

Prácticas y creencias culturales acerca del cuidado de niños menores de un año en un grupo de madres de Chocontá, Colombia

Cultural practices and beliefs about the care of children under one year of age in a group of mothers in Chocontá, Colombia

Práticas e crenças culturais sobre o cuidado de crianças menores de um ano em um grupo de mães de Chocontá, Colombia

Fabio Rodríguez M.¹
Carolina Santos Q., Jenny Talani O., María Fernanda Tovar R.²

RESUMEN

Con el propósito de identificar las creencias y prácticas culturales acerca del cuidado infantil que pudieran generar conductas de riesgo para el menor de un año, se desarrolló un estudio exploratorio etnográfico, descriptivo y documental con abordaje cualitativo en el municipio de Chocontá (Colombia) de junio a agosto de 2012. Se realizaron entrevistas no estructuradas a las madres de niños menores de un año que asistieron a consulta externa o urgencias de pediatría del Hospital San Martín de Porres del municipio de Chocontá, para que contaran sus experiencias y conocimientos sobre el cuidado de sus bebés. Los datos obtenidos durante la consulta, y la recolección se agruparon en seis categorías: cuidado general, neurodesarrollo, sistema respiratorio, gastrointestinal, alimentación y otros. Esto se confrontó con la literatura científica pertinente para generar un modo de acción en el que se reestructure, se negocie o se conserve la práctica cultural en cuestión.

De las diecinueve actividades identificadas, se recomienda reestructurar diez porque pueden ser una conducta de riesgo para el menor; ocho deben ser negociadas con las madres y cuidadores y una se puede conservar puesto que no afecta la integridad del niño. Se concluyó que las creencias y prácticas culturales son parte fundamental de cualquier comunidad. 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. La mayoría de prácticas se realizan en la etapa neonatal, un periodo 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.

Palabras clave: conocimientos, actitudes y prácticas en salud, cultura, cuidado del lactante.

ABSTRACT

The purpose of this study is to identify myths and cultural beliefs about the care of children under the age of 1 that can lead to risky behavior, in the municipality of Chocontá between June and August of 2012.

Methodology: an exploratory ethnographic, descriptive and documental study with qualitative approach was

RESUMO

Se buscou a identificar as crenças e práticas culturais sobre o cuidado infantil que poderiam gerar comportamentos de risco em crianças menores de 1 ano de idade na cidade de Chocontá durante os meses de junho até agosto no ano 2012.

Metodologia: um estudo qualitativo etnográfico, documental e descritivo foi realizado por entrevistas não

conducted, and unstructured interviews were performed with mothers of children under one year, in the outpatient or pediatric emergency room, at San Martín de Porres hospital of Chocontá. Their experiences and knowledge about the care of their babies were recorded; data obtained during the outpatient assessment, and the recollection and review of the literature were included. The information was analyzed from domains of knowledge such as: general care, neurodevelopment, respiratory, gastrointestinal, nourishment and others; to create an approach to restructure, trade or preserve the popular activity in a matter.

Results: restructuring was considered in ten of the nineteen myths analyzed because they represent risky behaviors for the child, eight must be negotiated with mothers and caregivers and one does not affect the integrity of the child and could be retained.

Conclusions: it is important for health care providers to understand and not to dismiss the beliefs and cultural practices that are essential part of any community in order to engage in an effective communication and allow the mothers and caregivers to continue with their cultural legacy and avoid confrontation. Furthermore, most practices are performed in the neonatal period, a critical and susceptible stage in which the care plays an important role in the newborn's health. It is imperative to explain to family members the reasons that a particular activity threatens the health of children.

Key words: health knowledge, attitudes, practice; culture, infant care.

estruturadas com mães de crianças menores de 1 ano de idade, que frequentavam ambulatório ou serviço de urgência pediatria de San Martín de Porres Hospital Chocontá, para contar suas experiências e conhecimentos sobre o cuidado do seus bebês. As mães foram levadas em conta dos dados obtidos durante a consulta, recolha e revisão da literatura e analisaram informações de domínios que envolvem as seguintes áreas: cuidados gerais, desenvolvimento neurológico, respiratório, gastrointestinal, alimentação e outros, a fim de gerar um modo de ação que é reestruturado, negociados ou preservar a atividade popular em questão.

Resultados: de dezenove dos mitos que analiso reestruturação, só dez foram considerados porque eles poderiam ser o comportamento de risco para a criança. Oito deles deveriam ser negociados com as mães e cuidadores e pode ser preservada. Uma que não afeta a integridade da criança também podia ser preservada.

Conclusões: as crenças e práticas culturais são partes fundamentais de qualquer comunidade. É por isso que é importante que o equipe se envolva em uma comunicação eficiente para que as mães e cuidadores não sentir atacada e permitir a continuidade do seu patrimônio cultural. Além disso, a maioria das práticas são realizadas no período neonatal que é um período crítico e vulnerável onde os cuidados são muito importantes para a saúde dos recém-nascidos. Por isso é essencial para explicar as razões para as famílias quem não realizar estas atividades colocam risco a saúde da criança.

Palavras-chave: conhecimento, atitudes e práticas; cultura; cuidado infantil.

Recibido: 2013-11-4; aprobado: 2014-06-13

1. Médico, especialista en Pediatría y Epidemiología, magíster en Salud Pública. Docente de Pediatría Social, Universidad de la Sabana, Chía, Colombia. Correo: frodriguez@unal.edu.co
2. Médico, residente de Pediatría. Universidad de la Sabana, Chía, Colombia.

INTRODUCCIÓN

El conocimiento del personal de salud sobre las creencias populares que practica la mujer para proteger al lactante permite valorar su significado como parte de un legado cultural. Esto tiene en cuenta que el cuidar a la persona (y en este caso, al menor de un año) surge de un conjunto de creencias, mitos, valores y costumbres que se han transmitido de una generación a otra (1).

Para poder analizar las prácticas del cuidado infantil y su connotación en la salud del menor, se deben considerar los conceptos de creencia, mito y prácticas de crianza. Los estudiosos de la crianza usan el término *creencia* como análogo de actitudes, ideas y percepciones, entre otros. Es un fenómeno cognitivo referente a lo que piensan los padres acerca de la formación de sus hijos

(2). Además es una respuesta a las demandas de la cultura, así como a las necesidades de los individuos (3). En salud, entendemos el *sistema de creencias* como el conjunto más o menos relacionado de valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados a la salud, que sin ser necesariamente coherentes o estar científicamente fundados, tampoco son erróneos (4).

Es importante conocer las diferentes fuentes de las creencias culturales. Existen dos fuentes básicas: la experiencia personal directa y la información obtenida de las demás personas y de las instituciones, por ejemplo, familiares, colegios y entidades de salud. También influyen en la formación de nuestras creencias los medios masivos de comunicación (5). Otra fuente es el mito, definido por la Real Academia de la Lengua Española, como una persona o cosa a la que se le atribuyen cualidades o excelencias que no tiene o bien una realidad de la que carece (6). Este da sentido y estructura a la sociedad y constituye parte de la identidad individual. Cada grupo social puede crear y recrear los mitos que dieron origen a su estructura. Prácticamente son principios que justifican nuestras acciones; son un producto social, carecen de autor y son anónimos (7).

Las *prácticas de crianza* constituyen entonces el conjunto de acciones que los adultos de una cultura realizan para orientar el desarrollo de los sujetos, igualmente activos, pero más pequeños del grupo, hacia determinados niveles y en direcciones específicas. Obedecen a sistemas de creencias que se han legitimado en pautas de comportamiento, y al igual que estas (las creencias y las pautas) tienen un carácter orientativo del desarrollo (8). Las creencias, mitos y prácticas de crianza pueden influir en el cuidado infantil ya que este depende de la participación de cada individuo y su familia; además existen aspectos culturales y sociales que las determinan.

Para entender estas conductas y prácticas sociales, es necesario analizarlas desde el punto de vista de la pediatría social, encargada de estudiar los factores sociales que inciden en las cuestiones médicas, como es el caso de los cuidados del menor de un año de vida. Uno de sus objetivos, como rama de la medicina social, es proteger y desarrollar la personalidad humana.

Se caracteriza por contemplar al hombre, al menor, desde una doble perspectiva: la económica y la espiritual, ética, conductual e intelectual. Por tanto, la pediatría social es una ciencia antropológica, integral, holística, que estudia al hombre, al menor, auténtico y real, que le conduce hacia un encuentro verdadero con la pediatría y con los componentes de los equipos de atención del niño. Por ello, se encuentra en la encrucijada de muchas disciplinas: por un lado, confluyen pediatría preventiva, clínica, rehabilitadora, docencia e investigación y, por otro, genética, ginecología, psicología, ciencias sociales, pedagogía, biología, antropología, derecho, salud pública, estadística, ética, etc. (9), y no pueden ser desligadas para la acción y desarrollo de nuevas investigaciones (véase Figura 1).

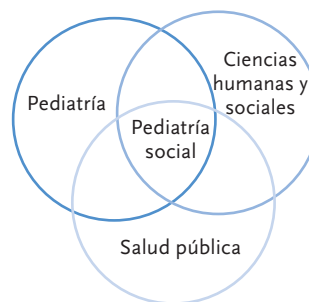


Figura 1. La pediatría social, encrucijada entre varias ciencias (9)

Importancia de conocer las prácticas de las madres en el cuidado del menor

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. 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. 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. Estas prácticas pueden llegar a alejar a las familias del personal de salud ante

la recriminación o desaprobación de médicos y enfermeras. Por esta razón, el equipo de salud debe procurar integrar conocimientos científicos y culturales que promuevan una mejor atención y calidad en los cuidados del menor. Así la brecha de desconfianza y temor irá disminuyendo en la medida en que el grupo familiar no ve amenazadas sus costumbres (10).

Los programas de niñez temprana se basan en lo *científicamente* apropiado para los niños pequeños sin tomar en cuenta los contextos tradicionales de crianza dentro de los cuales se desarrollan. Esto a menudo crea un desfase entre lo que piensan los

proveedores del programa que debería ocurrir para los niños pequeños y aquello que los padres están acostumbrados a hacer (3). Sin embargo, en los últimos años se han creado estrategias que no excluyen las creencias populares. Tal es el caso de la estrategia Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) enfocada a la comunidad indígena, que podrá servir de base para intervenciones en salud de la primera infancia. A continuación se presentan los estudios poblacionales sobre los mitos y creencias en el cuidado infantil en diferentes regiones latinoamericanas (véase Tabla 1).

Estudio	Año	Métodos	Participantes	Conclusiones
Creencias y costumbres en el cuidado del recién nacido y la influencia en su salud, en la comuna 5 de la ciudad de Manizales (11) Colombia	2001	Estudio cualitativo, entrevista abierta no estructurada. Comparación con la literatura. Determinación de prácticas adecuadas y factores de riesgo.	10 madres de la comuna 5 de la ciudad de Manizales que asistieron a controles prenatales en Asbasalud de la Asunción, cuyos partos ocurrieron entre agosto y septiembre de 2001.	Reforzar la educación que se le brinda a la madre antes, durante y después de la gestación. Programas de salud más accesibles y flexibles de acuerdo a las necesidades de la comunidad. Notoria influencia del equipo de salud en el conocimiento de las madres en cuidados del RN. La familia ejerce una gran influencia en el cuidado del RN, transmisión de conocimientos modernos y tradicionales. La falta de conocimientos por parte de las madres hace que no puedan contradecir a su familia.
Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis de Potosí (4) México	2005	Estudio cualitativo mediante entrevistas.	160 parteras tradicionales locales de las regiones media y huasteca del estado de San Luis Potosí, México. Dos de las enfermeras instructoras entrevistaron a 25 de los capacitados, apoyadas por un miembro de las comunidades náhuatl y tenek.	Las prácticas de las parteras tradicionales son comunes en los grupos sociales que carecen de servicios de salud. Sus funciones no se limitan al parto e incluyen nutrición, cuidados prenatales, del puerperio y la lactancia, así como apoyo afectivo emocional de las madres en el puerperio y sus familiares.
Prácticas y creencias tradicionales en torno al puerperio, municipio de Popayán (10) Colombia	2005	Método cualitativo etnográfico.	13 mujeres puérperas atendidas en el Hospital Universitario San José, las clínicas Comsalud y La Estancia y el Hospital del Norte Toribio Maya, de la ciudad de Popayán.	Las creencias y prácticas que se tienen durante el puerperio en relación con el cuidado de la madre y del recién nacido han sido transmitidas de una generación a otra con el fin de preservar el estado de salud; muchas de estas se fundamentan en pensamientos mágicos, en los que hay una causa y un efecto que produce un daño en el organismo. Por consiguiente, es importante conocer las prácticas y creencias culturales en torno al puerperio para determinar cuáles se deben preservar, reestructurar, reacomodar o reforzar.

Estudio	Año	Métodos	Participantes	Conclusiones
Creencias y prácticas de crianza en familias pobres del conurbano bonaerense (12) Argentina	2006	Estudio exploratorio. Cuestionario semiestructurado a embarazadas y madres con niños de 0 a 72 meses. La información se analizó mediante técnicas estadísticas descriptivas e inductivas. Los resultados se agruparon de acuerdo a una escala ordinal según el grado de adecuación de las prácticas y creencias de crianza en adecuadas, regulares e inadecuadas.	Se encuestaron 1460 familias del conurbano bonaerense y se indagó sobre conocimientos y prácticas de los cuidadores de 1874 niños de 0 a 6 años.	Esta propuesta busca consolidar una mirada holística en estudios poblacionales. Sus aportes podrían incorporarse en programas de atención a la infancia y en prácticas institucionales. Los hallazgos sugieren la necesidad de que los programas destinados a la infancia, además de abordar los requerimientos alimentarios del niño, incluyan acciones tendientes a satisfacer sus múltiples necesidades.
Prácticas hogareñas en el cuidado de la madre y el recién nacido en la Costa Pacífica Caucaña (13) Colombia	2006	Estudio cualitativo, mediante grupos focales y entrevistas informales semiestructuradas.	Cuidadores primarios (parteras, madres y padres con recién nacidos, abuelas, madres sustitutas y madres FAMI [Familia, Mujer e Infancia, programa del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar con mujeres líderes en la comunidad]) y trabajadores de la salud (promotoras, auxiliares de enfermería, enfermeras y médicos).	La investigación adelantada en el municipio de Guapi constituye un punto de partida para que la estrategia AIEPI pueda ser aplicada en la zona, no solo con elementos de las enfermedades que afectan a los niños en el mundo, sino también con el reconocimiento de otro tipo de enfermedades de orden cultural que son tratadas desde concepciones tradicionales de las comunidades.
Relaciones entre creencias y prácticas de crianza de padres con niños pequeños(2) México	2007	Cuestionario sociodemográfico (Parent-Child Relationship Inventory, PCRI).	275 padres de un centro de cuidado de Aguascalientes, México.	Los datos de este estudio sugieren la existencia de creencias, probablemente de origen cultural, arraigadas desde muy temprano en las relaciones entre los padres y sus niñas o sus varones.
Aprendiendo a cuidar al recién nacido: un cuidado congruente con la cultura (1) Colombia	2008	Estudio exploratorio, descriptivo y documental con abordaje cualitativo, recolección y revisión de la literatura. Análisis comparativo de la literatura, evidencia de los dominios del cuidado del recién nacido (RN).	No aplica.	Si el personal de salud se da cuenta de la connotación y significado del valor del legado cultural respetará las creencias y prácticas culturales para ofrecer desde el equipo de salud un cuidado culturalmente congruente partiendo del saber profesional. Se disminuirán los conflictos entre el profesional de la salud y la familia del niño, así como las complicaciones derivadas de prácticas inapropiadas.
Prácticas de crianza en Antioquia. Un estudio en familias campesinas (8) Colombia	2010	Estudio cualitativo; las entrevistas individuales se realizaron con madres en el espacio familiar y con grupos focales.	Se seleccionaron al azar cuatro municipios del Departamento de Antioquia: Dabeiba, Jericó, Urrao y San Pedro de los Milagros. En cada uno se trabajó en dos o tres veredas. Participaron 32 familias vinculadas a las acciones educativas del Programa de Educación Familiar para el Desarrollo Infantil (PEFADI).	Aunque existen diferencias en ciertas creencias, costumbres y prácticas relacionadas con la crianza infantil entre las comunidades de los cuatro municipios de referencia, se evidencian patrones comunes de orden cultural fundamentalmente en relación con el papel del padre y de la madre, la educación en perspectiva de género, la comunicación intrafamiliar y la educación moral y afectiva de los niños.

Estudio	Año	Métodos	Participantes	Conclusiones
Interculturalidad en pediatría: creencias tradicionales en la salud infantil en un área rural (14) Colombia	2011	Estudio cualitativo de caso. Se utilizó la técnica de grupos focales y entrevista semiestructurada.	Se realizaron siete grupos focales en la consulta externa de pediatría de los municipios de Guasca y Guatavita. 17 eran madres, con edades entre los 18-35 años, dos abuelos de 39 y 64 años y un padre de 25 años.	La creencia tradicional más significativa para la población participante es la del “mal de ojo”, entidad que produce síntomas físicos en los niños; sin embargo, tiene un origen místico, una prevención y tratamiento en el ámbito de lo religioso, energético y espiritual. Con respecto a este, existe poco conocimiento y confianza por parte del personal de salud.
Mitos, tradiciones y realidades en el cuidado infantil en Ciudad Juárez (7) México	2011	Análisis de cómo construyen los adultos su función de padres y madres de familia, así como de los mitos y de las tradiciones existentes alrededor de ellos a partir de entrevistas.	9 entrevistas a profundidad en las guarderías: Niño Jesús, Todos a Jugar y Techo Comunitario. Para darle el anonimato a las entrevistadas se usaron nombres ficticios.	El cuidado infantil debe empezar a compartirse entre hombres y mujeres. En las capacitaciones que se realizan en las guarderías deben promoverse los temas relacionados con el cuidado infantil.

Tabla 1. Revisión bibliográfica de la literatura sobre prácticas y creencias en el cuidado de menores de un año de edad en Latinoamérica (2000 – 2012)

CONTEXTUALIZACIÓN

Colombia es una nación multicultural por su diversidad étnica, por ende, es rica en creencias y tradiciones. Se encuentran los pueblos indígenas, las poblaciones afrocolombianas, incluidas las comunidades raizales de San Andrés, la de San Basilio de Palenque, el pueblo Rom o gitano y otros (15). 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 pequeños; esto no es la excepción en la región de Cundinamarca y sus municipios cercanos a la capital, como es el caso de Chocontá.

Según datos oficiales de la Alcaldía Municipal de Chocontá, en 2009, la población total era de 19.846 habitantes, de los cuales, el 57,4% se ubicaba en el sector rural, distribuido en 22 veredas, y el 42,6% restante en el área urbana. La población infantil menor de 6 años era de 2.325 niños. La entidad de salud es el Hospital de primer nivel San Martín de Porres, única institución existente en la zona y con amplia cobertura geográfica (16).

Con este estudio se buscó identificar mitos y creencias culturales acerca del cuidado infantil que pudieran generar conductas de riesgo para el menor de un año.

Este se realizó en el municipio de Chocontá de junio a agosto de 2012. Se comparó el mito identificado con la evidencia científica existente para hacer recomendaciones a padres y cuidadores. Además de promover aquellas prácticas culturales que no interfieran ni sean nocivas para el menor y que estén fuertemente arraigadas en la cultura local, se buscó negociar y modificar aquellas que fueran susceptibles de mejorar, así como reestructurar las que resultaran nocivas para el cuidado del menor.

METODOLOGÍA

Se desarrolló un estudio exploratorio etnográfico, descriptivo y documental con abordaje cualitativo, por medio de entrevistas no estructuradas a las madres de niños menores de un año que asistieron a consulta externa o urgencias de pediatría del Hospital San Martín de Porres del municipio de Chocontá para que contaran sus experiencias y conocimientos sobre el cuidado de sus bebés. A partir de la información obtenida, se agruparon las creencias en diferentes categorías que involucran las áreas de cuidado general, neurodesarrollo, sistema respiratorio, gastrointestinal, alimentación y otros. Esto se comparó con la evidencia científica disponible en la literatura (revistas científicas médicas, de ciencias sociales, humanidades y literatura gris)

para determinar si la creencia y la acción popular involucran un riesgo y así generar intervenciones con base en el modelo transcultural de Madeleine Leininger que utiliza tres modos de acción: conservación, negociación y reestructuración (17) de las prácticas culturales, para proporcionar pautas de cuidado óptimas que no generen conflicto entre el personal del salud y el cuidador, pero que tampoco afecten la salud del menor.

RESULTADOS

Los diferentes resultados se agruparon en categorías llamadas dominios de acuerdo con el modelo descrito. Se elaboró una tabla en la que se incluyeron seis categorías para la argumentación de cada dominio. Allí se describió la actividad popular, la creencia que justifica su realización y la evidencia científica encontrada que sustenta la respectiva recomendación (véase Tabla 2).

Categoría	Actividad popular	Creencia popular	Evidencia científica	Recomendación
Cuidados generales	Cambiar el pañal sin lavar o limpiar con agua fría, ya que esto puede favorecer la entrada de frío	El cambio de pañal del recién nacido es una fuente de frío	<ul style="list-style-type: none"> > En el recién nacido ocurren pérdidas de calor por convección durante el baño y por conducción, como consecuencia del contacto de la piel con ropa y pañales húmedos. > Se debe realizar limpieza con cada cambio de pañal con agua tibia o paño húmedo precalentado, ya que el agua fría puede causar hipotermia. > La no limpieza del área perineal favorecería el desarrollo de dermatitis en el área del pañal o infección por hongos. > Los recién nacidos pretérmino únicamente se deben limpiar para evitar pérdidas de peso secundaria a hipotermia hasta alcanzar los 2500 g (1). 	Se debe negociar su utilización
	Evitar lavar con agua o jabón el muñón umbilical	Si el muñón umbilical se moja se pudre	<ul style="list-style-type: none"> > El muñón umbilical tiene alto riesgo de infección en el recién nacido; por tanto, se debe hacer profilaxis umbilical, que consiste en aplicar una sustancia antiséptica en el cordón y en el ombligo para prevenir la infección (1). > Colocar cualquier otra sustancia o no realizar la limpieza con agua y jabón favorece el riesgo de infección. 	Se debe reestructurar
	Cubrir con un trapo limpio y blanco al recién nacido cuando lo bañan y después que se cae el ombligo para prevenir la infección	Cubrir el ombligo con un trapo limpio mantiene el ombligo seco y previene infecciones	<ul style="list-style-type: none"> > No aparece en la literatura como una actividad de cuidado, no se indica. > El cubrir el ombligo puede ocasionar humedad, siendo esta un factor de riesgo para favorecer infección (1). 	Se debe reestructurar
	Colocar un botón en el ombligo y sostenerlo con un fajero para evitar que se salga (hernia) o colocar esparadrapo	Evitar que el ombligo del recién nacido protruya	<ul style="list-style-type: none"> > No aparece en la literatura como una actividad de cuidado, no se indica. > El uso del botón puede tener un efecto contraproducente ya que amplía el anillo umbilical, lo cual favorece la aparición de hernias y posible infección. > El uso de fajero disminuye el volumen gástrico del recién nacido y el retorno venoso de los miembros inferiores y la pelvis, por lo cual no se recomienda (1). 	Se debe reestructurar
	Bañar rápidamente al recién nacido	Evitar la entrada de frío y calor al recién nacido; el baño es considerado una fuente de frío	<ul style="list-style-type: none"> > El neonato tiene menor grasa subcutánea, una epidermis delgada y los vasos sanguíneos están más cercanos a la piel; por tanto, la temperatura de la sangre circulante se modifica por los cambios de la temperatura ambiental y a su vez influye en el centro termorregulador del hipotálamo. > La temperatura del recién nacido disminuye 0,7 a 0,8 grados después del baño y tarda aproximadamente 60 minutos para recuperar la temperatura inicial. 	Se debe conservar su utilización

Categoría	Actividad popular	Creencia popular	Evidencia científica	Recomendación
Cuidados generales	No bañar al recién nacido	Evitar la entrada de frío y calor al recién nacido; el baño es considerado una fuente de frío	<ul style="list-style-type: none"> Se debe tener en cuenta las pérdidas de calor por evaporación y convección. El baño con agua tibia, en especial en la noche, proporciona descanso y tranquilidad. El baño en los recién nacidos prematuros está contraindicado, ya que se puede aumentar el riesgo de pérdida de peso e hipoglicemia, secundaria a hipotermia (1). 	Se debe negociar su utilización
	Aplicar lociones en la ropa y talcos en axilas y pliegues	Es mejor que el bebé no sude.	<ul style="list-style-type: none"> La sudoración del niño es normal, es una forma de termorregulación y no se debe impedir. La loción y el uso de talcos en la piel del bebé puede ocasionar problemas respiratorios y dermatitis u otros problemas de tipo dermatológico (11). 	Se debe reestructurar
Neurodesarrollo	Darle al bebé el primer huevo que pone la gallina al mes de vida para que empiece a hablar más rápido	Ayudar al niño para que hable más rápido	<ul style="list-style-type: none"> Los dos componentes del huevo, clara y yema, pueden provocar sensibilización alérgica; si bien, la clara por su mayor contenido proteico tiene mayor importancia causal. La clínica alérgica provocada por la ingestión de huevo es fundamentalmente cutánea, entre un 77 al 98% según distintas series, seguida de la digestiva, entre 36 y 60% y respiratoria de vías altas y bajas entre el 7 y 40%, por lo que no es una práctica recomendable y segura (18). 	Se debe reestructurar
	No sentar a un niño pequeño	Si el bebé se sienta se le fractura la espalda	<ul style="list-style-type: none"> El tronco del niño en las primeras semanas no tiene la suficiente fortaleza para sostener el cuello y el tronco pero con el paso del tiempo va adquiriendo esta fortaleza; por ejemplo, a los tres meses presenta sostén cefálico, a los 6 meses se sienta con apoyo y a los 8-9 meses puede sentarse solo, por lo que no hay relación entre deformidad del tronco o columna al dejarlo que se sienta con ayuda (19). 	Se debe negociar
	No cortar el cabello antes del primer año de vida	Si se le corta el cabello no hablarán bien	<ul style="list-style-type: none"> No existe una asociación científica entre cortar el cabello y el desarrollo del lenguaje (20), pero se debe negociar esta práctica en aquellos casos que cursa con patología dermatológica como la dermatitis seborreica que puede perpetuarse con esta condición. 	Se debe negociar
	Uso de mitones	Evitar rasguños en la cara	<ul style="list-style-type: none"> El uso de mitones es inadecuado ya que impiden el libre movimiento de las manos; además el bebé tiene percepción y contacto con el mundo con las manos y el uso de mitones puede retrasar su desarrollo neurológico (11). 	Se debe reestructurar
	Evitar el contacto con fuentes de ruido	El bebé pierde su espíritu por una emoción o ruido que lo sobresalte	<ul style="list-style-type: none"> En el recién nacido existe un reflejo neurológico normal: reflejo de moro (también llamado respuesta de sobresalto o reflejo de abrazo). Aparece como un movimiento que se irradia en forma brusca desde el centro a brazos y piernas y que es provocado por cualquier estímulo interno o externo, como podría ser el ruido (21). 	Se debe negociar
Respiratorio	Colocar camiseta hecha de bayetilla roja en contacto directo con la piel del bebé y encima de esta, las demás prendas de vestir.	El uso de bayetilla roja lo protege de la tos	<ul style="list-style-type: none"> No se reporta en la literatura como medida preventiva de cuadros respiratorios (22). El exceso de vestimenta se ha relacionado con riesgo de muerte súbita (23). La ropa adecuada no debe de ser excesiva o ajustada, ya que esto paradójicamente puede impedir el calentamiento adecuado, además que puede traer otras consecuencias como es la miliaria o salpullido (24). El calor es mal tolerado por los pacientes con dermatitis atópica, conviene evitar el exceso de abrigo; los niños no paran de moverse, con lo que es fácil que les sobre ropa y suden en exceso lo que puede empeorar su eccema. Esto es especialmente importante en los lactantes (24). El exceso de abrigo puede causar fiebre o empeorarla. 	Se debe negociar

Categoría	Actividad popular	Creencia popular	Evidencia científica	Recomendación
Respiratorio	Aplicar gotas de leche materna cuando hay dolor de oído	La leche materna cura la otitis	<ul style="list-style-type: none"> > El uso de leche materna cuando existe un proceso inflamatorio en el oído y más aún, cuando existe ruptura de la membrana timpánica, puede favorecer el empeoramiento de la infección. > No está justificado médicamente el uso tópico de leche materna en el oído del bebé (25). 	Se debe reestructurar
Gastrointestinal	Acudir a un sobandero que realiza masajes en el área abdominal y rezos, en algunas ocasiones coloca vendajes en el abdomen de los niños y niñas para curar la diarrea (26)	El bebé está “descuajado”: enfermedad que se caracteriza por presencia de diarrea, vómito y malestar general; puede ir acompañado de fiebre y dolor abdominal (27)	<ul style="list-style-type: none"> > No se reporta en la literatura. > Siempre debe realizarse valoración médica. > Descartar cuadro quirúrgico. > Uso de sales de rehidratación oral o hidratación intravenosa según el caso. > No suspensión de la lactancia materna o la vía oral. > Uso de antibióticos si se trata de infección intestinal bacteriana o disentería. > Uso de zinc (22). 	Se debe reestructurar
	El mal de ojo se previene con el uso de azabache (manilla con imagen religiosa) en manos o tobillos	Le puede dar al niño mal de ojo (múltiples afecciones físicas producidas por la mirada muy fuerte de una persona)	<ul style="list-style-type: none"> > El hilo que ensarta las chaquiras de las manillas, con el sudor y el tiempo se pudre y se rompe con facilidad lo que predispone a que el bebé lo degluta o en algunos casos las broncoaspire y además puede lacerar la piel y causar mala perfusión distal (14). 	Se debe negociar
Alimentación	Desechar el calostro y esperar un cambio en su textura y color, recurrir a la colaboración de otra mujer que estuviese amamantando para que alimente al recién nacido por dos o tres días	El calostro o “primera leche” es perjudicial para la salud del recién nacido, porque al estar retenida tantos meses, genera en el niño algunas enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> > El calostro es la primera leche ajustada a las necesidades del recién nacido: facilita la eliminación del meconio y la reproducción del lactobacilo bifido en el lumen intestinal del recién nacido; los antioxidantes y las quinonas son necesarias para protegerlo del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica; las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos; el escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su trofismo funcional, succión-deglución-respiración; los factores de crecimiento estimulan la maduración de los sistemas propios del niño; los riñones inmaduros del neonato no pueden manejar grandes volúmenes de líquido; tanto el volumen del calostro como su osmolaridad son adecuados a su madurez (28). 	Se debe reestructurar
Otros	No tocar la fontanela, ni cubrirla	Los bebés respiran por la fontanela	<ul style="list-style-type: none"> > La “mollera” es el nombre popular que recibe la fontanela anterior, un espacio en el cráneo entre el hueso frontal y los parietales que permite el crecimiento de la masa cerebral, pero no interviene en la respiración del niño (29). 	Se debe reestructurar
	No dejar que una mujer con la menstruación cargue al bebé	Si al niño lo carga una mujer con la menstruación le da pujo	<ul style="list-style-type: none"> > El pujo en los niños se puede presentar por estreñimiento o simplemente ser su forma de lenguaje. > No existe una relación científica entre el pujo y el periodo menstrual (1). 	Se debe negociar

Tabla 2. Recopilación de resultados

DISCUSIÓN

En este estudio en el municipio de Chocontá se identificaron diecinueve mitos y se confrontaron con la literatura científica disponible. Se recomienda reestructurar diez de ellos (52%) al considerar que pueden ser riesgosos para la salud del menor. Tal es el caso de colocar un botón en el ombligo y sostenerlo con un fajero para evitar que se salga (hernia), colocar esparadrapo o acudir a un sobandero que realiza masajes en el abdomen y rezos para curar la diarrea.

Ocho de estas prácticas deben ser negociadas con las madres y cuidadores (42%); por ejemplo colocar la camiseta de bayetilla roja en contacto directo con la piel del bebé para protegerlo de la tos o el uso de azabache (manilla con imagen religiosa) en manos o tobillos para prevenir el mal de ojo (14). Solo una creencia de las analizadas se puede conservar puesto que no afecta la integridad del niño: bañar rápidamente al recién nacido para evitar la entrada de frío.

Esta revisión destaca las creencias y prácticas culturales como parte fundamental de cualquier comunidad. Por ello, es primordial explicar a las familias las razones para no realizar actividades que pongan en riesgo la salud del menor. Así lo reafirma Noguera (1), quien refiere que si el personal de salud se da cuenta de la connotación y significado del valor del legado cultural, respetará las creencias y prácticas culturales para ofrecer desde el equipo de salud un cuidado culturalmente congruente partiendo del saber profesional y así mismo se disminuirán los conflictos entre el profesional de la salud y su familia; por tanto, 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 se les permita la continuidad de su legado cultural.

CONCLUSIONES

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 social debe ser una herramienta del saber con una visión integradora que permita ver al individuo (al menor) como un ser biopsicosocial, miembro de un entorno susceptible de adaptarse y modificarse en beneficio de la conser-

vación 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 médico 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.

Es más riesgoso alejar a la familia al rechazarla 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 busca conservar, negociar o reestructurar la práctica cultural, sin generar conflicto entre el personal del salud y el cuidador.

Son pocos los estudios o la literatura disponible que hable sobre la validez o la invalidez científica de determinadas prácticas culturales. Se requieren de más estudios que evalúen las prácticas de cuidado desde el punto de vista de las creencias y mitos de la comunidad y su impacto en la salud de los niños con el fin de crear programas y estrategias que faciliten su integración al conocer y orientar científico por parte del personal de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Noguera Y, Rodríguez MR. Aprendiendo a cuidar al recién nacido: un cuidado congruente con la cultura. *Av. Enferm.* 2008; XXVI(1): 103-11.
2. Solís-Cámara P, Díaz M. Relaciones entre creencias y prácticas de crianza de padres con niños pequeños. *Anales de Psicología.* 2007; 23(2): 177-84.
3. Evans JL, Myers RG. Prácticas de crianza: creando programas donde las tradiciones y las prácticas modernas se encuentran. *Coordinator's Notebook Childrearing*, edición 15. Haydenville: Consultative Group on Early Childhood Care and Development; 1995.
4. Pelcastre B, Villegas N, De León V, Díaz A, Ortega D, Santillana M, et ál. Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí. *Rev Esc Enferm USP.* 2005; 39(4): 375-82.
5. Vergara C. Creencias relacionadas con las prácticas de crianza de los hijos/as. [Tesis de maestría]. México: Universidad de Colima; 2002.
6. Real Academia Española [Internet] Madrid. 22° ed.; 2001 [consultado 14 de agosto de 2012]. Disponible en: www.rae.es/rae.html

7. Castillo N. Mitos relacionados con el cuidado, salud, higiene y alimentación. En: Mitos, tradiciones y realidades en el cuidado infantil en Ciudad Juárez. México: Organización Popular independiente, A.C.; 2011.
8. Luna MT, Peñaranda F, Arango S, Asprilla D, Mazo SE, Rivera AM. Prácticas de crianza en Antioquia: un estudio en familias campesinas. Medellín: CINDE Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano; 2010. Disponible en: <http://www.redprimerainfancia.org/tema prioritario1>
9. García C. Tratado de pediatría social. 2ª. edición. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A; 2000. p. 10.
10. Castro E, Muñoz SF, Plaza GP, Rodríguez M, Sepúlveda LJ. Prácticas y creencias tradicionales en torno al puerperio, municipio de Popayán, 2005. Rev infancia, adolescencia y familia. 2006; 1(1): 141-52.
11. Castaño AM, Franco SM, Muñoz J, Restrepo DI. Creencias y costumbres en el cuidado del recién nacido y la influencia en su salud en la comuna 5 de la ciudad de Manizales [Internet] 2001 [consultado 12 de agosto de 2012]. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%207_12.pdf
12. Rodrigo A, Artale S, Sanjurjo A. Creencias y prácticas de crianza en familias pobres del conurbano bonaerense. Arch Argent Pediatr. 2006; 104(3): 203-09.
13. Delgado MF, Calvache JA, Silva C. Prácticas hogareñas en el cuidado de la madre y del recién nacido en la costa pacífica caucana. Antípoda. 2006; (3): 227-54.
14. Torrado O, Casadiego D, Castellanos M. Interculturalidad en pediatría: creencias tradicionales en la salud infantil en un área rural. Revista Colombiana de Enfermería. 2011; 6(6): 82-9.
15. Dane. Colombia: una nación multicultural. [Internet] 2006 [consultado 15 de agosto de 2012]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/colombia_nacion.pdf
16. Alcaldía Municipal de Chocontá. Informe de gestión para la rendición pública de cuentas sobre la garantía de los derechos de las niñas, los niños, los adolescentes y los jóvenes [Internet] 2011 [consultado 15 de agosto de 2012]. Disponible en: <http://www.choconta-cundinamarca.gov.co/apc-aa-files/38613735626339353361653063373163/INFORMEGESTIONINFANCIA.pdf>
17. Fernández ML. Bases históricas y teóricas de la enfermería. Tema 11. Modelos y teorías en enfermería (IV). Modelo de Madeleine Leininger. [Internet] 2010 [consultado 17 de agosto de 2012]. Disponible en: [http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11\(IV\).pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11(IV).pdf)
18. Lebrero EA, Fernández L, Somoza ML. Alergia a alimentos en niños. Alergol Inmunol Clin. 2001; 16(2): 96-115.
19. Firman G. Guía de crecimiento y desarrollo del niño. Avances médicos intermedicina [Internet] 2002 [consultado 21 de agosto de 2012]. Disponible en: www.intermedicina.com/avances/pediatria/ape33.pdf.
20. Elsy Basto E, Montero AL, Perera RM, Mestre P. El prelenguaje: etapa esencial en el neurodesarrollo [Internet] 2009 [consultado 21 de agosto de 2012]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/el_prelenguaje_etapa_esencial_en_el_neurodesarrollo.pdf
21. Salgado P. Desarrollo motor normal, análisis desde el enfoque del neurodesarrollo [Internet] 2007 [consultado 21 de agosto de 2012]. Disponible en: <http://www.santafe.gov.ar/index.php/educacion/content/download/149393/732110/file/Neurodesarrollo.pdf>
22. Ministerio de la Protección Social. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. AIEPI. Colombia: Ministerio de la Protección Social; 2010.
23. Arimany J, Camarasa F, Cardesa JJ, Delgado A, Fiol M, Gómez C, et ál. Síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL). Libro blanco. 2ª ed. España: Grupo de trabajo para el estudio y prevención de la muerte súbita infantil de la Asociación Española de Pediatría; 2003.
24. Escribano E, Duelo M. Consejos y recomendaciones generales para el paciente atópico. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009; 11 Supl 15: 101-08.
25. Santolaya E. Otitis media aguda, diagnóstico y tratamiento. Rev Chil de infect. 2007; 24(4): 297-300.
26. Sierra P, Quintero Y. Nuevos conceptos de la alimentación y realimentación durante la diarrea aguda en pediatría. Revista Virtual de Pediatría [Internet] 1998 [consultado 20 de agosto de 2012]. Disponible en: http://www.encolombia.com/pediatria_nuevos_conceptos.htm
27. Laza C. Cuidando desde el saber cultural: experiencia de un agente tradicional del Valle del Río Cimitarra. Temperamentvm. 2009; 9. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn9/t7030.php>
28. Ministerio de Salud, Unicef. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. Chile: Ministerio de Salud, Unicef; 1995.
29. Correa AC. Puericultura del recién nacido. En: Posada Á, Gómez JF, Ramírez H. El niño sano. 3ª ed. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2005. p. 193-203.