginebra: OMS. 1993. Vol. 14 No. 4.
- CARVAJAI, Jorge. Medicinas alternativas y enfermedad infecciosa. En: Carmona Fonseca, Jaime. Tópicos de Infectología. Universidad de Antioquia. 1994.
- DU GAS, Tratado de Enfermería Práctica. 3ed. México: Interamericana. 1977.
- FERGUSON, Guillermo. Esquema crítico de la medicina en Colombia. Bogotá: CIEC. 1979.
- GUTIERREZ DE PINEDA, Virginia. Medicina tradicional de Colombia: Magia, religión y curanderismo. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 1985. Vol. 2.
- HILL, Ann. La otra medicina: Sistemas de curación no convencionales. Barcelona: Martínez Roca. 1982.
- KOZIER ERB, Olivieri. Enfermería fundamental. 4ed. Madrid: Interamericana. 1993. Tomo I.
- OMS. Boletín de Investigaciones sobre servicios de salud. No. 10. Primavera. 1992.
- OMS. Como afrontar los desafíos de la salud mental. Documento de referencia sobre la educación en salud. Ginebra. 1991.
- OPS. Las condiciones de salud en las Américas. Científicas # 549. Washington: Oficina Sanitaria Panamericana. 1994.
- RESTREPO, Helena E. Las políticas de promoción de la salud en OPS. Washington. Octubre; 1992.
- VASCO URIBE, Alberto. Salud, medicina y clases sociales. Medellín: Hombre Nuevo. 1973.
- VÉLEZ, Alba Lucía. Conceptos básicos del proceso salud, enfermedad. Monografías universitarias No. 9. Manizales: Universidad de Caldas. 1990.
- XOCHITL HERRERA, Miguel Lobo-Guerrero. Factores de riesgo para la salud del niño indígena. Santafé de Bogotá: Fundación Etnollano. 1994.