



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA



CREENCIAS POPULARES EN TORNO AL BAÑO

AUTORES:

Br. Lopez, Matilde
Br. Massaro, Romina
Rodriguez, Cecilia

TUTORES:

Lic. Enf. Menoni, Teresa
Lic. Enf. Monge, América

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2002

INDICE

Resumen.....	pág. 1
Introducción.....	pág. 3
Marco conceptual.....	pág. 4
Marco Referencial.....	pág. 15
Justificación y Fundamento de la Investigación.....	pág. 17
Area temática, Problema y Objetivos.....	pág. 19
Aspectos Metodológicos.....	pág. 20
Presentación de los Resultados.....	pág. 24
Análisis de los Resultados.....	pág. 34
Conclusiones y Sugerencias.....	pág. 37
Bibliografía.....	pág. 39
Anexos.....	pág. 41
Anexo I Antecedentes de Investigaciones en Creencias Populares.....	pág. 42
Anexo II Síntesis Diagnóstica del Barrio Lavalleja.....	pág. 47
Anexo III Aspectos del Metodológicos del Protocolo.....	pág. 50
Anexo IV Instrumentos.....	pág. 56

RESUMEN

La investigación se define como un estudio descriptivo, transversal con análisis cuali-cuantitativo.

El área temática es la conducta frente al baño de los niños en situación de enfermedad.

El problema que se plantea es: ¿Cuáles son las creencias populares que sostienen la conducta del no baño en las madres de los niños en situación de enfermedad, que se atienden a través del Plan Aduana, en la Policlínica Lavalleja en Agosto de 2001?

Se utiliza la entrevista estructurada para recabar los datos concernientes a las características generales de la muestra, la conducta frente al baño, las creencias que la sustentan y sus fundamentos.

Los datos cuantitativos son analizados por la estadística descriptiva, utilizando intervalos, categorías, media aritmética, desvío, tablas bivariadas, tablas de frecuencia absoluta, frecuencia relativa porcentual y gráficos, según la variable de estudio, lo cual muestra claramente las características de la población sujeto de estudio.

Para tratar los datos cualitativos en primera instancia se describe el contenido de cada categoría y se identifican los temas principales, luego se agrupan aquellas que tienen puntos en común y son tratados en función de la categorización de las respuestas, en ellas se buscan los indicadores que caracterizan el hecho folklórico.

Los pasos de la investigación son en primera instancia la revisión bibliográfica para obtener información y antecedentes de investigación en torno al tema.

Se elabora protocolo de investigación el cual contiene el área problema, el problema, los objetivos, área de estudio, universo y muestra, las variables (su definición y medición), el plan de tabulación y análisis, procedimientos, cronograma de actividades, recursos necesarios y el proceso a llevar adelante.

Para la recolección de datos se aplica el instrumento, probado previamente y aprobado por el grupo investigador.

De un Universo de 70 madres se obtiene una muestra de 49, lo que es considerado representativo del total.

Se realiza análisis de los datos según plan de tabulación y análisis y se obtiene que la población estudiada presenta una media aritmética de 25 años de edad, con un desvío de 5,3 años; en lo respectivo al Nivel de Instrucción la media se encuentra en la categoría de Primaria, incluyendo su desvío; mayoritariamente de Nivel Socioeconómico bajo con una media aritmética de Actividad de las madres que se ubica en la categoría Desocupada incluyendo su desvío y en Hacinamiento y/o Colecho en proporciones similares.

El agua corriente es un elemento común en los hogares de los sujetos de la muestra y la mitad de la muestra poseen red de saneamiento en sus hogares. Estas características no son consideradas determinantes del nivel socioeconómico de los individuos ni influyentes sobre la conducta de no bañar a los niños en situación de enfermedad. Tampoco se toma en cuenta los ingresos económicos familiares pues la cantidad de madres que no saben este dato representan un porcentaje elevado, por lo que no se considera confiable el dato de las que si lo conocen; ni se toma en cuenta el material de construcción del hogar ya que este no nos habla de las condiciones para ser un satisfactor de vivienda.

El 73 % de las madres estudiadas no bañan a sus hijos en situación de enfermedad, ello se sustenta en las creencias de que con el baño el niño se enferma más, se enfría, se enfría y

se enferma más y otros. Los fundamentos de dichas creencias son por firme convicción, por información de terceros o por experiencia propia.

Dichas creencias forman parte de un sistema de creencias complejo y son un hecho folklórico.

INTRODUCCION

El grupo investigador se compone de tres estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería que cumplen con la función investigadora como exigencia curricular y como interés grupal.

Dicho interés surge de la literatura y de no encontrar investigaciones en el cuerpo de conocimientos de la disciplina de enfermería en torno al tema.

Pensamos que es útil conocer lo que los grupos creen, piensan y sienten para poder actuar en conjunto con la población frente a las prácticas que pueden afectar negativamente el proceso salud-enfermedad, por ejemplo la práctica de no bañar a los niños en situación de enfermedad.

El proceso de investigación se comprende entre Mayo de 2001 y Abril de 2002.

El informe que a continuación se presenta se encuentra enmarcado en el área temática de la conducta frente al baño de los niños en situación de enfermedad.

El problema que se plantea es las creencias populares en que se alberga la conducta de no bañar a los niños en situación de enfermedad, desarrollada en un grupo específico de población, y su paralelismo con el hecho folklórico.

Se plantea un objetivo general y cinco objetivos específicos para abordar el problema.

El tipo de estudio es descriptivo, transversal con análisis cuali- cuantitativo que a nuestro entender es el adecuado para estudiar el problema y se condice con los tiempos reales para su concreción.

Esta investigación se aplica a las madres de los niños que se atienden en la Policlínica Lavalleja a través del Plan Aduana, representada por una muestra de 49 individuos, entrevistadas en agosto de 2001.

Se realiza el análisis de las variables estudiadas, finalmente se presentan las conclusiones y sugerencias y se dejan planteadas hipótesis como punto de partida de futuros estudios.

Pensamos que este estudio es un aporte a la Enfermería Profesional y a la Salud Pública, tanto como al medio antropológico.

MARCO CONCEPTUAL

Para poder comprender de manera global y específica el porqué del problema de estudio y el marco conceptual a desarrollarse hacemos mención a la importancia del estudio de las creencias por parte de la Enfermería y la Antropología.

“La participación de la antropología en los planes de salud pública, viene determinada por un cambio ideológico en la implementación de los programas educativos en los países en vías de desarrollo. En un primer momento los profesionales sanitarios reconocían la necesidad de aplicar el modelo médico occidental a estos países, lo que suponía una supremacía de este modelo sin llegar al análisis de sus consecuencias. Por ello, y tras el fracaso de mucho de estos programas, se determinó la necesidad de analizar las características sociales, culturales y psicológicas de la población afectada y diseñar los programas en función de estas. (...)”

El encuentro entre la educación sanitaria y la antropología no es fortuito si no mas bien responde a una necesidad de reducir la distancia entre el educador sanitario y la población. (...)”

En nuestra sociedad, desde una perspectiva antropológica aplicada a los programas de Salud Pública y en atención primaria, el interés por los estudios de la situación de salud de la población o salud comunitaria se debe a que es un recurso necesario para la elaboración de programas de intervención, en mayor medida de carácter preventivo, que contempla los indicadores socioculturales como variables epidemiológicas. (...)”

La intervención en educación sanitaria no consiste en una simple transición de información científica culturalmente neutral sino que por el contrario, se configura en una autentica intervención en la cultura de los individuos ya que tiende a incidir en los conocimientos, valores y comportamientos de la gente.”¹

Según nuestra concepción, para poder comprender de forma global las creencias que prevalecen en la sociedad debemos tener en cuenta las definiciones de lo folklórico, lo tradicional y lo popular.

Entendemos que los elementos folklóricos tienen que cumplir tres requisitos:

“Oralidad: (anonimato) es necesario para que el hecho superviva no por quien lo escribió sino por su utilidad para el pueblo.

Permanencia : le asegura un valor vigente en el acervo nacional.

Antigüedad : tiene el objetivo de confirmar su utilización por un lapso de tiempo que supere eventualidades.”

¹ “Antropología y Educación para la Salud”. Revista Rol de Enfermería. N° 179. Ediciones Rol S.A. Barcelona, Julio - Agosto 1993.

Los elementos tradicionales engloban "todo aquello que tiende a rescatar del olvido los elementos que otrora fueron significativos (folklóricos). Puede ubicarse también bajo la égida del nombre a las manifestaciones populares antiguas de origen determinado o clara foraneidad." Como ejemplo para nuestra cultura podemos citar el Pericón.

Los elementos populares abarcan "todos aquellos bienes espirituales o materiales que obran en poder de todo el pueblo, pero son de origen personal determinado y no llevan las demás características del hecho folklórico." No son anónimos, no tienen porque ser antiguos ni permanentes.

"Analizando las tres definiciones antedichas sé vera que lo folklórico no tiene por que ser popular, ni lo tradicional folklórico o popular."

También podemos decir que un hecho folklórico "se caracteriza por ser tradicional, funcional, anónimo, espontáneo y vulgar."²

Consideramos esencial definir cultura para conocer el contexto en el cuál se manifiesta el hecho folklórico.

Según la visión de Arthur Ramos (1952), con la cual hacemos acuerdo, cultura "es la suma total de las creaciones humanas, es todo lo que el hombre hace o produce, en el sentido material y no material."³

Consideramos que la cultura posee determinadas condiciones las cuales son de progreso, perfeccionamiento y transmisión por herencia social, y no herencia biológica. El comportamiento cultural no es innato sino que debe ser aprendido de las personas mayores en el período de socialización de los individuos. (Entendemos socialización como el proceso por el cual los individuos adquieren las creencias, los valores y las conductas de una sociedad determinada, con el fin de funcionar dentro de ella).

Podemos decir además que las acciones que conllevan un fin fisiológico se comparten por todos los individuos y lo que los diferencia es el modo de llevarlos a cabo, manifestado en las diferentes culturas. Como ejemplo podemos mencionar que algunos miembros de la cultura oriental (Sudeste de Asia) para alimentarse utilizan como instrumento los llamados "palitos" mientras que en la cultura occidental se utilizan los llamados "cubiertos".

"Una cultura la integran los individuos que comparten un conjunto de valores, creencias, prácticas e información que se aprende, es integradora, social y satisfactoria y determina los diferentes roles sociales".⁴

"Magia, Ciencia, Religión, Arte, Costumbres y Leyes, todas estas cosas en desigual proporción integran la cultura de una Raza o de un pueblo."⁵

En cuanto a la cultura uruguaya acordamos que "en un primer nivel, se ubica en el área occidental, judeocristiana, con fuerte presencia de elementos culturales de las llamadas culturas mediterráneas, cuyo modelo básico es de tipo patriarcal autoritario, con marcada dominación de los varones en las instancias y puestos claves para la sociedad. (...)

² Eduardo Faget. "Folklore Mágico del Uruguay". Editorial Argraf. 1969. Montevideo, Uruguay.

³ Paulo De Carvalho Neto. "Concepto de Folklore". Librería Monteiro Lobar. Montevideo 1955.

⁴ Waley y Wong. "Enfermería Pediátrica". Tomo I. Cuarta Edición Mosby. Madrid 1987.

⁵ Héctor Brazeiro Díez. "Supersticiones y Curanderismo". Barreiro y Ramos. Montevideo, 1975.

En otros niveles de análisis, se reconocen en la cultura uruguaya claras diferencias entre la cultura urbana y la rural. En otro plano es imprescindible reflexionar en términos de cultura dominante, oficial, y la cultura subalterna o popular, adscribiendo a cada una de las dos grandes categorías, sus sectores sociales correspondientes.”⁶

Tomando en cuenta la definición de cultura, el hecho folklórico y sus elementos, podemos exponer que un hecho cultural posee las mismas condiciones que un hecho folklórico las cuáles creemos necesario desarrollar a continuación.

Condición tradicional “dentro de las características de cultura está la de ser transmitida por herencia social. En el Folklore esa idea de transmisión va inserta dentro de la palabra tradición, que es la adoptada.

Tradición deriva de tradere, que es transmitir. En otras palabras transmisión y tradición son iguales”.⁷

Entonces un objeto fue transmitido o tradicionalizado, cuando fue aprendido.

“Aprendizaje es la integración de un legado de experiencias.” Esto se puede constatar a través de un cambio en el comportamiento.

Para cerrar la idea acordamos que “la cultura es el objeto del aprendizaje, el hombre es el sujeto del aprendizaje, entonces, Tradición Folklórica es la transmisión de un hecho cultural, que sea funcional, anónimo, espontáneo y vulgar, formula que nos conduce a esta otra: Hecho Folklórico, es un hecho cultural con ciertas características propias, que se conceptúa además según su manera de transmitirse y el sujeto receptor. (La condición de espontaneidad, comprenderá al estudio de la manera de transmitirse y la condición vulgar, será referente en parte al sujeto receptor.)”⁸

Condición funcional tanto para el folklore como para el hecho cultural esta condición es la que lleva a cumplir con la satisfacción de una necesidad, una aplicación práctica, un motivo de acción que lleva al sujeto a asumir el objeto, cumple con una finalidad.

Condición superviviente “Expresa antigüedad, es decir anterioridad, atributos temporales, también expresa atraso técnico. (...) Es un viejo hecho, hecho viejo que sobrevive a pesar del tiempo. Por ejemplo La Biblia.”⁹

Condición anónima “anónimo significa algo donde no consta el nombre del autor. No se debe confundir creador con portador, los portadores de la tradición no deben ser confundidos con los creadores, aunque en cada portador haya un recreador.”¹⁰

Condición colectiva habla de ser practicado por el grupo, ser patrimonio común.

⁶ Elena Emeric. “Salud Mental en Atención Primaria de la Salud”. Oficina del libro A.E.M. Montevideo Uruguay 1986.

⁷ Paulo De Carvalho Neto. “Concepto de Folklore”. Librería Monteiro Lobato. Montevideo 1955.

⁸ Idem.

⁹ Paulo De Carvalho Neto. “Concepto de Folklore”. Librería Monteiro Lobato. Montevideo 1955.

¹⁰ Idem.

La Condición espontánea se produce en el proceso de socialización del individuo, aprendizaje no institucionalizado, informal, que se cumple a cualquier hora. Se da por la oralidad y el ejemplo.

Condición vulgar, entendemos que "Vulgar es un atributo del hecho folklórico, pero también lo es del sujeto vulgo, es decir, del que asimila el hecho folklórico vulgar. Hecho vulgar y sujeto vulgo son dos cosas que poseen rasgos comunes. Si un hecho es funcionalmente vulgar es porque habrá sido condicionado por un sujeto que no dispone de mejores recursos para corresponder a su motivación, mientras que otros sujetos, dentro de la misma cultura, atienden a sus motivaciones, con hechos que funcionalmente son más eficaces. El hecho vulgar se caracteriza por comprobar su relación causal de una forma primaria, infantil, contraria a nuestra lógica, él es así porque es conducido por los sentimientos y no por la razón científica. En otros términos es un hecho prelógico, un hecho determinado por la libido en sus grados primitivos de desarrollo."¹¹

Nosotros consideramos importante su identificación para actuar en forma eficaz sobre prácticas nocivas para la salud. Se debe actuar sobre el sujeto y no sobre el hecho para provocar el cambio de actitud.

"Muchos hechos folclóricos no perjudican a la sociedad, pero muchos otros -los vulgares- son clavos dentro del progreso de una comunidad y por eso deben ser barridos. (...)

Ejemplo: Si uno está enfermo y quiere curarse, la educación va y le demuestra que prestarle a los excrementos la función de medicamento produce, por ejemplo, menos efecto que usar penicilina."¹²

Donde la educación es beneficio de determinadas clases sociales (factor económico), por lo general se cree que la mayoría de los sujetos vulgos se encuentran en las clases sociales más "bajas". Al contrario de lo anteriormente expuesto hacemos acuerdo con que "donde hay escuelas permanentes tratando de barrer el atraso intelectual en las Clases Sociales más "bajas" es lógico suponerse que habrá muy poco porcentaje de sujetos vulgos. Entonces ser vulgo, no es en esencia una condición de clase, es un estado mental."¹³

"Esta conciencia arcaica está a flor de conducta en los aborígenes, pero se oculta en espesos barnices de civilización en los individuos corrientes con los que alternamos en todo tiempo."¹⁴

A modo de síntesis podemos acordar que "la comprensión del mundo se basa en un conglomerado de experiencias acumuladas por el sujeto o por el grupo, y que son transmitidas e interpretadas de acuerdo a determinada visión del mundo recibida de sus semejantes y especialmente de padres, maestros, líderes, etc. (...) Estos conocimientos han pasado la prueba de generación en generación, tienen el peso de la tradición, la vida ha sido siempre así, como lo es ahora y como lo seguirá siendo en lo sucesivo. Por tanto el individuo no necesita ni tiene derecho a cuestionarlo."¹⁵

Es útil hacer mención a la clase baja trabajadora y aseveramos que "la inseguridad de su vida conduce a los miembros de las clases más bajas a orientarse al

¹¹ Paulo De Carvalho Neto. "Concepto de Folklore". Librería Monteiro Lobato. Montevideo 1955.

¹² Idem.

¹³ Idem.

¹⁴ Héctor Brazeiro Diez. "Supersticiones y Curanderismo". Barreiro y Ramos. Montevideo, 1975.

¹⁵ Victor Giorgi. "Vínculo, Marginalidad. Salud Mental". Roca Viva. Montevideo, Uruguay, 1992.

presente; es decir a aprovechar las ventajas o gratificaciones cuando se presentan. Esta actitud es muy diferente a las que tienen la mayoría de los miembros de la clase media que a menudo prefieren posponer las gratificaciones inmediatas con el fin de alcanzar un objetivo a largo plazo. Los padres de clase baja suelen guiarse por la tradición e insistir en la obediencia y en la conformidad con los valores paternos y las regulaciones externas.”¹⁶

Antes de mencionar la pobreza creemos útil dar a conocer lo que entendemos por familia e inserción laboral en la clase baja trabajadora; entonces, la familia es el agente socializador básico en cuyo ámbito el sujeto construye su identidad y su posición individual en la red de relaciones sociales; y la inserción laboral de la clase baja trabajadora se caracteriza por la subocupación o desocupación y el salario bajo, así que esta responsabilidad económica de los jefes de familia resulta excesiva para sus posibilidades reales. Esta situación genera fuertes sentimientos de culpa e inferioridad.¹⁷

Con relación a la pobreza concordamos que ella posee “una influencia subcultural estrechamente relacionada con la clase social, pero diferente de ella es la condición conocida como pobreza. Dicho término tiene un aspecto visible y otro no visible. La pobreza visible se refiere a la falta de dinero o de recursos materiales e incluye la insuficiencia de ropa, la mala higiene y el deterioro del hogar. La pobreza invisible se refiere a la privación social: oportunidades limitadas de empleo, oportunidades educativas inferiores, ausencia o escasez de servicios médicos y de atención sanitaria. (...)”

Las personas que viven en un nivel de pobreza o por debajo de la línea de la misma, están en un estado de desesperación perpetua. Su escasa preparación les impide negociar en el mercado de trabajo, y la educación necesaria para mejorar su situación queda fuera de su alcance. La impotencia para controlar su destino genera en ellos fatalismo y resignación característicos del grupo en general.”¹⁸

“La estructura socioeconómica de nuestro continente determina que importantes sectores de la población vivan en condiciones de pobreza y marginación social. En su lucha por sobrevivir desarrollan una multiplicidad de tareas asociadas al llamado mercado informal de trabajo (recolección de desechos, venta callejera, servicio doméstico, trabajos ocasionales o changas, etc.). Proporcionan mano de obra barata que repercute en el descenso general de salarios. En dicho mercado las ocupaciones son inestables, los salarios bajos e irregulares, insuficientes para cubrir las necesidades básicas: alimentación, vivienda, cobertura sanitaria, educación. Dicho déficit de acceso a bienes y servicios configura descriptivamente el llamado síndrome de pobreza crítica. En estas condiciones se desarrolla una cultura, una forma de vida, cuyo tema eje es la preocupación por la supervivencia, sobre un horizonte de carencia e insatisfacción. Por lo tanto, el origen de la particular forma de sentir, pensar y actuar de esta población, lo buscaremos en su vida cotidiana. Es en este ámbito donde se opera la producción social de la vida, ésta abarcaría la producción de bienes materiales y también de significados y valores culturales, la propia producción de sujetos, conducidos por las relaciones sociales, y a la vez, reproductores de las mismas. El centro de la praxis productiva es la vida cotidiana misma, y dentro de ella dos aspectos que tienen especial peso en la determinación de la estructura psíquica de los sujetos son la familia y la inserción en el sistema productivo, o sea, el trabajo. (...)”

¹⁶ Waley y Wong. “Enfermería Pediátrica”. Tomo I. Cuarta Edición Mosby. Madrid, 1987.

¹⁷ Victor Giorgi. “Vínculo, Marginalidad. Salud Mental”. Roca Viva. Montevideo, Uruguay, 1992.

¹⁸ Waley y Wong. “Enfermería Pediátrica”. Tomo I. Cuarta Edición Mosby. Madrid, 1987.

Esta situación laboral determina el no poder sustentar económicamente a la familia, por ende la pérdida de autoridad del padre frente al núcleo familiar. De esta manera recibe el desprecio del exogrupo como desde su propia familia, sufre un avasallamiento del yo, quedando la negación y la evasión como único mecanismo para sobrellevar la situación. (...)

Winnicott nos permite comprender, desde la óptica psicogenética lo que podría determinarse como carácter social, propio de estos sectores el inmediatismo, la dificultad de expresión simbólico verbal, el utilitarismo en los vínculos, la resistencia al cambio, la dificultad para aprender de la experiencia, el empobrecimiento del funcionamiento psíquico, ésto siendo un producto social, que es determinado por la carencia de espacios y juegos en la infancia, sobredeterminado por la estructura socioeconómica.¹⁹

Todo lo anteriormente expuesto conlleva "a la dificultad de acceso a los servicios de salud, las familias en dicha situación suelen retrasar la atención preventiva de forma indefinida pues tienen otras prioridades como alimentación, vestimenta, etc. Por ello es más probable que consulten a curanderos o a otras personas de su comunidad. Además la mala higiene, las condiciones de vida alienada y la mala nutrición contribuyen a la mayor incidencia y mantenimiento de las enfermedades infecciosas."²⁰

Es pertinente definir en esta instancia lo que entendemos por conducta y creencias.

Conducta es la manera con que los hombres dominan su vida y dirigen sus acciones, son el conjunto de fenómenos observables o factibles de ser detectados, forman parte de nuestra cultura y personalidad.²¹

Creencia es la firme convicción positiva o negativa de hechos o cosas atejadas de nuestro entendimiento. Se mantiene como creencia mientras no se desencadene una acción.

O si no también firme asentamiento y conformidad con alguna cosa. Completo crédito que se presta a un hecho o noticia como seguro o cierto.²²

También concordamos que "las creencias constituyen la base de nuestras vidas, el terreno sobre el que acontecen. Porque ellas nos ponen delante lo que para nosotros es la realidad misma. Toda nuestra conducta, incluida la intelectual, depende de cual sea el sistema de nuestras creencias auténticas. En ellas vivimos, nos movemos y somos. Por lo mismo, no solemos tener conciencia expresa de ellas, no las pensamos sino que actúan latentes, como implicaciones de cuanto expresamente hacemos o pensamos. Cuando creemos de verdad en una cosa no tenemos la idea de esa cosa, sino que simplemente contamos con ella."²³

Teniendo en cuenta nuestro problema de investigación es relevante la búsqueda del posible origen de las creencias y supersticiones a lo largo de la historia. Podemos acordar que "alguien, en un grupo humano cualquiera, tuvo una idea, que para su desarrollo colectivo requirió conciencia. Rudimentaria conciencia al fin. (...)

¹⁹Victor Giorgi. "Vínculo, Marginalidad. Salud Mental". Roca Viva. Montevideo, Uruguay, 1992.

²⁰Idem.

²¹José Bleger. "Psicología de la Conducta". Editorial Paidós. Bs. As., Barcelona, México 1973.

²²Tomado de las siguientes fuentes:

Héctor Brazeiro Diez. "Supersticiones y Curanderismo". Barceiro y Ramos. Montevideo, 1975.

Diccionario de la Lengua Española, Editorial Espasa Calpe, 19ª Edición. Madrid, 1970.

²³José Ortega y Gasset. "Ideas y Creencias". Espasa Calpe, 3ª Edición. Bs. As., México, 1940.

Así se empezó por las fábulas, para explicar los hechos banales y cotidianos y como relatos fueron pasando de una persona a otra, ya en las reuniones del clan o con otras aldeas o agrupaciones humanas. Se ampliaron con los siglos.²⁴

Así también podemos decir que una creencia es sin ser cuestionada, aunque produzca fracasos, pues si así acontece, siempre habrá otra concepción mágica que la siga manteniendo.

“En vano se ha pretendido combatir estas ideas por medio de la Razón porque a la larga siempre renacen. (...)”

Este caprichoso orgullo, nos dice de la sorprendente permanencia del pensamiento Mágico. (...)

Muchas creencias nos vienen de costumbres paganas y nos han llegado a través de la historia sagrada, que mal entendida mantiene en muchos aspectos su vigencia equivocada. (...)

La ilusión de que existen objetos milagrosos que alejan la desgracia y la muerte, aportando dicha, está firmemente arraigada en la humanidad. Creen también las gentes que existen frases u oraciones cabalísticas, reservadas a algunos pocos iniciados, que en determinado momento solucionan una crisis o previenen males en inminencia. (...)

Pensamos que hay multitudes que creen sordamente en estas cosas y de acuerdo a ellas se manejan. Por lo tanto si queremos comprender a esa enorme masa de humanidad, importa saber como piensan y en que creen. Por que en esto y no en la educación informativa se traza la línea de conducta a menudo arbitraria y caprichosa, basada en estas cosas sencillas que les saben, que se ríen de ellas, pero que nadie ofiende ni abandona. (...)

Todo esto nos dice que la convicción en el poder de Espíritus Misteriosos, la que muy extendida, se arraiga en particulares mentalidades, creencia que la Razón no logra desterrar, por que además interviene la curiosidad superficial de los no creyentes, que engrosan el caudal supersticioso. Piezas residuales de Historia, de Religión, de Moral, todo pervertido, juntos en la superstición que nos ocupa y que se nos muestra como una ropa cocida a retazos, de la que la Humanidad no quiere desprenderse.²⁵

En la búsqueda de posibles orígenes con relación al problema de estudio en el Uruguay surge que “las mujeres de los indios iban a parir al río, inducidas de una idea que tuvieran formada acerca de los beneficios del agua, que aplicaban, junto con las fricciones, como método terapéutico, a todas las enfermedades en ambos sexos. Los charrúas fueron poseedores, según esta aserción, de un método Hidropático. (...)

Un estado de civilización arguye la existencia de una sociedad, que habiendo salido del natural o salvaje, adquiere y posee nociones, costumbres, y usos fundados en la ordenada aplicación del entendimiento a la observación de la naturaleza y al estudio de las necesidades del hombre. En tal situación, no fuera mucho que los primitivos ocupantes del Uruguay conocieran y aplicaran metódicamente los beneficiosos efectos del agua, de las fricciones y de las ventosas en determinadas dolencias. Pero la realidad histórica no admite semejante supuesto.²⁶

Según el testimonio del Sr. Bauzá (al que hace referencia el Historiador que se cita en nota al pie) “en el acto de alumbrar, echábase al agua la recién parida y su cría y

²⁴ Héctor Brazzaro Diz. “Supersticiones y Curanderismo”. Barreiro y Ramos, Montevideo, 1975.

²⁵ Idem.

²⁶ Daniel Granada. “Supersticiones del Río de la Plata”. Editorial Guillermo Kraft Ltda., Bs. As., 1947.

después de esta operación la frotaba y calentaba contra su seno, mientras otras mujeres la friccionaban a ellas. Este método terapéutico de las fricciones y los baños era la principal medicación que conocían aplicándola a toda enfermedad en cualquiera de los dos sexos".²⁷

"La llegada de los españoles al continente americano en 1492 determina una modificación en el desarrollo de las ciencias médicas. Se enfrentan dos culturas diferentes y desconocidas entre sí. (...)

Al cambiar de ámbito el conquistador tuvo que incorporar necesariamente nuevos hábitos de vida para sobrevivir y, a su vez imponer los suyos. Hábitat, costumbres, herboristería, ritos, supersticiones, curas mágicas, profundamente internalizadas a través de los siglos, fueron transmitidas de padres a hijos y se conservan todavía entre las pautas culturales de la medicina popular y folklórica que a veces vemos en los puertos de las grandes ciudades de América Latina y que se deben aprender, interpretar, orientar y si es necesario corregir."²⁸

Una creencia típica de los aztecas para curar a los niños enfermos era "pasar por encima de un niño acostado o sentado, debiendo dormir sobre esteras, bañarse con agua fría y alimentarse con cereales. (...)

Debe estar reconocido que desde el comienzo de los tiempos y durante muchos siglos, el cuidado de la salud de los niños parece haber sido una preocupación exclusiva de las madres, y el reflejo de las líneas de pensamiento y de las ideas culturales que existían en las diferentes épocas."²⁹

"En el Uruguay, año 1862, la medicina estaba caracterizada por (según el médico francés Adolfo Brunel): En Montevideo es médico el que quiere, el diplomado no tiene importancia, y el campo está abierto a todos, y se precipitan a él, lo mismo el aventurero que el sastre, el sacerdote que el carpintero. La puerta está abierta al charlatanismo más desvergonzado, y casi siempre la opinión pública ve con malos ojos toda tentativa que tenga por objeto el perseguir a los medicastros. (...)

En dicho contexto homeópatas e hidrópatas se sentían misioneros de una nueva verdad, resultaba inteligente el llamado de hidrópatas y homeópatas a la colaboración popular en la difusión de los saberes y aún en la aplicación de los tratamientos. (...)

El manual de hidropatía doméstica, contiene una detallada descripción de las decenas y decenas de usos terapéuticos del agua: envolvimiento de frazadas para sudar, el sudar por medio del miriñaque, el baño de vapor, envolvimiento de sábana húmeda, el baño de toallas chorreando, los baños de inmersión y sumersión, el de asiento, el de pies, el de manos, etc. sólo el baño de ducha, la aplicación más fuerte de toda la materia hidropática, debía ser dado por un "prudente médico hidrópata" ya que consistía en la caída sobre el paciente de un chorro de agua de una pulgada media de diámetro desde una altura de diez a veinte pies, chorro que jamás debía caer sobre la cabeza directamente, ni sobre el espinazo, sin duda una sabia precaución. (...)

La hidropatía, digna ciencia de esta sociedad, que había democratizado el acto del curar, estaba "al alcance de todo el que está dotado de una razón pura, conciencia cristiana y amor a dios y al prójimo". El hidrópata probaba con sus procedimientos que para

²⁷ Daniel Granada. "Supersticiones del Río de la Plata". Editorial Guillermo Kraft Ltda., Bs. As., 1947.

²⁸ J. Meneghello, E. Fanta; otros. "Pediatría". Tomo I, Quinta Edición. Editorial Panamericana. Bs. As., 1997.

²⁹ Idem.

instruirse en hidropatía y ejercerla con acierto, son mejores los no doctores, esto es, los que no han estudiado medicina. (...)

La familia era (¿es?) el ámbito natural en el cual, se trataba primero la enfermedad. La mujer-abuela-madre tenía allí el papel protagónico pues era la depositaria del saber popular, de las recetas transmitidas de generación en generación -los remedios "caseros"-, de las intervenciones de pequeña cirugía que arrasaban con los forúnculos. En las familias patricias y/o ricas, la mujer curaba a los hijos, sirvientes y aún pobres de los alrededores, su medicina era más barata que la del médico y aun que la del curandero, y a veces hasta eficaz.³⁰

A continuación exponemos Versos de 1822 que reflejan la realidad de la época

"vino el medico corriendo
píldoras, frías, emplastos,
(...)
y yo cada vez más malo
despedí este curandero
y vino otro más morado
me recetó lavativas,
cáusticos y un cierto untado
de azufre piedra infernal
(...)
váyase, amigo, le dije
puede ir a curar caballos
en fin, vino Ña Pachuca
una vecina de lado,
me mando baños de tina
y la calaguala a pasto,
con esto después de Dios
me siento muy aliviado. (...)

Hacia el 1900 comienza el afianzamiento de la clase médica, surge el cuidado de la salud como principio fundamental en la sociedad y con ello la medicalización de la misma.³¹

Para aproximarnos más al problema de estudio cabe exponer a continuación una reseña histórica del baño.

"Aparte de las condenaciones de determinados tipos ó clases de baños, por algunos Padres, la Iglesia solo una vez intervino positiva y oficialmente en esta materia. (...)

En la tradición popular creían que estaban obligados a lavarse con un baño, y así se practica en el principio del cristianismo, como símbolo de purificación. (...)

³⁰ José Pedro Barrán. "Medicina y Sociedad en el Uruguay del 900. El Poder de Curar". Tomo I. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, 1992.

³¹ Idem.

Entre los monjes de oriente, San Pancraccio, en las cláusulas 92 y 93 de su regla prohíbe a sus religiosos bañarse, excepto en casos de enfermedad. (...)

En el siglo VII se normatiza sobre bañarse y se fijan días para ello. (...)

En tiempos antiquísimos el baño también fue tomado como práctica supersticiosa, como por ejemplo en la India y Egipto. Los Hebreos se bañaban como rito y como hábito de higiene, al igual que en Grecia. (...)

En Roma el baño se hizo general para todo el pueblo, las características del baño se modifican según las condiciones de salud. (...)

En la Edad Media no estuvo tan descuidada, como se ha dicho, la práctica de los baños en todas las clases sociales. (...)

En el Renacimiento comienza a decaer la costumbre de los baños. (...)

Al llegar al siglo XVII la costumbre de los baños se había perdido casi del todo en Europa. (...)

A principios del siglo XIX parte desde Francia y se propagan por toda Europa las prácticas del baño.³²

Cabe destacar que hoy día la concepción de la **higiene personal** suele referirse a “las medidas que el sujeto toma para mantener limpios y en buen estado la piel y sus apéndices (cabello y uñas)”.³³

El baño y el arreglo corporal son conductas importantes en la mayoría de las culturas.

Consideramos que la persona enferma puede tener menos resistencias a las infecciones, y por consiguiente la presencia de bacterias patógenas a su alrededor constituye una amenaza constante para ella.

Al mantener a las personas limpias eliminando suciedad y productos de excreción y secreciones se eliminan muchas de las sustancias en que crecen dichas bacterias.

Para referirnos a nuestra concepción del baño podemos citar muchas de sus ventajas tanto en salud como en enfermedad.

El baño es el mejor medio de conservar la piel limpia, y los músculos en tono. Es recomendable el baño diario, por la sensación de bienestar que proporciona y por la confianza en sí mismo que da el estar bien presentado. La eliminación de olores desagradables requiere de un enjabonado completo y limpieza de todas las partes del cuerpo, especialmente de la ingle, los pies y las axilas.

Debido a la naturaleza grasosa de la sustancia que secreta la piel, el baño de limpieza es más eficaz cuando se usa jabón y agua a una temperatura de 35 a 38 grados celsius. Estas temperaturas son mas elevadas que las de la piel, que suele ser de 32 a 33 grados celsius (cuando una persona se encuentra en el interior de una habitación).

Además de su función de limpieza, el baño tibio se emplea algunas veces por su efecto sedante, con lo que se induce al descanso y al sueño.

Un baño caliente puede mitigar la congestión de la cabeza o del pecho, haciendo circular la sangre a la piel. Es recomendable esta clase de baños seguidos de reposo en cama, cuando aparecen los primeros síntomas y signos de un resfriado. Se debe evitar el

³² Enciclopedia Universal Ilustrada, Europeo Americana. Tomo VII. Editorial Espasa Calpe S.A. (Se desconoce año de edición).

³³ Beverly Witter Du Gas. “Tratado de Enfermería Pediátrica”. Tercera Edición. Editorial Interamericana. México, 1979.

menor enfriamiento antes de ir a la cama. No es conveniente un baño caliente antes de salir al aire libre. Los baños demasiados calientes no se recomiendan en términos generales, porque suelen ser debilitantes y aún provocar desvanecimientos.

El baño frío es semejante a un buen ejercicio físico por sus efectos generales sobre el individuo, ambos hacen aumentar la circulación de la sangre y la producción de calor, además estimulan el Sistema Nervioso Central.

Pensamos que el baño también debe ser aplicado como beneficioso para el control de la temperatura corporal. La aplicación de paños o baños de agua tibia, en general se recomienda para bajar la fiebre producida por una infección o la hipertermia secundaria a causas externas.

También se considera su uso en niños con deterioro hepático severo o con trastornos neurológicos en los que se encuentran alterados los mecanismos de regulación de la temperatura, por lo que el uso de antifebriles es ineficaz. Si los paños o baños son con agua fría pueden producir escalofríos, lo que a su vez, aumenta la temperatura.

Para el cuidado de los niños enfermos es beneficioso el baño con agua y jabón o una limpieza parcial con toallas húmedas, secado y ropa limpia; aunque en caso de vómitos y diarrea es oportuno y se debe realizar el baño total.³⁴

³⁴ Resumen de las siguientes fuentes

Angélica Turner. "Higiene del Individuo y la Comunidad". Segunda Edición. Centro Regional de Ayuda Técnica para el Desarrollo Internacional. México 1964.

J. Meneghello, E. Fanta; otros. "Pediatría". Tomo I, Quinta Edición. Editorial Panamericana. Bs. As., 1997.

"Niños, Salud y Ciencia". Educación, Ciencia y Tecnología. Serie de documento 41. Editores: Hugh Howes, John Nicholson, Grasya Banoti. Sector Ediciones de la U.N.E.S.C.O., 1991.

MARCO REFERENCIAL

La delimitación del problema se realiza luego de una extensa revisión bibliográfica, en diferentes bibliotecas de la capital del país como así también dentro de Internet. Para detectar el material específico referente al tema encontramos dificultad, puesto que los estudios realizados en el área son escasos en el ámbito nacional e internacional (ver Anexo I). A pesar de ello se puede recabar información necesaria para abordar la investigación del problema, la misma se refleja en el marco conceptual expuesto.

Los aspectos metodológicos, (ver Anexo III), se corresponden con el tipo de estudio seleccionado, este se define como un estudio descriptivo, transversal, con análisis cuali-cuantitativo.

Previo a dicha selección se evaluaron otros tipos de estudio como los cualitativos, dentro de los cuales el estudio de campo nos resultó el más adecuado, por realizarse éste en entornos sociales y tener el propósito de examinar de manera global los hábitos, conductas, creencias y opiniones de los individuos o grupos. No cabe duda que la investigación cualitativa pura a profundidad puede resultar muy productiva para revelar aspectos teóricos relevantes con relación a éste fenómeno, pero en los hechos se dificulta su puesta en práctica dado el análisis codificado que requiere y la inserción del o los investigadores en el medio social de los sujetos de estudio, lo que en tiempos reales es poco probable llevar a cabo, con las exigencias que requiere.³⁵

Teniendo en cuenta que el estudio se basa en un análisis cuali-cuantitativo, el mismo tiene las siguientes ventajas con relación a los otros tipos de estudio: es *complementario*, porque aporta datos del lenguaje verbal y numérico; ayuda a *comprender la teoría*, la realidad es un objeto en movimiento que no admite una interpretación única; *incremento de la validez*, combina datos cuantitativos y cualitativos, enriquece la corroboración y análisis de los mismos, permite evaluar de una manera más rigurosa la viabilidad de posibles interpretaciones alternativas y la medida en que el contexto influye en los resultados.³⁶

Para la selección se tiene en cuenta la profundidad y el impacto que se desea obtener, las ventajas descriptas anteriormente, los conocimientos que poseen los estudiantes, el tiempo disponible y los diferentes recursos necesarios para la concreción del mismo.

El lugar donde se realiza la investigación se elige a partir de la aproximación al conocimiento de la situación de la policlínica en la experiencia de Enfermería Comunitaria (ver Anexo II), puesto que las madres que asisten a sus hijos menores de 1 año lo hacen a través del Plan Aduana y poseen características similares a los sujetos de la investigación que antecede, realizada en el Hospital Percyra Rossell (H.P.R.) (ver Anexo I). Los últimos deben atender a sus hijos luego del nacimiento en Policlínicas barriales a través del Plan Aduana.

El Plan Aduana se define como el control y seguimiento hasta el primer año de vida de la salud de todos los recién nacidos en el H.P.R..³⁷

³⁵ Polit - Hungler. "Investigación Científica en Ciencias de la Salud". Quinta Edición, Interamericana, México 1997.

³⁶ Idem.

³⁷ Plan de Atención Zonal a la Salud. Intendencia Municipal de Montevideo. División Salud, 1995.

El instrumento creado para la recolección de datos es probado en el Hospital de Clínicas, Clínica Ginecotocológica B, Sala 4 de Alojamiento Conjunto.

Las madres a las que se aplica el instrumento son seleccionadas si las mismas poseen un hijo anterior al que motiva la internación. En la prueba surge la dificultad de visualizar las categorías de respuestas concretas que queremos obtener. Esto lleva a la elaboración de un instrumento estructurado que es probado y resulta ser confiable y válido (ver Anexo IV).

Luego de la aprobación del protocolo y la autorización de la Policlínica Lavalleja para investigar, se procede a la recolección de datos. La dificultad encontrada en esta etapa es dada por el ausentismo justificado de la Pediatra asignada al control de salud de los niños, lo que determina la inasistencia de las madres a la consulta. El inconveniente es allanado por la concurrencia del grupo investigador con mayor frecuencia una vez reintegrado el profesional.

De un universo de 70 individuos, se obtiene una muestra de 49, lo cual se considera representativa del total.

Por un lado se obtiene datos susceptibles de análisis cuantitativo (ficha de seguimiento al menor de un año de la División Salud de la I.M.M, ver Anexo IV), por otro lado en la entrevista estructurada o sea al aplicar instrumentos de recolección de datos cuali-cuantitativos, se obtienen datos descriptivos del medio social y datos subjetivos de la población de estudio.

Los datos cuantitativos son analizados por la estadística descriptiva, utilizando intervalos, categorías, media aritmética, desvío, tablas bivariadas, tablas de frecuencia absoluta, frecuencia relativa porcentual y gráficos, según la variable de estudio. Lo cual muestra claramente las características de la población sujeto de estudio.

Para tratar los datos cualitativos en primera instancia se describe el contenido de cada categoría y se identifican los temas principales, luego se agrupan aquellas que tienen puntos en común y son tratados en función de la categorización de las respuestas, en ellas se buscan los indicadores que caracterizan el hecho folklórico.

Se plantean conclusiones y sugerencias donde se elaboran hipótesis para nuevos estudios.

JUSTIFICACION Y FUNDAMENTO DE LA INVESTIGACION

Este estudio surge de la literatura donde se registran datos sobre la conducta frente al baño de los niños en situación de enfermedad, viéndose que el 84% de las madres estudiadas en el Servicio de Recién Nacidos del H.P.R., no baña a sus hijos en situación de enfermedad (ver Anexo I). También es destacable la experiencia personal del grupo investigador en el curso clínico en el Servicio de Emergencia del H.P.R., donde empíricamente se observa que la gran mayoría de las madres se muestra reticente al baño de los niños en situación de enfermedad.

Por otra parte no se encuentran estudios realizados por Enfermería Profesional en torno al tema se detectan solo dos artículos de investigaciones, uno en el ámbito nacional realizado por un Médico y otro de Colombia realizado por un Antropólogo Social. Debido a ello es menester estudiar el tema en profundidad por parte de Enfermería. Todo estudio que sea realizado en torno al tema, pensamos, debe ser orientado a brindar atención adecuada a los usuarios en función de lo que ellos creen, piensan, sienten y necesitan, a punto de partida de la creación de programas de asistencia eficaces.

Existen diversas creencias, de las cuales algunas pueden ser perjudiciales para el proceso salud-enfermedad de los creyentes y entorpecer la elaboración de planes de cuidados por parte de la Enfermera Comunitaria en conjunto con la comunidad involucrada. Por ejemplo, la conducta de no bañar a los niños en situación de enfermedad por diversas causas, puede ser perjudicial para el proceso salud-enfermedad del mismo.

Tomamos a las creencias como indicadores del estilo de vida, factor determinante de la salud de los grupos.³⁸

Entendemos proceso salud-enfermedad como el "proceso que constituye un producto social, que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en el que el hombre se encuentra. En este proceso puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional. Es un derecho inalienable. La salud es un derecho inalienable que debe estar asegurado por el estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud promoviendo la autogestión de los grupos".³⁹

Entendiendo que la Enfermera Comunitaria es el profesional responsable que investigando en conjunto con la población, conoce las necesidades de atención a la salud. Posee los conocimientos y habilidades técnicas así como la actitud apropiada para atender en los lugares donde viven, trabajan, estudian, se relacionan o en las instituciones sanitarias, realizando las funciones de docencia, asistencia e investigación, fortaleciendo las capacidades de participación, creación y favorecer el autocuidado de los propios involucrados. Por lo tanto es competencia de la disciplina investigar para actuar en ésta área.

En el Uruguay encontramos como características generales y pertinentes para el tema en cuestión familias que viven bajo el nivel de pobreza, sobreexplotación, subempleo y desocupación, los diversos arreglos familiares, la migración de las familias del medio

³⁸ H. San Martín. "Salud Pública y Medicina Preventiva". Capítulo I, Segunda Edición, Editorial Masson. Barcelona, 1996.

³⁹ Plan de Estudios 1993. Universidad de la República. Instituto Nacional de Enfermería. Montevideo, 1993.

rural al medio urbano, el deterioro del sistema educativo, esto favorece a nuestro entender un medio propicio para la recreación de las creencias populares.

A todo lo anteriormente citado se le agrega la crisis del sistema sanitario en general dado por la carencia de inversión presupuestal al mismo, por parte de los gobiernos de turno, el grado de deterioro al que ha llegado el subsistema sanitario público; todo este panorama potencia aún más el déficit asistencial que reciben las familias que poseen las características anteriormente mencionadas.

La situación político-económica determina a su vez la carencia de fondos para el desarrollo de investigaciones en torno al tema, como así también el adecuado tratamiento a través de los programas necesarios.

Dado lo anterior es nuestra responsabilidad, a punto de partida de una exigencia curricular y de la función investigadora de las enfermeras profesionales, estudiar y priorizar éste tipo de investigaciones.

AREA TEMATICA

Conducta frente al baño de los niños en situación de enfermedad.

PROBLEMA

¿Cuáles son las creencias populares que sostienen la conducta del no baño en las madres de los niños en situación de enfermedad, que se atienden a través del Plan Aduana, en la Policlínica Lavalleja en Agosto de 2001?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Conocer la distribución de la conducta de no bañar a los niños en situación de enfermedad en las características de la población estudiada.

Identificar las condiciones del Hecho Folclórico en los fundamentos de las creencias populares que sostienen la conducta de no bañar a los niños en situación de enfermedad.

Objetivos Específicos:

Realizar la caracterización de las madres de los niños que se atienden en la Policlínica Lavalleja a través del Plan Aduana.

Conocer la cantidad de individuos que tienen la conducta de no bañar a los niños en situación de enfermedad.

Conocer las creencias que sostienen la conducta de no bañar a los niños en situación de enfermedad.

Detectar los fundamentos de las creencias que sostienen la conducta de no bañar a los niños en situación de enfermedad.

Identificar las condiciones del hecho folclórico en los fundamentos de las creencias populares.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Tipo de estudio:

Descriptivo-transversal con análisis cuali-cuantitativo.

El análisis cualitativo se realiza a través de la descripción de los fenómenos "in situ" y de manera global poder estudiar los hábitos, conductas, creencias y opiniones de los individuos o grupos en la vida real.⁴⁰

Área de estudio:

Montevideo, área urbana, barrio Lavalleja, zona de influencia de la policlínica perteneciente a la IMM (ver Anexo II).

Universo:

Madres que asisten a sus hijos a través del Plan Aduana, en la Policlínica Lavalleja.

Muestra:

Madres que asisten a sus hijos a través del Plan Aduana, en la Policlínica Lavalleja, los días lunes, martes, miércoles y jueves en el horario comprendido entre las 7:00 y 13:00, desde el 13 de Agosto al 31 de Agosto de 2001.

VARIABLES Y SU MEDICIÓN:

Edad: cuantitativa discreta

Concepto: Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento a la fecha.

Indicador: Años.

Nivel de instrucción: variable cuantitativa discreta.

Concepto: Estudios cursados en la educación formal a la fecha.

⁴⁰ Polit - Hungler. "Investigación Científica en Ciencias de la Salud". Quinta Edición, Interamericana, México 1997.

Indicadores:

- Analfabeta (no es capaz de expresarse, ni entender en lenguaje escrito).
- Primaria Incompleta (no culmina el ciclo escolar).
- Primaria Completa (ciclo escolar completo).
- Secundaria Incompleta (no culmina la enseñanza secundaria).
- Secundaria Completa (1° y 2° ciclo de enseñanza secundaria completo).
- U.T.U. (culmina estudios dictados por la Universidad del trabajo del Uruguay).
- Estudios Universitarios (culmina o cursa estudios en la Universidad de la República o Privadas).

Nivel socioeconómico: variable cualitativa nominal.

Concepto: El grado en que los individuos satisfacen sus necesidades básicas de trabajo y vivienda. Considerando de nivel socioeconómico "bajo" a aquel individuo que esta desocupado o subempleado y se encuentra en hacinamiento y/o colecho; y consideramos de nivel socioeconómico "medio" a aquel individuo que trabaja o es ama de casa y no se encuentra en hacinamiento y/o colecho.

Indicadores:

-Características de la vivienda (se refiere a material de las paredes de la casa, existencia o no de agua corriente, saneamiento, hacinamiento y colecho).

Subindicadores:

-Material:

- Bloques o Ladrillos.
- Chapa.
- Cartón.

-Agua corriente (se refiere a la presencia de por lo menos una canilla de O.S.E. en el terreno o el hogar):

- Sí.
- No.

-Saneamiento (se refiere a la existencia de conexión a la red de Saneamiento de la L.M.M en el hogar):

- Sí.
- No.

-Hacinamiento: es un indicador de carencia básica en las habitaciones para dormir y se define que es carente toda persona integrante de un hogar particular en el cual hay más de 3 personas por habitación para dormir.⁴¹

-Colecho: indica la cantidad de personas que comparten la cama para dormir y definimos colecho como la presencia de 2 o más personas en una misma plaza para dormir y de 3 o más personas en dos plazas para dormir, considerado como indicador de carencia básica.⁴²

-Actividad (se refiere a la tarea o actividad que desempeña la persona, remunerada o no).

Subindicadores:

-Ama de casa (desempeña labores del hogar y crianza de niños, no busca trabajo).

-Desocupada (se encuentra buscando trabajo).

-Subempleada (changas, trabajo inestable, remunerado, sin aporte al Banco de previsión social o BPS).

-Trabaja (realiza actividades regulares remuneradas con o sin aporte al BPS).

-Ingresos Económicos (dinero que ingresa al fondo familiar mensualmente).

Subindicadores: -sabe.
 -no sabe.

Conducta en relación al baño en situación de enfermedad: variable cualitativa nominal.

Concepto: es la manera con que los hombres dominan su vida y dirigen sus acciones, son el conjunto de medidas que el sujeto toma para mantener limpios y en buen estado la piel y sus apéndices en situación de enfermedad.⁴³

Indicadores:

-Baña.

-No Baña.

Creencia Popular: variable cualitativa ordinal.

Concepto: Es la firme convicción positiva o negativa de hechos o cosas alejadas de nuestro entendimiento y que se mantiene mientras no se desencadene una acción.⁴⁴

⁴¹ Calvo, Juan José. "Las Necesidades Básicas Insatisfechas en Uruguay de acuerdo al Censo en 1996". Programa Población, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, 1997.

⁴² *Idem*.

⁴³ José Blager. "Psicología de la Conducta". Editorial Paidós. Bs. As., Barcelona, México 1973.

Beverly Witter Du Gas. "Tratado de Enfermería Pediátrica". Tercera Edición. Editorial Interamericana. México, 1979.

⁴⁴ Héctor Brazeiro Diz. "Supersticiones y Curanderismo". Barreiro y Ramos. Montevideo, 1975.

Indicadores:

- Anonimato (se desconoce autoría).
- Vulgaridad (es un hecho prelógico, conducido por los sentimientos y no por la Razón Científica).
- Tradicionalidad (transmisión por herencia social).
- Funcionalidad (cumple con una finalidad, satisface una necesidad, posee aplicación práctica).
- Espontaneidad (aprendizaje no institucionalizado, no organizado ni dirigido, se cumple a cualquier hora).

45

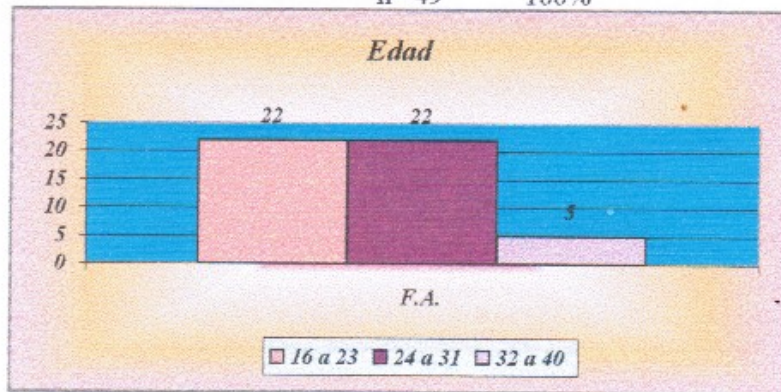
⁴⁵ Paulo De Carvalho Neto. "Concepto de Folklore". Librería Monteiro Lobato. Montevideo 1955.

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

Edad de las madres (Tabla 1 y Figura 1)

Edades	F.A.	F.R. %
16 a 23	22	44.8
24 a 31	22	44.8
32 a 40	5	10.4

n= 49 100%



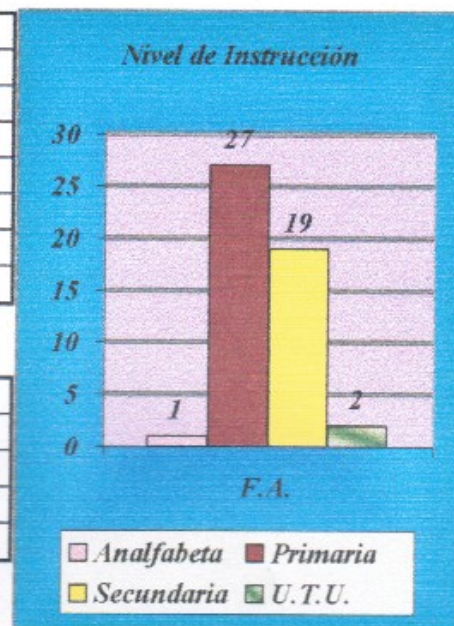
Nivel de Instrucción de las madres (Tabla 2 y 3, Figura 2)

Categoría	F.A.	F.R. %
Analfabeta	1	2
Primaria incompleta	9	18.4
Primaria Completa	18	36.7
Secundaria Incompleta	17	34.7
Secundaria Completa	2	4.1
U.T.U	2	4.1
Estudios Universitarios	0	0

n=49 100%

Categoría	F.A.	F.R. %
Analfabeta	1	2
Primaria	27	55.1
Secundaria	19	38.8
U.T.U.	2	4.1

n= 49 100%



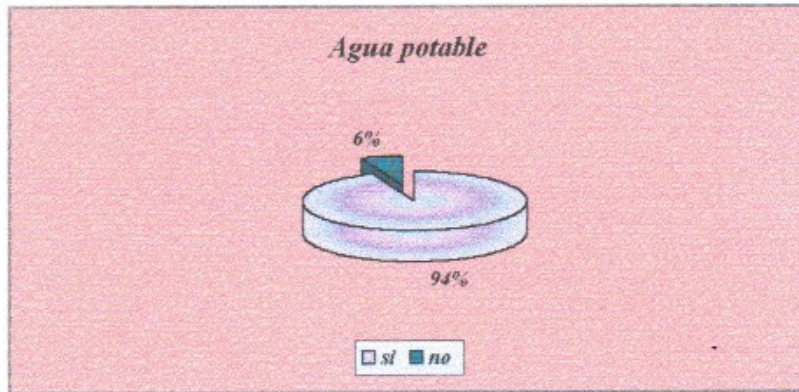
*
-

*Se realiza agrupación de datos en las categorías de Nivel de Instrucción que se presentan en la Tabla 3, para facilitar el análisis de los mismos según Stephen B. Hulley y Steven R. Cummings "Diseño de la Investigación Clínica". Ediciones Doima, Barcelona España, 1993. Pag 37.

Nivel Socioeconómico de las madres (Tabla 4 y Figura 3)

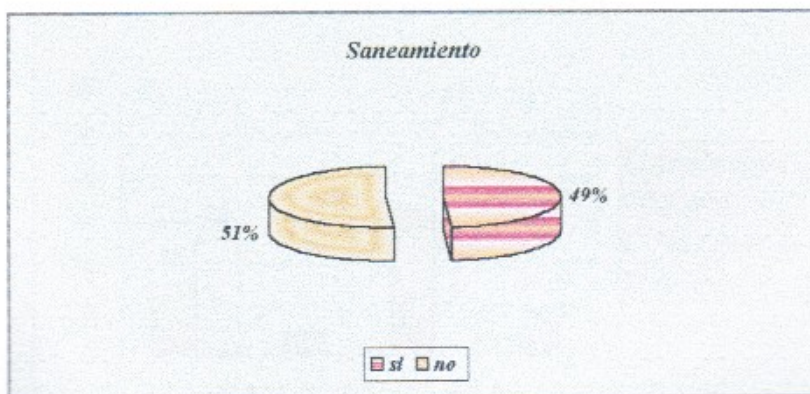
Presencia de agua potable en el hogar

<i>Agua potable</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
si	46	94
no	3	6
n= 49		100%



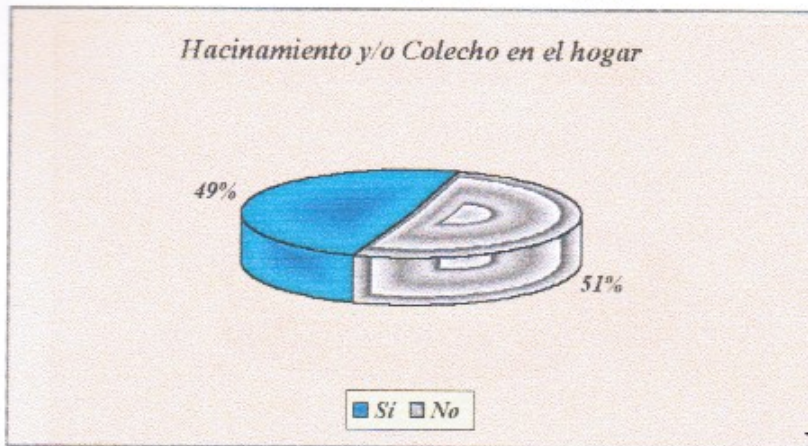
Existencia de Saneamiento en el hogar (Tabla 5 y Figura 4)

<i>Saneamiento</i>	<i>F.A.</i>	<i>F.R. %</i>
si	24	49
no	25	51
n= 49		100%



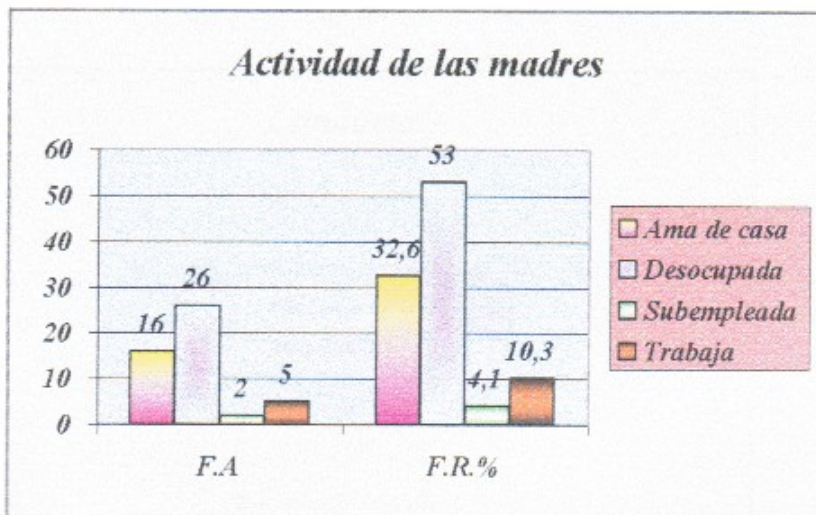
Existencia de hacinamiento y/o colecho en el hogar (Tabla 6 y Figura 5)

Hacinamiento y/o Colecho	F.A.	F.R. %
Sí	24	49
No	25	51
n= 49		100%



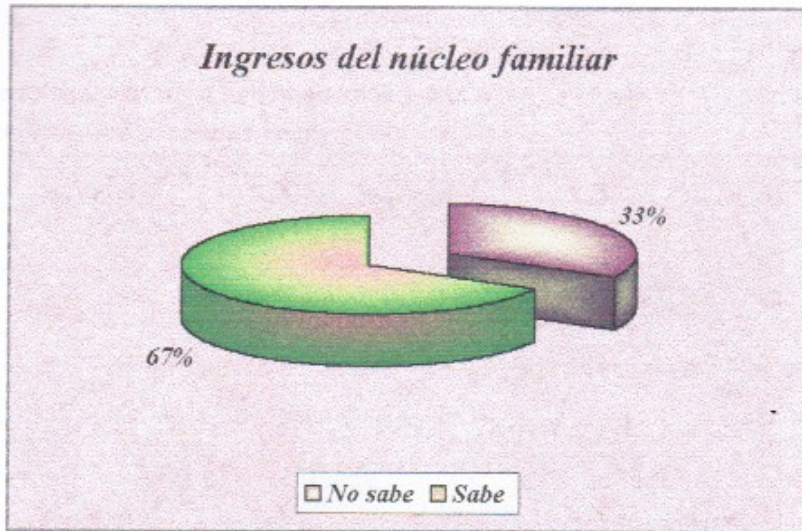
Actividad de las madres (Tabla 7 y Figura 6)

Actividad	F.A	F.R. %
Ama de casa	16	32,6
Desocupada	26	53
Subempleada	2	4,1
Trabaja	5	10,3
n= 49		100%



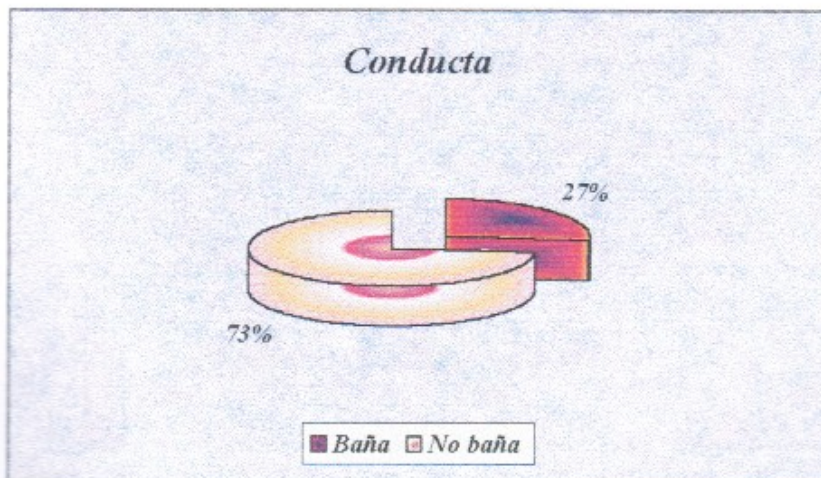
Ingresos del núcleo familiar (Tabla 8 y Figura 7)

Categoría	F.A.	F.R. %
No sabe	16	32,7
Sabe	33	67,3
n= 49		100%



Conducta frente al baño en situación de enfermedad (Tabla 9 y Figura 8)

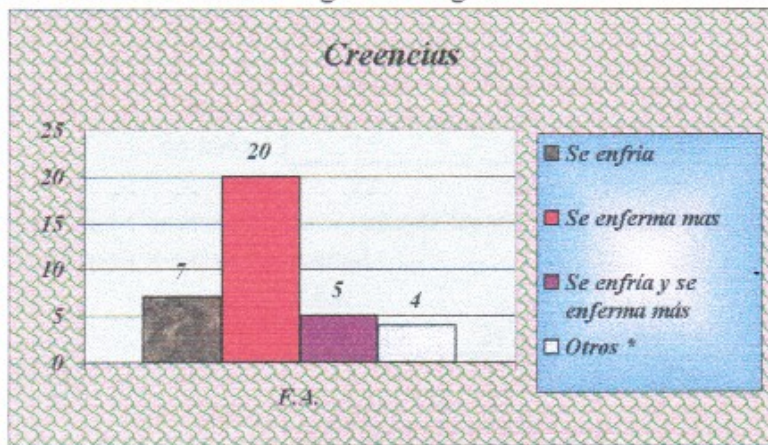
Conducta	F.A.	F.R. %
Baño	13	26,6
No baño	36	73,3
n= 49		100%



Creencias que sustentan la conducta del no baño (Tabla 10 y Figura 9)

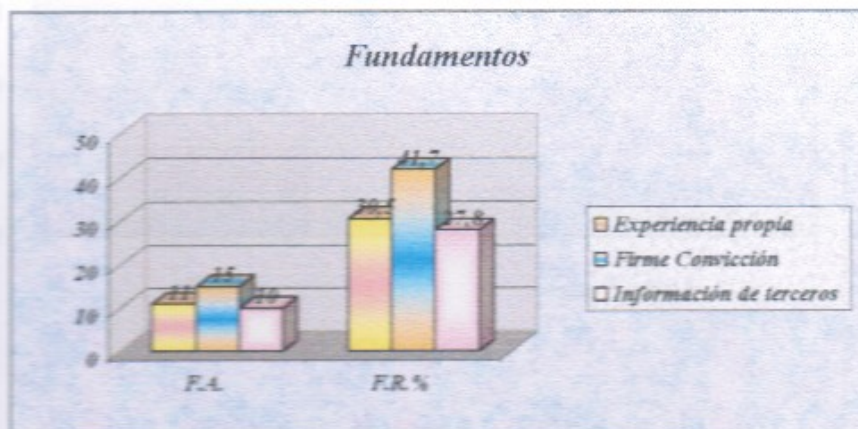
Creencias	F.A.	F.R.%
Se enfria	7	19.4
Se enferma mas	20	55.5
Se enfria y se enferma más	5	13.9
Otros *	4	11.1
	n= 43	100%

* se refiere a temor a lo desconocido y a que la enfermedad se resume en algún otro órgano.



Fundamentos de la creencia (Tabla 11 y Figura 10)

Fundamentos	F.A.	F.R.%
Experiencia propia	11	30,5
Firme Convicción	15	41,7
Información de terceros	10	27,8
	n= 36	100%



(Ver también en Anexo III: Plan de Tabulación y Análisis).

TABLAS BIVARIADAS

Edad-Conducta frente al baño de los niños en situación de enfermedad (Tabla 12 y 13, Figura 11)

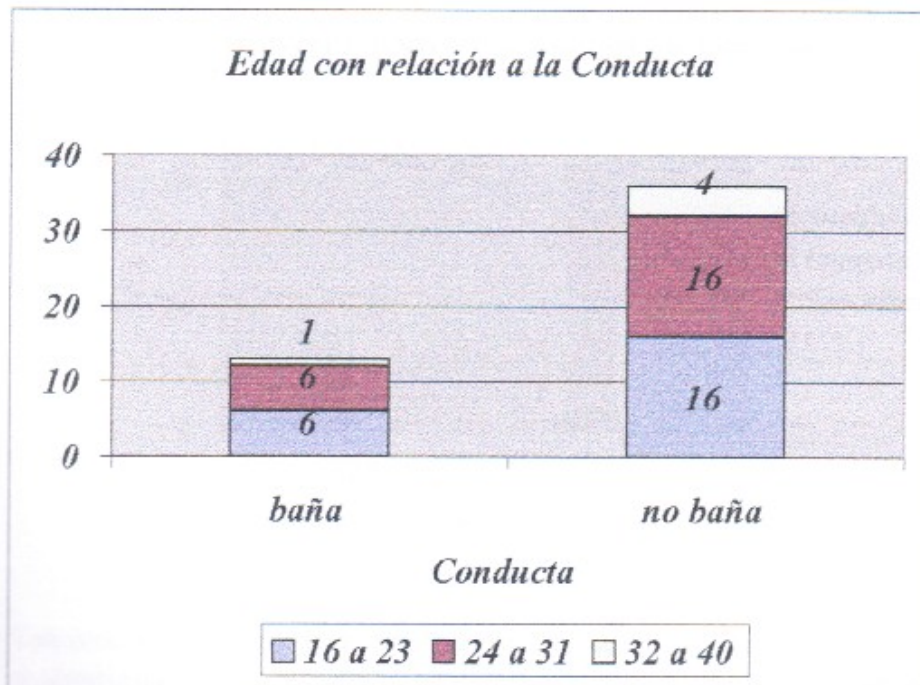
En la tabla bivariada que presentamos a continuación se muestra la distribución de la conducta frente al baño en situación de enfermedad en los rangos de edad de las madres estudiadas.

Tabla: Edad-Conducta frente al baño de los niños en situación de enfermedad en Frecuencia Absoluta.

		Edad			
		16 a 23	24 a 31	32 a 40	
Conducta	baña	6	6	1	13
	no baña	16	16	4	36
		22	22	5	n= 49

Tabla: Edad-Conducta frente al baño de los niños en situación de enfermedad en Frecuencia Relativa Porcentual.

		Edad			
		16 a 23	24 a 31	32 a 40	
Conducta	baña	12.2%	12.2%	2%	26.5%
	no baña	32.6%	32.6%	8.1%	73.5%
		44.8%	44.8%	10%	100%



Nivel de Instrucción-Conducta frente al baño de los niños
(Tabla 14 y 15, Figura 12)

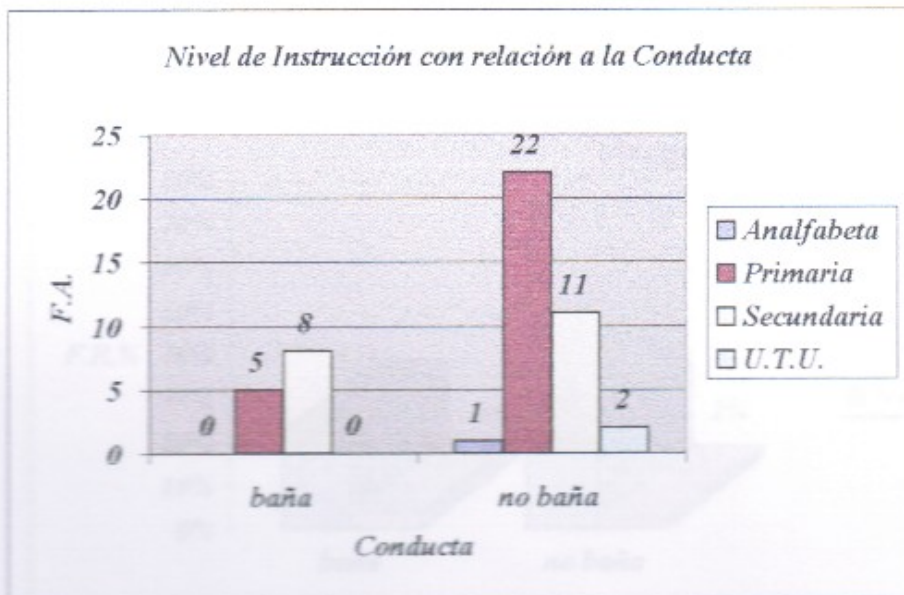
Aquí se plantea la distribución de la conducta frente al baño de los niños en situación de enfermedad y el nivel de instrucción de las madres.

Tabla: Nivel de Instrucción-Conducta frente al baño de los niños en situación de enfermedad en Frecuencia Absoluta.

		Nivel de Instrucción				
		Analfabeta	Primaria	Secundaria	U.T.U.	
Conducta	baña	0	5	8	0	13
	no baña	1	22	11	2	36
		1	27	19	2	n= 49

Tabla: Nivel de Instrucción-Conducta frente al baño de los niños en situación de enfermedad en Frecuencia Relativa Porcentual.

		Nivel de Instrucción				
		Analfabeta	Primaria	Secundaria	U.T.U.	
Conducta	baña	0%	10%	16%	0%	26.5%
	no baña	2%	44.8%	22%	4%	73.5%
		2%	55%	38%	4%	100%



Tomando a las usuarias de la categoría Primaria como el 100% de la población se obtiene que el 81% de estas no bañan a los niños en situación de enfermedad. Tomando a las usuarias de la categoría Secundaria como el 100% de la población se obtiene que el 58% de estas no bañan a los niños en situación de enfermedad. (Se realiza regla de tres simple para el cálculo de estos datos).

Agua Potable-Conducta frente al baño de los niños
(Tabla 16 y 17, Figura 13)

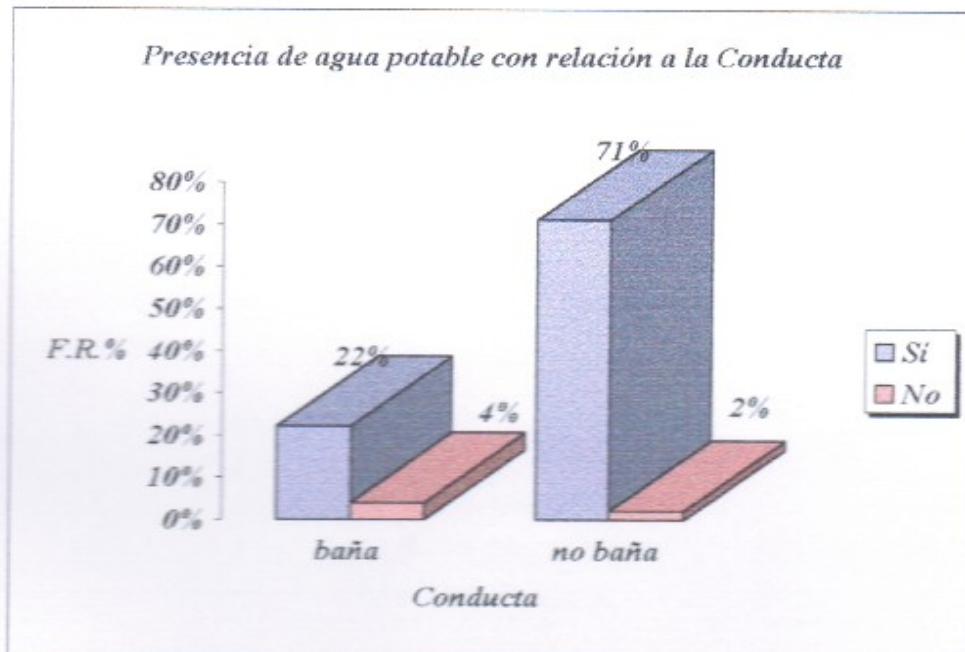
Se observa la relación entre la existencia o no de agua potable en el hogar con la conducta frente al baño de los niños en situación de enfermedad para determinar si la no existencia de agua potable en los hogares de dichas madres influye en la conducta.

Tabla: Agua-Conducta frente al baño de los niños en situación de enfermedad en Frecuencia Absoluta.

		Agua Potable		
		Sí	No	
Conducta	baña	11	2	13
	no baña	35	1	36
		46	3	n= 49

Tabla: Agua-Conducta frente al baño de los niños en situación de enfermedad en Frecuencia Relativa Porcentual.

		Agua Potable		
		Sí	No	
Conducta	baña	22%	4%	26.5%
	no baña	71%	2%	73.5%
		93%	6%	100%



Actividad de las madres-Presencia de Hacinamiento y/o Colecho
(Tabla 18)

La tabla que a continuación se plantea se utiliza para determinar el nivel socioeconómico de las madres según definición.

Tabla: Actividad de las madres-Presencia de Hacinamiento y/o Colecho en el hogar en Frecuencia Absoluta y Relativa Porcentual.

		<i>Hacinamiento y/o Colecho</i>		
		<i>Si</i>	<i>No</i>	
<i>Actividad</i>	<i>Trabaja o Ama de Casa</i>	7 (14%)	15 (30%)	22 (44%)
	<i>Desocupada o Subemplea</i>	17 (34.6%)	10 (20%)	27 (55%)
		24 (48%)	25 (50%)	n= 49 (100%)

Nivel Socioeconómico-Conducta frente al baño de los niños

(Tabla 19 y 20, Figura 14)

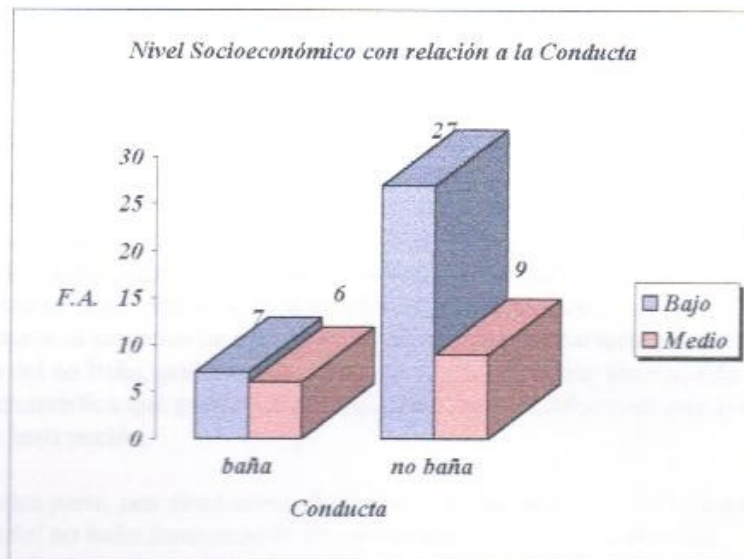
Se plantea la distribución de la conducta frente al baño de los niños en situación de enfermedad y el nivel socioeconómico de las madres.

Tabla: Nivel Socioeconómico-Conducta frente al baño de los niños en situación de enfermedad en Frecuencia Absoluta.

		Nivel Socioeconómico		
		Bajo	Medio	
Conducta	baña	7	6	13
	no baña	27	9	36
		34	15	n= 49

Tabla: Nivel Socioeconómico-Conducta frente al baño de los niños en situación de enfermedad en Frecuencia Relativa Porcentual.

		Nivel Socioeconómico		
		Bajo	Medio	
Conducta	baña	14%	12.2%	26.5%
	no baña	55%	18.4%	73.5%
		69%	30.6%	100%



Tomando a las usuarias de la categoría Bajo como el 100% de la población se obtiene que el 79% de estas no bañan a los niños en situación de enfermedad. Tomando a las usuarias de la categoría Medio como el 100% de la población se obtiene que el 60% de estas no bañan a los niños en situación de enfermedad. (Se realiza regla de tres simple para el cálculo de estos datos).

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La población estudiada presenta una media aritmética de 25 años de edad, con un desvío de 5,3 años; en lo respectivo a Nivel de Instrucción la media se encuentra en la categoría de Primaria, incluyendo su desvío; mayoritariamente de Nivel Socioeconómico bajo con una media aritmética de Actividad de las madres que se ubica en la categoría Desocupada incluyendo su desvío y en Hacinamiento y /o Colecho en proporciones similares.

El agua corriente es un elemento común en los hogares de los sujetos de la muestra y la mitad de la muestra poseen red de saneamiento en sus hogares. Estas características no son consideradas determinantes del nivel socioeconómico de los individuos ni influyentes sobre la conducta de no bañar a los niños en situación de enfermedad. Tampoco se toma en cuenta los ingresos económicos familiares pues la cantidad de madres que no saben este dato representan un porcentaje elevado, por lo que no se considera confiable el dato de las que si lo conocen; ni se toma en cuenta el material de construcción del hogar ya que este no nos habla de las condiciones para ser un satisfactor de vivienda.

Dado el cruce de la variable edad con la conducta de no bañar a los niños en situación de enfermedad, podemos afirmar que la conducta de no baño de los niños en situación de enfermedad existe en todos los rangos de edad estudiados.

En el caso del Nivel de Instrucción podemos aseverar que la conducta de no bañar a los niños en situación de enfermedad se alberga mayoritariamente en la categoría de Primaria; dentro de esta categoría el 81% no bañan a sus hijos en situación de enfermedad y en la categoría de Secundaria un 58% presentan la conducta. En principio podemos decir que el Nivel de Instrucción en ésta muestra es inversamente proporcional a la presencia de la conducta, o sea a menor instrucción mayor número de sujetos que no bañan a sus hijos en situación de enfermedad.

En cuanto a las características de la vivienda podemos decir que la mayoría de las madres cuentan con agua corriente en el hogar o en el terreno y poseen la conducta del no baño.

Dentro del Nivel Socioeconómico, en el nivel considerado como "bajo" obtenemos que el 79% de los sujetos no bañan a los niños en situación de enfermedad, y en el Nivel Socioeconómico considerado como "medio" un 60% poseen la conducta (no siendo notoria la diferencia entre las características de ambos niveles).

En este caso podemos decir que la conducta de no bañar a los niños en situación de enfermedad se desarrolla en ambos niveles socioeconómicos.

En cuanto al supuesto de que existe relación entre las características de las usuarias y la conducta del no baño, podemos decir que teniendo en cuenta las variables estudiadas, la única característica que puede guardar relación con la conducta en esta población es el Nivel de Instrucción.

Por otra parte, nos planteamos el supuesto de que las creencias que sostienen la conducta del no baño forman parte de un sistema de creencias complejo.

Las madres que tienen las características anteriormente descritas desarrollan las siguientes creencias que sustentan la conducta de no bañar a los niños en situación de enfermedad.

Las creencias que se identifican con mayor relevancia son:

- Se enfría.
- Se enferma más.
- Otros (por temor a lo desconocido y se resume la enfermedad en algún órgano corporal).
- Se enfría y se enferma más.

Se agrega otra categoría a las planteadas inicialmente pues la existencia de la respuesta en uno de los indicadores no quita la presencia en otro, o sea un individuo de la muestra puede creer que con el baño el niño se enfría y se enferma más.

La creencia que sobresale es que con la realización del baño el niño se enferma más, esto con el resto de las creencias referidas obedece a la satisfacción de una necesidad como es la del cuidado del niño, que pensamos que para ellas es el más adecuado. Por lo tanto adherimos a que éstas creencias no son en sí razones para suponer que las madres lo realizan para dañar al niño, sino, todo lo contrario. Teniendo en cuenta esto podemos decir que éstas madres adhieren a más de una creencia a la vez, por un lado los motivos para no bañar al niño nos hablan de una concepción herrada e infundada de los cuidados del niño y por otra parte el hecho de que de esta forma y no de otra pueden satisfacer esta necesidad nos puede decir que, tal vez, el entramado cultural, social, moral y religioso en el cual viven, se desarrollan y reproducen potencia la existencia de más de una creencia o conocimientos vulgares formando el llamado sistema de creencias.

Dicho sistema de creencias se nos muestra en todas las características de las madres estudiadas siendo relevante, como posible motor de desarrollo de las creencias, el nivel de instrucción (tomando en cuenta la distribución de la conducta en las categorías de dicha variable).

Las creencias que se presentan previamente son justificadas por las madres con enunciados que agrupamos en estas tres categorías:

- Información de terceros.
- Por firme convicción.
- Por experiencia propia.

A continuación se plantea el supuesto de que las creencias que sostienen la conducta del no baño son un hecho folclórico.

Teniendo en cuenta que las características del hecho folclórico son la vulgaridad, la tradicionalidad, la espontaneidad, el anonimato y la funcionalidad, buscaremos éstas condiciones dentro de las tres categorías referidas.

Cuando las madres no bañan a sus hijos por información de terceros, encontramos aquí reflejada en primera instancia, la condición tradicional o herencia social, ya que fue transmitido por un recreador de la creencia (abuela, madre, profesional, curandero, etc.). También se evidencia la condición de anonimato porque identificamos el recreador pero no el autor de la creencia. Además es funcional porque satisface una necesidad cumpliendo la función del cuidado de la salud del niño, y es vulgar ya que no se cuestiona si existen otras

formas de satisfacer ésta necesidad, lo aceptan como verdadero. Y por último surge la condición de espontaneidad ya que forma parte de un aprendizaje no institucionalizado, que es cumplido en cualquier momento o eventualidad.

Cuando las madres no bañan a sus hijos por experiencia propia, se evidencia la condición vulgar, dado que al haber tenido una experiencia desfavorable con respecto a una situación de enfermedad del niño establece una relación de causa -- efecto "primitiva". Al elaborar el pensamiento, de que el baño es nocivo en la enfermedad, no toma en cuenta otras variables que pueden haber interferido en dicha situación, tampoco tiene fundamentos para establecer la relación. El anonimato se observa en esta situación pues la madre actúa como recreador de la creencia y no encontramos de dónde surge la misma. Es espontáneo ya que aparece por un evento determinado. Es tradicional porque se denota una permanencia temporal, que supera eventualidades. Por último es funcional porque satisface la necesidad del cuidado del niño.

Cuando las madres no bañan a sus hijos por firme convicción, se destaca la condición vulgar del hecho en cuestión puesto que es una elaboración intelectual propia, sin información de terceros y sin experiencia propia que lo avale. En este caso la madre no puede ofrecer cimiento ya que nadie se lo dijo y además no sabe el porqué de ésta práctica, tampoco se puede entrever la herencia social que podría justificar la existencia de ésta creencia en el intelecto de éstas madres. Ellas simplemente lo creen.

Por otra parte continúa siendo funcional porque cubre la necesidad del cuidado del niño. Estas tres categorías cumplen con todas o algunas condiciones del hecho folclórico.

Estas madres, con las características descritas, presentan en su mayoría la conducta de no bañar a los niños en situación de enfermedad, la cual se sustenta en un sistema de creencias cuyas fundamentaciones evidencian las condiciones del hecho folclórico.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Las creencias populares no se podrían adjudicar a un determinado nivel socioeconómico, evidenciado a través de las características de la muestra. Dicho enunciado responde a los lineamientos que otorga el marco conceptual en el cual se describe que las creencias del ser humano no son inherentes al nivel socioeconómico como factor de clase, sino que están marcadas por el estado mental.

Podemos pensar que el nivel de instrucción de las madres puede ser un factor condicionante en el desarrollo de la conducta del no baño de los niños en situación de enfermedad.

Las creencias que sostienen la conducta del no baño forman parte de un sistema de creencias complejo, manifestado por el alto porcentaje de sujetos que la sostienen y el entramado cultural, social y religioso en el cual se desarrollan.

Las creencias que sostienen la conducta del no baño son un hecho folclórico debido a que cumplen con las condiciones para serlo. Estas son claramente evidenciables luego de haber caracterizado las respuestas según marco conceptual. Pensamos que las creencias populares o hechos folclóricos son sentidas y practicadas por aquellos individuos de la muestra que poseen intelectos con escasa elaboración educativa.

Es competencia de la Enfermera Comunitaria priorizar estos temas a la hora de investigar para poder actuar de forma eficaz y eficiente en conjunto con la población sobre este problema.

Como hipótesis globales que se desprenden de la investigación, a nuestro entender son:

- El nivel de instrucción determina la existencia y prevalencia de creencias populares en torno al proceso salud-enfermedad.
- El déficit de enfermeros profesionales formados, capacitados, e interesados en investigar y tratar dicho problema ¿favorece la prevalencia de las creencias populares?
- ¿Es de responsabilidad sanitaria la existencia y prevalencia de la conducta del no baño?
- Es útil el conocimiento en profundidad del hecho folclórico a la hora de elaborar programas de atención a la población.

Pensamos que, si para tratar este tipo de problema sustentado en un sistema de creencias complejo, la carencia de estudios sobre el tema se podría ver reflejado en la prevalencia de dichas creencias y en la ausencia de programas y acciones de enfermería destinados a allanarlas.

Como sugerencia sería apropiado realizar un estudio analítico de cohortes tomando dos muestras, con diferentes características socioeconómicas. Dichas características deberían estar enmarcadas en las necesidades básicas.

También sería adecuado un estudio cualitativo de campo realizado por un grupo investigador interdisciplinario, ya que estos permiten conocer en profundidad los hábitos, conductas, creencias de la población y su razón de ser, dada la inserción en el medio que ofrece.

La Enfermera Profesional debe apuntar a la investigación en éste ámbito, ya que esto es útil para conocer las creencias que condicionan el estilo de vida de los grupos, con el fin de potenciar aquellas positivas y comprender para revertir aquellas negativas para el proceso salud-enfermedad de los mismos.

Se puede aceptar la afirmación de que “las creencias son piezas residuales de historia, religión, moral, todo pervertido, juntos en la superstición que nos ocupa y que se nos muestra como ropa cocida a retazos, de la que la humanidad no quiere desprenderse”.⁴⁶

⁴⁶ Héctor Brazeiro Díez. “Supersticiones y Curanderismo”. Brazeiro y Ramos. Montevideo, 1975.

BIBLIOGRAFIA

- Barrán, José Pedro. *"Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. El Poder de Curar"*. Tomo I, Ediciones de la Banda Oriental, 1992.
- Bleger, José. *"Psicología de la Conducta"*. Paidós, Bs. As., Barcelona, México, 1973.
- Brazeiro Diez, Héctor Dr. En Medicina. *"Supersticiones y Curanderismo. Ensayo Clínico y Valorativo"*. Barreiro y Ramos, Montevideo 1975.
- De Carvalho Neto, Paulo. *"Concepto de Folklore"*. Librería Monteiro Lobaró, Montevideo, 1955.
- Diccionario de la Lengua Española. 19ª Edición, Espasa Calpe, Madrid, 1970.
- Emeric, Blanca Antropóloga. *"Salud Mental en Atención Primaria de la Salud"*. Capítulo III, Oficina del Libro, A.E.M., Montevideo, Uruguay, 1996.
- Enciclopedia Universal Europeo-Americana. Tomo VII, Espasa Calpe (sin año).
- Faget, Eduardo. *"Folklore Mágico del Uruguay"*. Arcegraf, Montevideo, 1969.
- Giorgi, Victor. *"Vínculo. Marginalidad. Salud Mental"*. Roca Viva, Montevideo, Uruguay, Mayo 1992.
- Granada, Daniel. *"Supersticiones en el Río de la Plata"*. Guillermo Kraft Ltda., Bs. As., 1947.
- Mencghello, J.; Fanta, F.; Otros. *"Pediatría"*. Tomo I. Panamericana, Bs.As., 1997.
- Ortega y Gasset, José. *"Ideas y Creencias"*. Tercera Edición, Espasa Calpe Argentina S.A., Bs. As., México, 1940.
- San Martín, H. *"Salud Pública y Medicina Preventiva"*. Capítulo I, Segunda Edición, Editorial Masson. Barcelona, 1996.
- Turner, Angélica. *"Higiene del Individuo y de la Comunidad"*. Segunda Edición, Centro Regional de Ayuda Técnica para el Desarrollo Internacional, México, 1964.
- Walley y Wong. *"Influencias Sociales y Religiosas en la Promoción de la Salud Infantil"*. Enfermería Pediátrica, Tomo I, Cuarta Edición. Mosby. Madrid, 1987.
- Witter Du Gas, Beverly. *"Tratado de Enfermería Pediátrica"*. Tercera Edición, Interamericana, México, 1979.

Algazi-Bayley, Heana Dra. en Medicina. "*Creencias Populares en Pediatría*". Revista Médica del Uruguay N° 1, Vol. 6, Departamento de publicaciones del Sindicato Médico del Uruguay, 1990.

"*Antropología y Educación para la Salud*". Revista Roí de Enfermería N° 179-180. Ediciones Rol S.A., Barcelona, Julio-Agosto, 1993.

Guevara Corral, Rúben Darío. "*Manifestaciones Culturales mas Características entre los Menores de Cinco Años*". Investigación y Educación en Enfermería, Vol. 5, N° 2, Ediciones Gráfica I.Ada., Medellín, Colombia, Setiembre, 1987.

"*Educación, Ciencia y Tecnología. Niños, Salud y Ciencia*". Serie del Documento 41. Editores: Hugh Howes, John Nicholson, Grasya Banoti. Sector Ediciones de la U.N.E.S.C.O., 1991.

Calvo, Juan José. "*Las Necesidades Básicas Insatisfechas en Uruguay de acuerdo al Censo en 1996*". Programa Población, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, 1997.

Diagnóstico de Situación del Barrio Lavalleja, Montevideo Uruguay 1998.

Aproximación Diagnóstica Barrio "San Antonio", Montevideo Uruguay 2001.

Plan de Atención Zonal a la Salud. Intendencia Municipal de Montevideo. División Salud.

Plan de Estudios 1993. Universidad de la República. Instituto Nacional de Enfermería. Montevideo, 1993.

Anexos

Anexo I
Antecedentes de Investigaciones

hecho la comunidad de saber curar y prevenir la enfermedad, pero además es entender como es la comunidad, cuales son sus creencias, cual es el acceso que tiene a los servicios de salud y cual es el modo de pensar que prevalece en su interior en donde conscientemente se obliga a una defensa de la tradición.

Resumen del artículo: "Manifestaciones Culturales de las enfermedades más características entre los menores de cinco años" (Colombia).

Autor: Antropólogo Rúben Darío Guevara Corral.

Resumen:

El artículo, resultado de una investigación sobre la medicina tradicional, presenta creencias, actitudes y el comportamiento que tienen los habitantes que se ubican en un asentamiento urbano de la Ciudad de Popayán, Colombia.

Señala como las condiciones económicas y sociales son las que determinan y permiten el surgimiento y la permanencia de técnicas e ideas tradicionales para prevenir y curar las enfermedades más características de los menores de cinco años.

Igualmente relieves (destaca) este conocimiento como parte constitutiva e integradora del acervo cultural de la comunidad, que tiene que recogerse para adelantar políticas en el campo de la salud pública.

Escaso es el trabajo que al respecto ha realizado la Antropología en el país, algunos pocos se detallan en revistas no especializadas cuya difusión es muy restringida...

Históricamente las comunidades han considerado los fenómenos naturales como la razón de ser de su existencia (Eduardo Estrella) y por ello, cuando la naturaleza los afecta orgánicamente, se sienten disminuidos y no pueden continuar con las actividades de su vida diaria. Esto trastorna sin duda al individuo, al grupo, a la comunidad porque ven menudada sus fuerzas, entonces, buscan a través de su conocimiento y de sus prácticas curativas, solucionar el problema de salud.

Para protegerse de las afecciones orgánicas, el individuo históricamente ha racionalizado acerca de lo que puede hacer para prevenir y curar aquello que lo puede afectar y lo primero que ha hecho es atacar y enfrentar a la naturaleza porque conociéndola la puede superar y el mismo se supera.

En la relación que establece el hombre con la naturaleza se va forjando ese pensamiento racional y allí está el germen de lo que puede ser la práctica curativa, la medicina, que resulta de esa actividad humana que al interior de la comunidad impulsa el avance del conocimiento y de las técnicas, las cuales responden al desarrollo de las fuerzas productivas y a las relaciones sociales y que tienen una expresión ideológica que se patentizan en las creencias e ideas que son norma para la población.

En la comunidad se pudo apreciar toda una gama de creencias, enunciados, ideas y concepciones sobre la salud que si para algunos no son considerados científicos porque chocan con los del pensamiento occidental, tampoco se puede estigmatizar o rechazar, porque "no son conocimientos amontonados sino que están cohesionados, son respuestas a expresiones tradicionales o a descubrimientos del sujeto que las genera" (Eduardo Estrella).

Muchos de los enunciados y prácticas de este saber médico en esta comunidad se han elaborado en oposición a los de la medicina occidental, comercializada e individualista, que se ha querido imponer dentro de la integración por medio de conocimientos que no son los que la gente necesita o que necesiéndolos no tienen la disposición para adquirirlos y así, entonces, la comunidad se hace consciente de los propios y se resiste a aceptar los de fuera.

Comprender la forma como se ha estructurado la medicina tradicional en esta comunidad obliga a conocer la visión del mundo que tiene el agente que la practica, que la utiliza, que le da razón de ser cultural y cuya funcionalidad está mediada por la delegación que le ha

La mayoría de las madres bañan a sus hijos entre dos a cuatro veces por semana, 84% no lo baña cuando está enfermo, lo cual indica que la creencia de que el baño puede ser perjudicial está muy arraigada.

ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES EN CREENCIAS POPULARES

Resumen del artículo “Creencias Populares en pediatría, síntesis de la investigación en el ámbito hospitalario” (Uruguay).

Autor: Doctora Heana Algazi-Bayley.

Objetivos :

- Investigar la existencia de creencias populares en la población que se asiste en el Hospital Pereira Rosselli de Montevideo. (HPR)
- Conocer cuales son las creencias mas arraigadas en relación con ciertas enfermedades del niño y caracterización de sus síntomas.
- Determinar la participación del curandero en el tratamiento de las enfermedades de referencia.
- Indagar si la existencia de dichas creencias guarda relación con el nivel sociocultural de la madre y de su núcleo familiar.

Se investigaron los caracteres socioculturales de las madres, la procedencia y el nivel socioeconómico del núcleo familiar.

Analfabetas 3%
Primaria incompleta 31%
Primaria completa 30%
Secundaria incompleta 24%
Secundaria completa 4%

Resultados :

... Hábitos de higiene del niño y su relación con la enfermedad:

- 27% de las madres manifestó bañar diariamente a sus hijos.
- 60% entre dos y cuatro veces por semana.
- 13% entre dos y cuatro veces por mes.
- 84% de las madres no bañan a sus hijos cuando están enfermos. Esta negativa a bañarlos resulta de la plena convicción de lo perjudicial que puede resultar.

Conclusiones:

..... Hábitos de higiene del niño y su relación con la enfermedad:

Anexo II

Síntesis Diagnóstica

SINTESIS DIAGNOSTICA DEL BARRIO LAVALLEJA.

Historia del barrio:

Sabemos que el proceso fundacional del mismo se realizó entre los años 1875 y 1909. Con anterioridad a estos años, la zona, pertenecía a quintas propiedad de familias inmigrantes en su mayoría húngaros, de los cuales no quedan vestigios. Entre los años 1900 y 1925 se fraccionaron dichas quintas y se remataron los predios en forma pública. Con posterioridad a dicha fecha los solares pasaron a pertenecer a la IMM.

Características del barrio:

Los límites geográficos son: Coronel Raíz y Hamburgo al Norte; Bulevar Batlle y Ordóñez al Oeste; Aparicio Saravia al Este; Costanera del Arroyo Miguelete al Sur.

La zona presenta características de un barrio periférico de Montevideo, con un paisaje arquitectónico bajo, encontrándose las mayores alturas en los complejos habitacionales COVIN 8 y COVIN 9.

El entorno físico corresponde a una zona topográficamente mas elevada, y otra mas baja con declive hacia el Arroyo Miguelete.

En las Avenidas que circunvalan el barrio se encuentran la mayoría de los comercios y fábricas, muchas de las cuales han cerrado entre ellas las textiles.

Se destaca la carencia de saneamiento en algunas zonas. Actualmente se construye el Plan Saneamiento 3.

En su aspecto general el barrio se ve deteriorado, tanto en el mantenimiento de espacios verdes (a pesar de la existencia del grupo Tacurú encargado del mantenimiento de esta zona), así como en algunas viviendas.

En las orillas del Arroyo Miguelete se observan basurales que junto con otros agentes contaminantes afectan sus aguas.

Bordeando el mismo se encuentra una zona de asentamiento con construcciones de lata o material sin revestir.

También encontramos en la zona el Plan Habitacional 40 Semanas, Complejo Habitacional Aquiles Lanza, Conjunto Habitacional Comunidad Lavalleja y el Complejo Habitacional COVIIMP.

Los servicios de transporte transitan principalmente por Bulevar Batlle y Ordóñez y Avenida de las Instrucciones.

El agua potable es de fácil acceso para la población del barrio, sin embargo donde el Hacinamiento es la problemática (Asentamientos) el agua es un servicio compartido.

La luz en la mayoría de los asentamientos es tomada por conexiones realizadas por los habitantes hacia sus viviendas en forma clandestina.

Los servicios de atención a la salud son brindados por la Policlínica Lavalleja y el Centro Asistencial I.Q. Morell.

Descripción de la población:

Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y el Centro Comunal Zonal 13 (CCZ 13) la población es de 6307 Habitantes, con una distribución de 3158 mujeres y 3149 hombres, con un promedio de 5 personas por hogar (cifras aproximadas del último censo 1996).

La población esta formada por diferentes arreglos familiares, orígenes y tiempo de permanencia en la zona. Encontramos matrimonios, personas mayores y familias que han llegado a la zona mediante un proceso de desintegración urbana tanto en lo económico como en lo laboral, como así también familias que provienen del interior del país. En general constituyen los asentamientos, donde la zona geográfica es directamente proporcional a la calidad de vida de su población, coincidiendo las zonas bajas y húmedas con las familias más carenciadas quienes tampoco poseen trabajo.

Los integrantes de la población son mayoritariamente subempleados o desempleados, reclutados para la construcción en los mejores casos, o se dedican a la recolección de basura y venta callejera. Las mujeres en general permanecen en el hogar, habiendo empleadas, obreras, feriantes, etc.

Son familias numerosas, teniendo el 69% de las parejas mas de 4 hijos, de los cuales el 27 % tienen mas de 8 hijos.

Anexo III
Aspectos Metodológicos del Protocolo

ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL PROTOCOLO

Métodos, técnicas e instrumentos

Fuentes de Información:

Fuente primaria: Madres que asisten a sus hijos en la Policlínica Lavalleja a través del Plan Aduana.

Fuente secundaria: Coordinador de la Policlínica Lavalleja, ficha de control y diagnósticos de situación previos.

Técnicas para la recolección de datos:

Entrevista Estructurada:

Se realiza sobre la base de un formulario previamente preparado y estrictamente normalizado, a través de una lista de preguntas establecida con anterioridad. Las respuestas son registradas de manera textual o codificada. Toma la forma de un interrogatorio donde las preguntas se plantean siempre en el mismo orden y con los mismos términos.

Entrevista estructurada al Coordinador de la Policlínica Lavalleja, para caracterización de los usuarios.

Duración: Entre 15 y 20 minutos.

En cuanto al área de influencia de la policlínica y las características socioeconómico culturales de la zona, se recaba información de trabajos anteriores, realizados por estudiantes del L.N.D.E., de la observación directa del lugar; además se enriquece la información a través de la extracción de datos de instrumentos de registro utilizados en la Policlínica que son las fichas de control.

Entrevista estructurada dirigida a las madres que asisten a sus hijos en la Policlínica Lavalleja, a través del Plan Aduana.

Duración: Entre 15 y 20 minutos.

Consentimiento informado: Lo que usted diga en esta instancia es de carácter anónimo y confidencial. Usted no está obligada a responder a las preguntas que se le realicen. Sería conveniente que si responde a las preguntas lo haga sinceramente ya que esta entrevista no será divulgada al público y además esta investigación es para poder cumplir con los objetivos curriculares y conocer ciertos aspectos de la realidad, por esto se le solicita la mayor reserva posible para con el resto de las madres. (El lenguaje a utilizar se adaptará a la relación empática).

Plan de tabulación y análisis

OBJETIVOS	SUPUESTOS	VARIABLES	PLAN DE ANALISIS
<p>1- Caracterizar a las usuarias que asisten a sus hijos en la Policlínica Lavalleja.</p> <p>2- Conocer la cantidad de individuos que tienen la conducta de no bañar a los niños en situación de enfermedad.</p> <p>3- Conocer las creencias que sostienen la conducta del no baño.</p> <p>4- Detectar los fundamentos de las creencias que sostienen la conducta del no baño de los niños en situación de enfermedad.</p> <p>5- Identificar las condiciones del hecho folclórico en los fundamentos de las creencias populares.</p>	<p>1 y 2- Existe relación entre las características de las muestra y la conducta del no baño.</p> <p>3- Las creencias que sostienen la conducta del no baño forman parte de un sistema de creencias complejo</p> <p>4 y 5- Las creencias que sostienen la conducta del no baño son un hecho folclórico.</p>	<p>- Edad.</p> <p>- Nivel de instrucción.</p> <p>- Nivel socioeconómico.</p> <p>- Conducta frente al baño de los niños en situación de enfermedad.</p> <p>- Creencias populares en torno al no baño de los niños en situación de enfermedad. Se identificarán las características del hecho folclórico.</p>	<p>- Distribución de las madres según edad, nivel de instrucción, nivel socioeconómico.</p> <p>- Nº de usuarias que presentan la conducta de no baño según edad, nivel de instrucción, nivel socioeconómico.</p> <p>- Describir las diferentes creencias que presenta la población en torno al no baño de los niños en situación de enfermedad.</p> <p>- Identificar las condiciones del hecho folclórico en los fundamentos de las creencias.</p>

Edad: Se realiza tabla de frecuencia absoluta, relativa porcentual, la Media Aritmética y el Desvío; agrupando los datos por medio de intervalos. Para la representación gráfica se realiza diagrama de barras.

Nivel de instrucción: Las categorías son;

- Analfabetas.
- Primaria incompleta.
- Primaria completa.
- Secundaria incompleta.
- Secundaria completa.
- U.T.U.
- Estudios universitarios.

Se realiza tabla de frecuencia absoluta, relativa porcentual, la media aritmética y el desvío. Para la representación gráfica se utiliza **diagrama de barras**.

Nivel socioeconómico: se realiza descripción de las características de la población a través de la Actividad de las madres y características de la vivienda. Para características de la vivienda (Agua Potable, Saneamiento, Hacinamiento y/o Colecho) se usa **ciclograma**, para Actividad **diagrama de barras**. Se realiza análisis bivariado para la determinación del nivel socioeconómico "bajo" y "medio" tomando en cuenta los satisfactores de vivienda y trabajo. En éste caso se cruza el Hacinamiento y/o Colecho y la Actividad de la madre.

Conducta frente al baño en situación de enfermedad: Las categorías son

- Baña.
- No baña.

Se realiza tabla de frecuencia absoluta, relativa porcentual. Para la representación gráfica se utiliza **ciclograma**.

Se realiza análisis Bivariado con las características de las madres y la conducta frente al baño.

Creencia Popular: El análisis e interpretación de los datos es fundamentalmente cualitativo. En un primer momento se describe la información por categoría de respuesta, luego se realiza la identificación del hecho folclórico y sus características en comparación con el marco conceptual recabado. Posteriormente se realiza el análisis de los datos, teniendo en cuenta las condiciones que debe cumplir un hecho para que sea folclórico.

Procedimientos

Se solicita la autorización al Departamento de Enfermería Comunitaria para recabar los datos en la Policlínica Lavalleja. Concomitantemente se realiza la solicitud a la mencionada institución para ejecutar la investigación.

Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5	SEMANA 6
Comprobación del instrumento	→					
Ejecución de la investigación.		→	→	→	→	
Análisis de los datos.		→	→	→	→	
Conclusiones y evaluación.					→	
Elaboración del informe final.						→

Inventario de recursos materiales a utilizar

Lapiceras, hojas, grabadora, cassette, diskete, computadora, impresora, cartucho, sillas, mesa.

Recursos financieros

- Transporte\$U 1600
- Hojas\$U 70
- Lapiceras\$U 20
- Diskete.....\$U 30
- Cassette.....\$U 30
- Cartucho\$U 150

TotalSU 1900

Este cálculo es estimativo, desde el comienzo de la investigación hasta su finalización.

Recursos humanos

3 estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería, 2 tutoras del Departamento de Enfermería Comunitaria, técnico operador PC, asesor (coordinador de la policlínica).

Proceso

En una primera instancia se realiza la prueba piloto del instrumento; se prueba en 5 puerperas usuarias de alojamiento conjunto (sala 4) del piso 16 del Hospital de Clínicas, que tengan al menos un hijo previo al que motiva su internación. Esto asegura la confiabilidad y validez del instrumento como así también favorece a la introducción de cambios antes de la aplicación en la recolección de datos. La aplicación del instrumento se hace en dos ocasiones, a la misma persona, por diferentes operadores para luego comparar las respuestas.

El instrumento se aplica a los sujetos de la muestra con previo consentimiento informado, asegurando el anonimato.

Se obtiene, antes de la entrevista, un espacio físico adecuado, para salvaguardar el derecho a la privacidad, ya que los sujetos de estudio tienen derecho a esperar que cualquier información obtenida durante el curso del estudio sea mantenida en la más estricta confidencialidad.

Dentro de la entrevista no se emiten juicios de valor para no generar ambigüedades.

Los datos obtenidos no se divulgan al público general, estos son presentados (previo sometimiento de análisis) en este informe.

Una posible fuente de error que pudo presentarse es la comunicación espontánea entre las madres entrevistadas y las que todavía no lo han sido, sobre las preguntas que se le realizaron y las respuestas ofrecidas, así como también al ser un tema con connotaciones que posiblemente puedan condicionar su respuesta.

Para contrarrestar esta situación se pretende que la madre entrevistada ingrese al momento en la consulta pediátrica, evitando así el posible contacto y la potencial fuente de error. Es de destacar, que se le solicita al momento de la entrevista, la mayor reserva posible.

Se efectúa la prueba del instrumento para la recolección de datos, bajo las condiciones antes mencionadas, quedando el mismo definitivamente de la forma que se presenta, siendo también este último sometido a prueba manteniéndose las mismas condiciones antes expuestas con los mismos requisitos.

Anexo IV

Instrumentos

INSTRUMENTOS

Guía de entrevista al Coordinador de la Policlínica Lavalleja.

- 1- ¿Cuál es el número de usuarias que asisten a sus hijos a través del Plan Aduana?
- 2- ¿Cuál es la edad promedio del grupo?
- 3- ¿Qué nivel de instrucción poseen?
- 4- ¿Cuál es su nivel socioeconómico?
- 5- ¿Qué días y en que horario se realizan los controles pediátricos en los niños de 0 a 12 meses?
- 6- ¿Cuál es el sistema de atención: por consulta programada, pedido de consulta de la madre, etc.?
- 7- ¿Con cuál espacio físico contaríamos para realizar la entrevista a las madres y llevar adelante la ejecución de la investigación?

Guía de entrevista a las madres que asisten a sus hijos menores de un año en la Policlínica Lavalleja a través del Plan Aduana.

Consentimiento informado: Lo que usted diga en esta instancia es de carácter anónimo y confidencial. Usted no está obligada a responder a las preguntas que se le realicen. Sería conveniente que si responde a las preguntas lo haga sinceramente ya que esta entrevista no será divulgada al público y además esta investigación es para poder cumplir con los objetivos curriculares y conocer ciertos aspectos de la realidad, por esto se le solicita la mayor reserva posible para con el resto de las madres. (El lenguaje a utilizar se adaptará a la relación empática).

Edad :

Fecha de nacimiento del niño:

Nivel de Instrucción:

- Analfabeta.
- Primaria Incompleta.
- Primaria Completa.
- Secundaria Incompleta.
- Secundaria Completa.
- U.T.U.
- Estudio Universitario.

Nivel socioeconómico:

Características de la vivienda:

- Material, chapa o cartón.
- Agua corriente.
- Saneamiento.
- Hacinamiento.
- Colecho.

Ocupación :

Ingresos del núcleo familiar:

- 1- ¿Cuando su hijo está enfermo Ud. lo baña o no? Ya sea en caso de:
- diarrea
 - enfermedad respiratoria
 - fiebre
 - otras enfermedades que tuvo el niño
 - ninguna


2- ¿Por qué no lo baña?

- se enfría
- provoca dolor de barriga
- enferma más
- otros

3- ¿Porqué piensa Ud. que el baño puede producir los resultados anteriormente mencionados?

- es por experiencia propia
- por firme convicción
- por información de terceros

Ficha de seguimiento al menor de un año de la División Salud de la I.M.M.

 INTENDENCIA MUNICIPAL DE MONTEVIDEO DIVISION SALUD SERVICIO DE ATENCION A LA SALUD		C. I.: Madre _____ Riesgo: _____						
SEGUIMIENTO AL MENOR DE 1 AÑO								
Nombre Niño: _____	Peso _____	Talla _____	P. C. _____					
E. Nac. _____	Apgar _____	V.D.R.L. _____	Edad Gestacional _____					
Nombre Madre: _____		Edad: _____	Gesta N° _____					
Domicilio: _____		Teléfono: _____						
Vivienda: de material _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Educación Materna: Primaria _____	Años _____					
c/agua cte. dentro _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Secundaria _____	Años _____					
c/saneamiento _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	U.T.U. _____	Años _____					
hacinamiento _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Univ. _____	Años _____					
cofecho _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
Control Prenatal: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		N° Controles: _____	Lugar: _____					
Posto: Lugar: _____		s/p <input type="checkbox"/> o complicaciones <input type="checkbox"/>						
Epistomatía: _____		Lequios: _____						
Mamas y pezones: _____								
Vínculo madre - hijo: _____								
Fecha de Control	Edad	Peso	Talla	P.C.	Alimentación	Vac. C.M.	V.D.	OBSERVACIONES