

Eficacia de la intervención “Modificación de la conducta” para el control del riesgo en puérperas y sus recién nacidos basados en sus creencias y cuidados culturales

Intervention effectiveness of “Conduct modification” for risk control in postpartum women and their newborns based on their beliefs and cultural care

Yeidy Klarena Belisario Plazas¹, Nancy Milena Castro Herrera¹, Jessika Paola Maldonado Benítez¹, Fermín Prada Blanco¹, María Alejandra Ortega Barco², Graciela Olarte Rueda³

Correspondencia: María Alejandra Ortega. Dirección Km 2 vía San Gil-Charalá. Email: mariaortega@unisangil.edu.co

Recibido: 13 de enero de 2016
Evaluado: 20 de mayo de 2016
Aceptado: 11 de febrero de 2017

Conflicto de intereses
Ninguno a declarar

Cómo citar este artículo

Belisario Plaza YK., Castro Herrera NM., Maldonado Benítez JP., Prada Blanco F., Ortega Barco MA., Olarte Rueda G. Eficacia de la intervención “Modificación de la conducta” para el control del riesgo en puérperas y sus recién nacidos basados en sus creencias y cuidados culturales. *universidad.rev.ciencias salud Unisangil* 2017; 7(1): xxxx

(1). Estudiantes de enfermería. Fundación Universitaria de San Gil – UNISANGIL.

(2). Enfermera. Magíster en enfermería con énfasis en cuidado para la salud materno perinatal. Docente Fundación Universitaria de San Gil - UNISANGIL.

(3). Enfermera. Especialista en epidemiología. Docente Fundación Universitaria de San Gil - UNISANGIL.

RESUMEN

Introducción. Las creencias culturales sobre las enfermedades y sus cuidados, son muy comunes en la etapa puerperal, tienen significado para las madres y a través de ellas cuidan a sus hijos recién nacidos. Es importante modificar la conducta en aquellas prácticas culturales que no resultan beneficiosas para el estado de salud personal de los neonatos y lactantes que reciben cuidados basados en prácticas culturales en el Municipio de San Gil.

Metodología. Fue un estudio de tipo cuantitativo experimental con una muestra de 12 puérperas, asignadas a un grupo experimental, quien recibió la intervención NIC modificación de la conducta y a un grupo de control que recibió una sesión educativa más la permisión del cuidado habitual que las puérperas brindan a sus hijos(as). Se utilizó como instrumento el formato de valoración del estado de salud por dominios de enfermería al inicio, y posterior a las intervenciones.

Resultados. Las puérperas manifestaron creencias culturales como: pujo, baño con hierbas, mal de ojo, descuajo, abertura de pecho, hielo en el cementerio y botón en el ombligo, se empleó el formato individual y la intervención conducta del control del riesgo; en la valoración inicial se encontró un estado de 8/20 *raramente demostrado* y se logró un resultado 12/20 *a veces demostrado*.

Conclusión. Se logró aumentar el puntaje de Control del riesgo del recién nacido por parte de las puérperas pasando de control del riesgo *raramente demostrado* hasta control del riesgo *a veces demostrado*, evidenciando que la intervención de enfermería Modificación de la conducta, establece cambios significativos en la forma como las madres perciben los cuidados culturales en relación con la salud de su hijo(a).

Palabras claves: Cuidados del lactante, estado de salud, conocimiento, cultura, creencia, neonato, control de riesgo, modificación de la conducta.

(Fuente: DeCS, *Bireme*).

ABSTRACT

Introduction. Cultural beliefs about diseases and their care are very common in the puerperal period, these have a meaning for mothers and through them they take care of their newborn children. It is important to modify behaviors in those cultural practices that are not beneficial to the personal health status of neonates and infants who receive their care based on cultural practices in the municipality of San Gil.

Methodology. It was an experimental quantitative research with a sample of 12 postpartum women, assigned to an experimental group, who received the NIC intervention modification and a control group who received an educational session plus the permission of the usual care that the postpartum women provide to their Children. The health status assessment format by nursing domains at the beginning and after the interventions was used as instrument.

Results. The postpartum women manifested cultural beliefs such as: * "pujo", baths with herbs, "mal de ojo" evil eye, "descuaje", "abertura de pecho", "el hielo del cementerio" and to put a button on the navel. It was used the individual format and intervention risk control behavior; In the initial assessment a state of 8/20 Rarely Demonstrated was found and a result 12/20 Sometimes Demonstrated.

Conclusion. It was possible to increase the risk control of the newborn by the postpartum women, passing from control of risk "rarely demonstrated" to control of the risk "sometimes demonstrated", evidencing that the intervention of Modification of the behavior, establishes significant changes in the way mothers perceive cultural care in relation to their child's health.

Key words: Infant care, state health, health

knowledge, culture, belief, newborn, risk control, conduct modification.

(Source DeCS, *Bireme*).

INTRODUCCIÓN

El conocimiento sobre las creencias populares que practica la mujer para proteger al lactante permiten valorar su significado como parte de un legado cultural, teniendo en cuenta que el cuidar a la persona en este caso surge de un conjunto de creencias y costumbres que se han transmitido de una generación a otra.

Las restricciones en el acceso a los servicios de salud debido a limitaciones geográficas, económicas o a la decisión propia de evitarlos, influyen notoriamente en el mantenimiento del estado de salud de la población. En consecuencia, la herramienta primaria que la población encuentra para brindar atención a sus necesidades, de mantenimiento o restauración de la salud, es la aplicación de la tradición cultural en cuidados; para algunas personas las enfermedades pueden ser causadas por seres humanos con poderes o fuerzas sobrenaturales, por accidentes, excesos o deficiencias en algún cuidado específico, de esta forma estas creencias de causalidad de los problemas de salud derivan en creencias de resolución para los mismos, contribuyendo así a la resistencia a la asistencia en servicios de salud⁽¹⁾.

En el caso del período neonatal, las creencias y mitos populares sobre el funcionamiento y disfunción corporal de la madre y su hijo aumentan exponencialmente, siendo la etapa vital con más influencia por parte de la cultura tradicional. Las mujeres al ser conscientes del funcionamiento de su cuerpo y poder determinar cuándo se encuentra en estado de enfermedad, son así mismo auto reguladoras de la práctica de mitos populares sobre sí mismas, sin embargo, los recién nacidos y lactantes no tienen opción en la recepción de estos cuidados y son

sometidos a prácticas culturales derivadas de lo que la madre pueda creer que está “padeciendo” su hijo o hija⁽²⁾.

Por consiguiente, las creencias y mitos culturales son parte inseparable de una comunidad y necesariamente influirán en las prácticas de salud de sus integrantes. En este contexto, la pediatría debe ser una herramienta del saber con una visión integradora que permita ver al niño como un miembro de un entorno susceptible de adaptarse y modificarse en beneficio de la conservación del estado de salud y permitir, de forma adecuada, el desarrollo de las mejores prácticas de cuidado, sustentadas por la evidencia científica disponible. El equipo de enfermería debe conocer dichas creencias y prácticas con el fin de orientar a las madres, para continuar o no con su realización sin menospreciar las convicciones de cada cuidador⁽³⁾.

Es más riesgoso rechazar a la familia por sus creencias, ya que pueden llevar a cabo prácticas que comprometan seriamente la salud de los niños y las niñas. Para evitarlo, existen herramientas como el modelo transcultural de Madeleine Leininger que desde la micro perspectiva y macro perspectiva ofrece orientaciones para lograr un estado de bienestar culturalmente definido; al mismo tiempo que busca conservar aquellas acciones que ayudan a las personas a preservar su salud, negociar aquellas decisiones que necesitan adecuación para obtener el beneficio o reestructurar la práctica cultural que requiere ser modificada para obtener el mejor resultado, sin generar conflicto entre el personal del salud y el cuidador⁽³⁾.

La etapa neonatal y lactante está sujeta a la recepción de cuidados basados en creencias culturales, gracias a la transmisión de beneficios reales o supuestos de generación en generación, asociado al poco acceso a los

servicios de salud y a la confianza de que los padres y abuelos de los niños y niñas podrán solucionar los problemas que presente su hijo(a) o nieto(a) durante esta etapa. Estas prácticas culturales corresponden a la aplicación de cuidados basados en mitos o creencias que han tenido algún tipo de efecto en generaciones anteriores y que son recomendadas con respaldo empírico a las generaciones subsecuentes⁽³⁾.

Los recién nacidos sanos, aunque no presenten ningún problema, requieren una serie de cuidados y procedimientos más o menos rutinarios, y una valoración cuidadosa de su estado general y de la correcta instauración de la alimentación. Un recién nacido puede considerarse aparentemente sano cuando es a término (≥ 37 semanas de gestación) y su historia (familiar, materna, gestacional y perinatal), su examen físico y su adaptación lo garanticen. Es difícil encontrar el justo equilibrio entre la observación cuidadosa de todo este proceso, asegurándonos que estamos ante un recién nacido de bajo riesgo que apenas precisa intervenciones por nuestra parte, y la menor interferencia posible en la entrañable llegada de un bebé al mundo y sus primeros contactos con su entorno familiar⁽⁴⁾.

En Colombia se tienen creencias populares acerca de enfermedades o cuidados de las mismas, tales como: pujo, colocar un botón en el ombligo, las mujeres en período de menstruación no deben alzar al niño, mal de ojo, descuajado, soplar la fontanela cuando el bebé se ahoga, baños de hierbas, darle de beber aguas de hierbas y darles una noche de sereno recién nacidos. Estas prácticas han sido objeto de especulaciones por parte de la población en general y objeto de investigaciones para determinar si tienen un respaldo científico de beneficio para los recién nacidos y lactantes⁽⁵⁾.

Debido a la alta frecuencia de cuidados al recién

nacido y lactante, derivados de las creencias de los “ancestros”, y teniendo en cuenta que algunas de estas prácticas pueden tener algún beneficio en el mejoramiento o mantenimiento de la salud, o todo lo contrario, se hace necesario intervenir a la población de mujeres con hijos en etapa neonatal o lactantes hasta los dos meses de edad para modificar su conducta con el fin de que retomen solo las prácticas beneficiosas y disminuir el riesgo de lesión al recién nacido y lactante, evidenciado en un estado de salud no comprometido.

Las interrelaciones entre las etiquetas diagnósticas Nanda, los Criterios de resultados NOC (Clasificación de resultados de enfermería) y las Intervenciones NIC (Clasificación de las intervenciones enfermeras), no son más que la relación entre el problema, real o potencial, que se detecta en la persona y los aspectos de ese problema que se intentan o esperan solucionar mediante una o varias intervenciones de enfermería con sus respectivas actividades necesarias para la resolución del problema⁽⁶⁾.

De esta forma se busca establecer la eficacia de la intervención Modificación de la conducta para el control del riesgo y el Estado de salud personal de neonatos y lactantes que reciben cuidados basados en prácticas culturales de sus madres o abuelas en el Municipio de San Gil, Santander.

Metodología

El diseño de este estudio es cuantitativo, experimental; el investigador controla la variable independiente y la distribución de los grupos que necesita para el estudio. Este estudio se llevó a cabo en una población que se conformó por puérperas del Hospital Regional de San Gil, la cual se seleccionó por medio de la base de datos del servicio de maternidad. A las mujeres que tenían el parto durante el mes de octubre de 2015, les fueron aplicados los criterios de inclusión: mujeres en etapa de puerperio con sus

recién nacidos y lactantes hasta los dos meses de edad, que vivieran en cabecera municipal o en poblaciones cercanas, con una distancia no mayor de 15 kilómetros y en donde el acceso a la vivienda tuviera carreteras para llegar en un medio de transporte; niños que nacieron por parto o cesárea que tuvieron egresos sin complicación dentro de las 48 horas de su nacimiento; y los criterios de exclusión: Niños hospitalizados al nacer, niños con patologías con cuidado en el hogar, niños con madres hospitalizadas, señoras con dificultades para la comunicación o problemas mentales. Para obtener una muestra que estuvo conformada por 12 mujeres en puerperio mediato y tardío, a quienes el investigador #1 aplicó la función [ALEATORIO.ENTRE](#) del paquete estadístico de [EXCEL](#) y poderlas clasificar en grupo experimental y grupo control. Posteriormente el investigador #2 fue el encargado de registrar los datos básicos y de valoración de los grupos y el investigador #3 fue el encargado de aplicar las sesiones de intervención al grupo experimental.

El instrumento para valorar el estado de salud de los neonatos fue el formato para valoración por dominios de enfermería, que incluye aspectos como: el estado de salud, servicios de salud que reciben, estado nutricional, alteraciones cardio respiratorias, gastrointestinales y de la movilidad, percepción de la comunidad frente a las problemáticas, tipo de relaciones existentes entre los miembros de la comunidad, su afrontamiento, el tipo de creencia y medidas o hábitos preventivos. Lo anterior facilitó realizar un diagnóstico por medio de la Nanda y después el diseño de un plan de cuidado a través del NOC y las intervenciones del NIC. Se identificaron necesidades en conocimientos, percepción y conducta frente al estado de salud personal en neonatos y lactantes vinculados a cuidados basados en prácticas culturales.

Para la intervención al grupo experimental se realizó un cronograma con los temas y las

fechas de visitas. La intervención que se aplicó fue la Conducta del control del riesgo en puérperas que aplicaran prácticas culturales en niños menores de dos meses. El grupo control recibió el cuidado que es brindado normalmente por las madres a sus hijos, el cual consistió en la aplicación de las prácticas culturales y se realizó la valoración individual para verificar el estado de salud por consideraciones éticas. A continuación se evidencian las diferentes actividades y/o intervenciones que se tuvieron en cuenta en cada grupo:

Grupo control: estuvo conformado por 6 puérperas seleccionadas a través de aleatorización, se realizó una visita en la cual se educó en temas sugeridos por las madres como: lactancia materna, alimentación complementaria, baño del recién nacido.

Grupo experimental: estuvo conformado por 6 puérperas seleccionadas a través de aleatorización, se realizaron 4 visitas, las cuales estuvieron conformadas por las siguientes actividades: Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables, retirar los refuerzos positivos de conductas que han de ser disminuidas y fijar refuerzos en una conducta de reemplazo más deseable en el cual se le explicara la justificación científica a cada madre de las prácticas culturales que son perjudiciales para el recién nacido y lactante con duración de una hora tiempo durante el cual se utilizaron como recurso mini carteleras, y se facilitar el aprendizaje de conductas deseadas por medio de técnicas modernas con lo cual se explicaron temas como: alimentación complementaria y exclusiva, su importancia y complicaciones, lactancia materna y sus beneficios, posiciones de amamantamiento, composición de la leche y complicaciones del no amamantamiento, duración una hora durante la cual se utilizaron recursos como: folletos y minicarteles.

Después de dos meses de intervención los

grupos fueron evaluados por el investigador #4, quien desconocía la aleatorización y la distribución de las puérperas a los dos grupos y tampoco asistió a las visitas de intervención. Él aplicó el instrumento para identificar el nivel de resultado de enfermería y para la evaluación se tuvieron en cuenta los indicadores del NOC.

Para el desarrollo de esta investigación se tuvieron en cuenta los criterios y principios éticos consignados en el *Código deontológico de enfermería*, y se agregó, además, el consentimiento informado sustentado en la Resolución 8430 de 1993 para la participación en el estudio. Según la misma resolución se considera investigación con riesgo mínimo, además contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Educación y la Salud de la Fundación Universitaria de San Gil – UNISANGIL. Se garantizó la confidencialidad a las pacientes, se reservaron los nombres solo para los investigadores y se mantuvo el respeto por sus percepciones a lo largo de todo el proceso de investigación.

Resultados

Los resultados principales de la valoración por dominios de enfermería a las 12 puérperas se presentan a continuación:

Tabla 1: Datos principales de la valoración.

Instrumento utilizado	Formato de valoración recién nacido
Edad madres	16 años - 41 años
Pesos recién nacidos	2500 gr- 3500 gr
Talla recién nacidos	40 cm- 54 cm
Procedencias	<ul style="list-style-type: none"> • San Gil- Santander • Curití- Santander • Pinchote- Santander • Valle de San José- Santander • Villanueva- Santander
Creencias	<ul style="list-style-type: none"> • Pujo • Baño con hierbas • Mal de ojo • Descuaje • Abertura de pecho • Hielo en el cementerio • Botón en el ombligo

Fuente. Datos obtenidos por los investigadores.

Resultados NOC

Tabla 2. Resultado: Control de riesgo.

Escala: Desde nunca demostrado hasta siempre demostrado.

Definición: Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables.

Tabla 2. Resultado: Control de riesgo.

Indicadores	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
Reconoce factores de riesgo.	No verbaliza ni aplica ninguno de los factores de riesgo.	Verbaliza y aplica uno o dos factores de riesgo.	Verbaliza y aplica tres a cuatro factores de riesgo. NOC E.I.	Verbaliza y aplica cinco a seis factores de riesgo. NOC E.E NOC E.L	Verbaliza y aplica todos los factores de riesgo.
Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas.	No aplica estrategias para controlar el riesgo en neonatal.	Aplica una estrategia para controlar el riesgo neonatal. NOC E.I.	Aplica dos estrategias para controlar el riesgo neonatal. NOC E.L	Aplica tres estrategias para controlar el riesgo neonatal. NOC E.E	Aplica toda la estrategia para controlar el riesgo neonatal.
Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.	No utiliza conductas de modificación del estilo de vida para reducir el riesgo.	Utiliza una a dos conductas para la modificación del estilo de vida para reducir el riesgo. NOC E.I.	Utiliza tres conductas para la modificación del estilo de vida para reducir el riesgo. NOC E.E NOC E.L	Utiliza cuatro conductas para la modificación del estilo de vida para reducir el riesgo.	Utiliza cinco conductas para la modificación del estilo de vida para reducir el riesgo.
Reconoce cambios en el estado de salud.	No reconoce la necesidad ni los cambios del estado de salud. NOC E.I.	Reconoce y aplica un cambio y necesidad en el estado de salud. NOC E.L	Reconoce y aplica dos cambio y necesidad en el estado de salud. NOC E.E	Reconoce y aplica tres cambio y necesidad en el estado de salud.	Reconoce y aplica todos los cambios y necesidad en el estado de salud.

Fuente. Datos obtenidos por los investigadores

Se observa en esta Tabla un estado inicial de Control del riesgo raramente demostrado (puntaje 8/20), se planeó obtener después de la intervención un Control del riesgo a veces demostrado (puntaje: 14/20) y se obtuvo finalmente un Control del riesgo a veces demostrado (puntaje 12/20).

Tabla 3. Especificación de resultado NOC

1 Nunca demostrado	2 Raramente demostrado	3 A veces demostrado	4 Frecuentemente demostrado	5 Siempre demostrado
4/20	5-9/20 NOC E.I	10-14/20 NOC E.E NOC-E.L	15-19/20	20/20

Fuente. Datos obtenidos por los investigadores.

Tabla 4. Justificación de los indicadores de resultado NOC

Indicadores	Justificación
Reconoce factores de riesgo.	<p>La conjunción de los factores biológicos sumados a los derivados del medio social y ambiental, potencia el efecto de cada uno de ellos en relación madre y neonato y sus creencias culturales son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajo nivel educativo materno. • Desarmonía familiar. • Alto nivel de estrés materno y familiar. • Pobreza. • Influencias familiares. • Carencias afectivas. • Desorganización y disfunción familiar. • Familia numerosa. • Falta de apoyo familiar.
Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas.	<p>Brindar una orientación y apoyo mediante programas de pautas de crianza que permitan prevenir y controlar factores de riesgo, con el fin de generar factores protectores en la familia, de problemas comportamentales y emocionales durante la relación madre neonato.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuida de tu propio bienestar físico y emocional. • Responde a su necesidad que no afecte su estado de salud. • Crea una base de seguridad y confianza. • Entender las señales del neonato y su forma de comunicarse.
Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.	<p>La familia influye en el desarrollo socioafectivo del infante, ya que los modelos, valores, normas, roles y habilidades se aprenden durante el período de la infancia, la cual está relacionada con el manejo y resolución de conflictos, las habilidades sociales y adaptativas, con las conductas prosociales y con la regulación emocional relacionado con prácticas culturales y la relación madre e hijo relacionado con la modificación de la conducta son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autopercepción adecuada. • Autoestima adecuada. • Buen cociente intelectual. • Autocontrol. • Soporte socio-familiar.
Reconoce cambios en el estado de salud.	<p>Ciertamente la maternidad es un complejo proceso social totalmente biológico y totalmente cultural. Y en esta afirmación anida la problemática científica que afecta a la investigación de la maternidad. Se reconoce el mejoramiento del estado de la salud del neonato a través de las intervenciones que fueron seleccionadas con base en la evidencia científica actual y en el análisis de su factibilidad y su potencial para reducir morbilidad neonatal las cuales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables. • Retirar los refuerzos positivos de conductas que han de ser disminuidas. • Fijar refuerzos en una conducta de reemplazo más deseable. • Facilitar el aprendizaje de conductas deseadas.

Fuente. Datos obtenidos por los investigadores.

DISCUSIÓN

Colombia es una nación multicultural por su diversidad étnica, por ende, es rica en creencias y tradiciones. En el área rural de las diferentes partes del territorio nacional se concentran y se practican con mayor frecuencia las creencias acerca del cuidado de los niños más pequeños; motivo por el cual conlleva a que estas raíces y/o cultura no dejen de existir⁽⁷⁾.

El término *creencia* es análogo de actitudes, ideas y percepciones, entre otros; se convierte en un fenómeno cognitivo referente a lo que piensan los padres acerca de la formación de sus hijos basándose en una respuesta a las demandas de una cultura y a sus necesidades. Hoy en día estas creencias son muy comunes y en especial las madres las aplican y las seguirán realizando con sus menores de edad. Por esto es importante que el equipo de salud no las desconozca ni las rechace sino que las comprenda para entablar una comunicación efectiva de tal forma que las madres y cuidadores no se sientan agredidos y permitir la continuidad de su legado cultural⁽⁸⁾.

Existe gran disparidad de conocimientos entre la población en general y el personal de salud, lo que dificulta la relación, ya que estas creencias preconcebidas se consideran ciertas y se adoptan como propias⁽⁸⁾. Estas prácticas pueden llegar a alejar a las familias del personal de salud ante la desaprobación de médicos y enfermeras. La mayoría de prácticas se realizan en la etapa neonatal, un período crítico y de gran vulnerabilidad en donde el cuidado tiene un papel importante para la salud del recién nacido. Por ello es primordial explicar a las familias las razones para no realizar acciones que pongan en riesgo la salud del niño. Son muchas las creencias y los mitos que rodean el cuidado del menor, sobre todo cuando está recién nacido, es frecuente que algunas madres, en especial de ciertos grupos sociales o regiones del país, los acojan; como por ejemplo en Bogotá, para la madre el dolor del neonato es amenaza a la salud y la vida⁽⁹⁾, sabe cuándo y dónde le duele y sus

prácticas de alivio son consecuentes con el conocimiento cultural, así mismo en este estudio se encontró que las puérperas se preocupan principalmente porque su hijo(a) no tenga dolor. Para ellas tiene causas orgánicas, ambientales y míticas; luego el cuidado de enfermería debe ser sensitivo y congruente con la cultura materna⁽⁹⁾.

La puesta en práctica de estos conocimientos empíricos puede hacer que las madres y cuidadores cometan errores y tomen actitudes inadecuadas frente al cuidado de los niños. Estas acciones pueden difundirse y extenderse dentro de una sociedad hasta convertirse en verdades, a pesar de ser hechos científicamente descartados o no comprobados y que pueden llegar a perjudicar la salud del menor. Un ejemplo claro lo tenemos en Cúcuta en donde las adolescentes puérperas aplican cuidados congruentes con su cultura y no los indicados por el equipo de salud durante el embarazo, mostrando que los recién nacidos presentaban complicaciones como problemas de piel, onfalitis, conjuntivitis e ictericia; por esto deben orientarse los cuidados y enseñanzas, también al ámbito del hogar, que como en esta investigación se demostró que mejora el Control del riesgo del recién nacido por parte de las puérperas. Cuando enfermería ejerce el cuidado humanizado y respetuoso, se evidencian cambios positivos en la salud de la madre y su familia, así como la adopción de prácticas saludables en su recién nacido⁽¹⁰⁾.

Por otro lado, al igual que en otro estudio colombiano⁽¹⁰⁾, la edad de las adolescentes se encontraba en adolescencia media a tardía, que aunque se espera inicien la toma de decisiones conscientes y autónomas, no se desliga de la necesidad de orientación, por parte de sus mayores, para el cambio de rol de hija a madre.

Las creencias como el botón en el ombligo, el mal de ojo, la hernia del ombligo, el descuajo, el hielo del cementerio, el pujo y otras; son las prácticas culturales más realizadas en nuestro país. En la ciudad de Cauca se dio a conocer que quienes

cuidan a los menores deben adquirir competencia cultural para brindar un cuidado congruente, permitiendo identificar y diferenciar prácticas beneficiosas de aquellas que no lo son. Es por eso que vale la pena recalcar que aun en ciudades pequeñas y áreas rurales cercanas a ciudades, las prácticas cotidianas relacionadas con los cuidados de un recién nacido son conocimientos que han sido transmitidos a lo largo de generaciones y que, por supuesto, se han transformado; pero si se quieren reducir los índices de mortalidad infantil, es necesario que los servicios de salud y los ámbitos académicos evalúen sus métodos para valorar e implementar la realización de esas prácticas culturales. Al final, las creencias culturales pueden generar ciertas veces riesgos para el estado de salud de los menores de edad, en especial de los recién nacidos; pero si se realizan con previa responsabilidad y asesoramiento de profesionales de la salud van a ser satisfactorias y adecuadas al ponerlas en práctica.

CONCLUSIONES

Se logró aumentar el puntaje de Control del riesgo del recién nacido por parte de las puérperas desde 8 hasta 12, pasando de control del riesgo *raramente demostrado* hasta control del riesgo *a veces demostrado*, evidenciando que la intervención de enfermería Modificación de la conducta, establece cambios significativos en la forma como las madres perciben los cuidados culturales en relación con la salud de su hijo(a).

La intervención Modificación de la conducta para el control del riesgo y el Estado de salud personal de neonatos y lactantes, tuvo una aceptación por parte de las puérperas, mediante enseñanzas sencillas que tuviesen impacto, fáciles de aplicar por parte de las madres de estos neonatos a fin de contribuir a mejorar y disminuir aquellas prácticas culturales que resulten ser nocivas y perjudiciales en el desarrollo de esta población infantil.

En las madres estudiadas se observó que aplicaban cuidados como: pujo, baño con hierbas, mal de ojo, descuaje, abertura de pecho, hielo en el cementerio y botón en el ombligo, procedimos a basarnos en perspectiva científica con el fin de generar resultados positivos mediante la disminución de prácticas perjudiciales para la salud del lactante y recién nacido.

Se realizó la propuesta educativa eficacia de la intervención Modificación de la conducta para el control del riesgo y el Estado de salud personal de neonatos y lactantes, se concluyó que existe relación entre los cuidados del recién nacido y los diferentes mitos, ya que la cultura controla diferentes aspectos que pueden ser modificados mediante adecuadas intervenciones de enfermería que contribuyen a un adecuado cambio disminuyendo el riesgo o la complicación.

Por medio de la valoración, intervención y evaluación se brindaron cuidados de enfermería culturalmente congruentes, partiendo del saber profesional y cultural, en donde se evidenció la participación en el cuidado y el cambio en la actitud de las puérperas, favoreciendo la disminución de las complicaciones derivadas de las prácticas culturales en los recién nacidos y lactantes.

Mediante este proceso de investigación se pudo evidenciar que las intervenciones realizadas fueron efectivas en 85,7% de las madres de los recién nacidos ya que ellas tuvieron en cuenta la orientación y la previa educación que las personas asignadas en estas visitas les dieron a conocer.

En los neonatos menores de 2 meses el principal problema identificado fue que la lactancia materna no es exclusiva hasta los 6 meses, debido a la introducción temprana de líquidos como agua de manzanilla, hierbabuena y anís con fines de disminuir el dolor abdominal y estreñimiento, además refirieron realizar prácticas culturales como: descuaje, mal de ojo y botón en el ombligo, creencia recibida de generaciones anteriores.

RECOMENDACIONES

Se hace necesario continuar con la investigación de la aplicación del cuidado de enfermería culturalmente congruente con las mujeres en proceso de puerperio y establecer objetivos conjuntos en relación con la salud de sus hijos. Además, se considera que debe continuarse la exploración cualitativa de este fenómeno por parte de enfermería y lograr descripciones a profundidad de los cuidados culturales en esta población.

REFERENCIAS

- (1) Vargas I., Villegas O., Sánchez A. y Holthuis K. Curso especial de posgrado en atención integral de salud para médicos generales. Ed. Nacional de Salud y Seguridad Social. 2003. 171 p. Disponible en: <http://www.montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/documentos/Ed211.paralaSalud-MariaT.Cerqueira.pdf>
- (2) Castro M. Prácticas y creencias tradicionales en torno al puerperio, Municipio de Popayán. 2005. Disponible en: http://www.revistaiaf.abacolombia.org.co/es/pdf/v1n1/v1n1_7.pdf
- (3) Tovar L., Rodríguez F., Santos C. y Talani J. Prácticas y creencias culturales acerca del cuidado de niños menores de un año en un grupo de madres de Chocontá, Colombia. Revista Colombiana de Enfermería, 2014; 2 (1), 77-87. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen9/010-articulo8.pdz
- (4) Doménech E., González N., Rodríguez-Alarcón J. Cuidados generales del recién nacido sano. Asociación Española de Pediatría: Protocolos diagnóstico terapéuticos de la AEP: neonatología. 2008. 19-28 p. [30/05/2015]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2_2.pdf
- (5) Bejarano N., Argote L., Ruiz C., Vásquez M. y Muñoz L. Protegiendo al recién nacido durante el puerperio la madre adolescente asegura un hijo sano y fuerte. Rev. Avances en Enfermería. 2001. 32 - 48 pp. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/36650/1/37547-166290-1-PB.pdf>
- (6) Fuentes, A. Nanda, NOC Y NIC Metodología Enfermera. 2014[15/ 09/2015] Recuperado de: <http://enfermeriaactual.com/nanda/>
- (7) Ciudadanía. Constitución y ciudadanía. 2011. Disponible en: <https://blogjus.wordpress.com/2007/05/12/diversidad-etnica-y-cultural-articulo->
- (8) Tovar L., Rodríguez F., Santos C. y Talani, J. Prácticas y creencias culturales acerca del cuidado de niños menores de un año en un grupo de madres de Chocontá, Colombia. Revista Colombiana de Enfermería, 2014; 2 (1), 77-87. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen9/010-articulo8.pdz
- (9) Cardozo J. Conocimientos de madres adolescentes sobre cuidados básicos al recién nacido. [Tesis] Universidad Javeriana, Colombia. 2008. 65 p. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis09.pdf>
- (10) Parada A. Adopción de prácticas saludables en puérperas adolescentes. 2013. Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/4>