

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**PRÁCTICAS Y CREENCIAS CULTURALES DE LA
MUJER EN LA ETAPA DE PUERPERIO
MEDIATO. PROVINCIA DE LAMBAYEQUE, 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO DE
ENFERMERÍA**

AUTORES: Bach. Mechán Espinoza, Milagros Yessenia
Bach. Domínguez Gonzales, Linda Stefany

Chiclayo, 03 de Febrero del 2016

**PRÁCTICAS Y CREENCIAS CULTURALES DE
LA MUJER EN LA ETAPA DE PUERPERIO
MEDIATO. PROVINCIA LAMBAYEQUE, 2015**

POR:

Bach. Mechan Espinoza, Milagros Yessenia
Bach. Domínguez Gonzáles Linda Stefany

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Dra. Rosa Jeuna Díaz Manchay
Presidente de Jurado

Mgtr. Noemi Buenaño Cervera
Secretario de Jurado

Dra. Miriam Elena Saavedra Covarrubia
Vocal/Asesor de Jurado

CHICLAYO, 2016

DEDICATORIA

Con todo nuestro cariño y amor para nuestros padres, que hicieron todo en la vida para que nosotras alcancemos nuestros sueños, por motivarnos y darnos la mano cuando sentíamos que el camino se terminaba, a ustedes de todo corazón.

A nuestras maestras que en este transitar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarnos como personas de bien y preparadas para los retos que nos pone la vida, a todas y cada una de ellas les dedicamos cada una de estas páginas de nuestra tesis.

LAS AUTORAS

AGRADECIMIENTO

A Dios por habernos creado e imprimir en nuestros corazones, la vocación del cuidado de enfermería al servicio de los más necesitados.

A las madres que voluntariamente nos han compartido sus experiencias en torno a los cuidados en el puerperio mediato; sin las cuales no hubiera sido posible realizar la presente investigación que se constituye en un rescate de los cuidados culturales de las mujeres Lambayecanas.

Agradecemos de manera especial a Dra. Miriam Saavedra Covarrubia, por aceptar en asesorarnos esta tesis de pregrado, bajo su dirección, su apoyo y habernos brindado su confianza y capacidad para guiar nuestras ideas, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en nuestra formación como investigadoras.

A nuestro jurado la Dra. Rosa Díaz Manchay y Lic. Noemi Buenaño Cervera por sus enseñanzas y aportes en esta investigación.

LAS AUTORAS

INDICE

	Pg.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	08
CAPITULO I: MARCO TEORICO	
1.1. Antecedentes del problema	14
1.2. Bases teórico- conceptuales	17
CAPITULO II: MARCO METODOLOGICO	
2.1. Tipo de investigación	25
2.2. Abordaje Metodológico	25
2.3. Sujetos de investigación	27
2.4. Escenario	27
2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	29
2.6. Procedimiento	30
2.7. Análisis de datos	32
2.8. Criterio ético	34
2.9. Criterio de rigor científico	35
CAPITULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS	37
CONSIDERACIONES FINALES	59
RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	69

RESUMEN

A lo largo de los años el Perú ha sido escenario propicio para que se desarrolle diferentes culturas, de esa manera generó sus propias creencias en torno al embarazo, parto y puerperio. Esta investigación es titulada: Prácticas y creencias culturales de la mujer en la etapa de puerperio mediato, Lambayeque, 2015; tuvo como objetivos describir, analizar y comprender las prácticas y creencias culturales de la mujer en la etapa de puerperio mediato. Esta investigación fue cualitativa con abordaje metodológico de estudio de caso. Los sujetos de estudio fueron 14 mujeres en puerperio mediato, delimitado la muestra por saturación. El marco teórico conceptual se sustentó en: Álvarez (2012) en prácticas; Berrío (2013) en creencias; Leininger in Raile & Marriner (2011) y Schwarcz (2005) puerperio mediato. El instrumento de recolección de datos fue la entrevista semiestructurada y se aplicó previo consentimiento informado. Los resultados de la investigación se analizaron mediante análisis de contenido, obteniendo las siguientes categorías: Cuidados basados en prácticas y creencias culturales, influencia del entorno familiar sobre la puérpera, e inadecuada educación del personal de salud a la puérpera. Se concluye que las madres tienen un cuidado según sus creencias influenciadas por la familia (madres o suegras) para satisfacer sus necesidades básicas, usando plantas medicinales. Frente a esta realidad el personal de salud no aplica estrategias de negociación frente a los cuidados transculturales, siendo una necesidad urgente de atención. Se han respetado los criterios éticos y de rigor científico en toda la investigación.

PALABRAS CLAVES: Prácticas, creencias, cultura, puerperio mediato.

ABSTRACT

Throughout the years, Peru has been scenario for different cultures, thus generate its own beliefs about pregnancy, childbirth and postpartum develops. This research is titled: cultural practices and beliefs of women in stage postpartum week, Lambayeque, 2015; it aimed to describe, analyze and understand cultural practices and beliefs of women in stage postpartum week. This research was qualitative methodological approach with case study. The study subjects were 14 women in postpartum week, delimited sample saturation. The conceptual framework was based on: Alvarez (2012) in practice; Berrio (2013) beliefs; Leininger in Raile & Marriner (2011) and Schwarcz (2005) postpartum week. The instrument of data collection was the semistructured interview and prior informed consent was given. The research results were analyzed by content analysis, obtaining the following categories: care based on cultural beliefs and practices, influence of family environment on the puerperal, and inadequate education of health personnel to puerperal. It is concluded that mothers have a care in accordance with their beliefs influenced by (or mothers-in-law) family to meet their basic needs, using medicinal plants. Faced with this reality health personnel not apply trading strategies against cross-cultural care, with an urgent need for care. They have respected the ethical and scientifically rigorous criteria throughout the investigation.

KEYWORDS: Practices, beliefs, culture, postpartum week.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los años y su variedad geográfica, el Perú ha sido escenario propicio para el desarrollo de diferentes culturas, dando origen a una diversidad de grupos humanos con sus propias características culturales y sociales, permitiendo que su riqueza cultural origine todo un sistema de concepciones, en torno al embarazo parto y puerperio; en las zonas rurales del Perú muchas mujeres que optan por el parto atendido por parteras tradicionales, en su propia casa, buscando respeto por sus costumbres y su forma de concebir y actuar en ese momento.¹

De ese modo las familias utilizan diversas prácticas culturales como legado de sus antecesores, que influyen para que su cuidado sea favorable o desfavorable, teniendo hábitos saludables o insalubres, razón por la cual, enfermería debe tener conocimiento, sensibilidad y disposición para colaborar con dicho cuidado; caso contrario, puede ser inefectivo o hasta dañino.²

El puerperio es uno de los periodos más importantes en la vida de muchas mujeres, que se ha visto influenciado desde siempre por variadas formas de cuidado orientadas por conocimientos empíricos.³ En este periodo las mujeres presentan cambios emocionales, físicos y sociales mientras se adaptan a su nuevo rol de madres, creando un impacto en sí mismas, pues en muchas ocasiones no están preparadas para asumir dicho reto y optan por buscar apoyo en diferentes redes sociales de su entorno.

En cuanto a la problemática, se estima en el mundo que cada día aproximadamente 800 mujeres, mueren por causas evitables relacionadas con las complicaciones del embarazo, parto y puerperio; el 99% sucede en países en vías de desarrollo. A nivel mundial desde el año 1990 al 2010, se observó un descenso del 47% en la razón de muerte materna.⁴

Estas complicaciones se producen durante el embarazo y se presentan a lo largo de éste o durante el parto y el puerperio (hasta el 42º día después del

nacimiento); ocurren a menudo de forma súbita e imprevisible. Entre 11% y 17% ocurren durante el parto, y el 50% y 71% durante el puerperio. ⁵

Así mismo en Latinoamérica, más de 25,000 mujeres mueren cada año por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. La tasa promedio de mortalidad materna en América Latina y el Caribe es de 190 muertes por cada 100,000 nacidos vivos. ⁶

En el Perú, la razón de mortalidad materna ha ido disminuyendo, es así que la Encuesta demográfica y Salud Familiar (ENDES, 2000), refiere 185 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, mientras que la (ENDES, 2010), indica a 93 por cada 100 000 nacidos vivos, lo que representa un importante descenso. La razón de mortalidad materna para Perú es de 67 por 100 000 nacidos vivos. ⁶

En el año 2000 las causas directas de muertes maternas, registradas por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud (MINSA), fueron principalmente la hemorragia en 49%; la hipertensión inducida por el embarazo (HIE) en 16% y el aborto en 7%. En comparación, en el año 2012, las principales causas directas registradas fueron hemorragia en 40,2%; HIE en 32%; aborto en 17,5% e infecciones relacionada al embarazo en 4,1%. ⁷

En el año 2012, de las 428 muertes maternas notificadas el 44% de ellas procedía de la sierra, 34% de la costa y 22% de la selva, observándose que el 80% de los casos notificados se concentra en 12 regiones: Lima, Cajamarca, Piura, La Libertad, Loreto, Puno, Ancash, Cusco, Arequipa, Amazonas, San Martín y Apurímac. ⁸

Así mismo obtenemos que las cinco causas de las muertes maternas son: hemorragias graves, infecciones, abortos peligrosos, trastornos hipertensivos de la gestación (pre eclampsia y eclampsia), son responsables de más del 70% de estas muertes. Una de ellas es la hemorragia puerperal no atendida en una

mujer sana puede matarla en dos horas. El 50% de las defunciones ocurren en los hospitales. ⁸

A nivel de Lambayeque para el año 2011, se estimaron 28 muertes maternas, con una variabilidad que oscila entre 19 y 37 muertes maternas respectivamente. Se observó una tendencia al incremento en el número de muertes maternas cada año.⁹

La principal categoría de causas de muertes para Lambayeque, son las hemorragias obstétricas (37.1%), que causaron 35.7 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos. La tendencia de esta causa de muerte es ligeramente descendente. En segundo lugar se presentan los trastornos hipertensivos en el embarazo parto y puerperio, que da cuenta del 26.0% del total de muertes, observándose una tendencia a la reducción en el periodo 2007-2011.⁹

En otro sentido, en los pueblos del mundo, desde su fundación, van desarrollando su cultura, plasmándose en sus formas de vida, organización social, filosofía y espiritualidad. El conjunto de estas disciplinas y vivencias, forman la identidad cultural de las identidades y les provee los instrumentos necesarios para su desarrollo en el marco de ese contexto. Una de las formas en la que los pueblos dinamizan su cultura y mantienen su identidad es a través del conocimiento y la práctica de sus mismos valores.¹⁰

Es importante mencionar que nuestro país es pluricultural, multiétnico y plurilingüe; debido a que existen una diversidad de culturas en diferentes zonas, pero más predomina en las zonas rurales. Es aquí donde la herencia cultural merece ser objeto de estudio y consideración por parte de los profesionales de salud, para no caer en posturas etnocentristas y en choques culturales.

Con respecto a la proporción significativa de los cuidados que se administran a las mujeres y a los recién nacidos durante el período del puerperio están

científicamente comprobados como inefectivos o perjudiciales. También son de uso rutinario una serie de prácticas sobre las cuales no existe evidencia científica acerca de sus efectos, por lo tanto, no se conoce si son benéficas o perjudiciales para la salud o son simplemente inefectivas y costosas.¹¹

En la Región Lambayeque como en otras regiones, hay diversidad de culturas que se mantiene desde tiempos remotos; como las prácticas y creencias populares que se adquieren al brindar cuidado durante la etapa del puerperio; que no sólo las practican en las zonas rurales, sino que aparecen en diversos sectores de la zona urbana siendo parte integral de la estructura social desde épocas antiguas.

En este contexto, el reflejo que las personas obtienen según sus creencias, costumbres y las practican son las siguientes: “el mal de ojo”, “susto”, “el sobreparto”, “el pujo en los recién nacidos”, entre otros; además hacen uso de plantas medicinales y obtienen atenciones especiales de las parteras tradicionales de su jurisdicción.

Las mujeres de las zonas rurales al obtener el alta hospitalaria después del parto, se hospedan a la casa de su mamá o de la suegra para que les brinde un buen cuidado conservando la tradición del descanso y cuidado durante 40 días. Además deben alimentarse bien, guardar reposo en cama, no tocar el agua fría porque si no pueden darle el sobre parto. Algunas mujeres púerperas acuden a las parteras, para que les ayuden a fajarse expresándose que ellas conocen la forma del organismo de la mujer.

Durante las prácticas de pregrado en los servicios de hospitalización y comunitarios, las investigadoras observaron, que cuando las madres púerperas son llevadas desde la sala de partos a su cama hospitalaria, los familiares están pendientes de ellas en su alimentación y la atención del recién nacido. Algunas situaciones manifestadas por las madres son expresadas en “debo alimentarme bien ya que durante el parto he perdido mucha sangre”, “cuando llego del hospital a mi casa no hago nada por un mes

y la que se encarga es mi mamá o mi suegra”“no me baño con agua fría porque el frío del agua pasa por mi cabeza y me puede dar el sobre parto”.

Asimismo las mujeres puérperas expresan “cuido a mi niño que no lo cojan personas que estén con su regla, embarazadas o niñas que le estén saliendo sus senos porque lo pueden hacer pujar”, y también “me cuida de no mojarme o si lo hago primero antes de darle de mamar me saco un poco de leche y luego le doy de mamar, porque le puede doler la barriga” y otra madre manifiesta “cuando tuve mi primer hijo, me dijeron que no debo sacarlo hasta después de 7 días o sino le daba el mal de los 7 días”.

Todo lo expresado anteriormente, forma parte de la problemática que se observó para dar inicio a este estudio. Esta realidad ubica a las investigadoras, frente a un problema social y por ende de la profesión de Enfermería, surgiendo la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las Prácticas y creencias culturales de la mujer en la etapa de puerperio mediato? Provincia Lambayeque, 2015? Se tuvo como objetivos: Describir las Prácticas y creencias culturales de la mujer en la etapa de puerperio mediato. Provincia Lambayeque, 2015; Analizar y comprender la repercusión de las Prácticas y creencias culturales en la salud de la mujer en la etapa de puerperio mediato. El objeto de estudio fue las prácticas y creencias culturales de la mujer en la etapa de puerperio mediato.

La presente investigación se justificó por que este estudio es importante, nos permitió conocer las creencias tradiciones y costumbres, que tienen las mujeres frente al Puerperio, las cuales se han transmitido de generación en generación, conservando la cultura, religión e ideología propia del lugar de procedencia.

Este trabajo es de utilidad para el personal de Enfermería, porque resalta la necesidad de trabajar con la mujer, en base a un significado cultural que gira alrededor de prácticas y creencias, de cuidado en torno al puerperio y como

estas influyen en el proceso de salud-enfermedad. Al conocer estos aspectos del cuidado cultural, permite rescatar el cuidado humano a partir del respeto y conocimiento de lo cultural, centrada en el binomio madre- niño.

El profesional de Enfermería en la actualidad, requiere conocer el significado de las prácticas de cuidado durante el puerperio, aunque existen muchos rituales que realiza la mujer en la etapa de puerperio y mediante esta investigación, se fortalecerá el conocimiento disciplinar, teniendo como base el cuidado cultural, como aporte a la práctica de enfermería, para garantizar un cuidado de calidad en la etapa de vida de la mujer.

Esta investigación se considera relevante para la Escuela de Enfermería, porque serán de aporte para reestructurar contenidos en la asignatura de cuidados de salud materna perinatal y estudiar de manera detallada las teóricas en base a la diversidad cultural, para poner en práctica no solo durante las prácticas de pregrado a nivel hospitalarias, sino también comunitarias.

Asimismo actualmente se viene reforzando la Atención Primaria de Salud en los establecimientos de salud el primer nivel de atención y las profesionales de enfermería, tienen que utilizar estrategias para realizar el trabajo comunitario y en este contexto, la cultura juega un papel muy importante.

CAPITULO I: MARCO TEORICO CONCEPTUAL

1.1. ANTECEDENTES:

Se realizó la búsqueda de trabajos de investigación para considerarlos como antecedentes en este estudio, mencionando los siguientes:

- A nivel internacional, investigación realizado por Brigitte M. Prieto B, Carmen Helena Ruiz; titulada “Significados durante el puerperio: a partir de prácticas y creencias culturales”, realizada en la ciudad de Tunja Boyacá – Colombia, año 2012; tuvo como objetivo describir el significado que le asigna la madre al cuidado cultural de ella misma y su recién nacido durante el puerperio, a partir de sus prácticas y creencias. Método: estudio con abordaje cualitativo de tipo etnográfico, en el que participaron ocho puérperas con parto normal y cuatro informantes generales, entre profesionales de enfermería y familiares de las puérperas. Resultados y discusión: el significado que le asigna la madre al cuidado cultural en el puerperio a partir de sus prácticas es diverso y está representado en cada uno de los cinco temas que emergieron del estudio: el poder secreto de las plantas, el peligro de la recaída, descubriendo el mundo de su hijo, el cuidado de sí misma, y alimentos protectores. En contraste con el modelo del sol naciente, los factores de la estructura social que tuvieron mayor influencia corresponden a las creencias, valores culturales y estilos de vida; así como el factor social de parentesco. Se identifica entonces el predominio del componente emic en el cuidado cultural durante el puerperio con relación al componente.¹²
- Investigación realizada por Doris Amparo Parada, Fabiola Lara, Fabiola Ramírez, y otros, titulada Prácticas de cuidado postparto en adolescentes. Realizada en Hospital Universitario Erasmo Meoz (H.U.E.M.) del municipio de Cúcuta, año 2010. Tuvo como objetivo identificar las prácticas de cuidado que realizan las adolescentes puérperas durante este período. La investigación es de carácter descriptivo, cuantitativo; La

muestra se obtuvo por conveniencia. Como resultados del estudio se halló, que las prácticas de cuidado que realizan las adolescentes en esta etapa, han sido orientadas primordialmente por mujeres mayores, cercanas a ellas como familiares o amigas que han transitado por esta experiencia en el pasado. Las creencias y rituales adquiridos en esta época conllevan a cambios en la dieta como disminución en el consumo de grasas, cítrico, lácteo y proteínas. Así mismo se observan cambios respecto al reposo. ¹³

- Investigación realizada por Brigitte M. Prieto B. titulada Cuidado de Enfermería Domiciliario durante el puerperio a la luz de la teoría de los cuidados. Realizada en la ciudad de Tunja (Boyacá – Colombia). En el año 2012. Este artículo es el resultado de la aplicación de una estrategia de cuidado de enfermería a nivel domiciliario con la participación de 8 puérperas durante la fase de puerperio mediato, con base en los cinco procesos de cuidado de la teoría de los cuidados de Swanson, apoyándose en el marco lógico como estrategia de planeación, ejecución y evaluación: A través de una situación de Enfermería se identifican algunas de las necesidades que tiene la madre y su hijo y la importancia del acompañamiento por parte de Enfermería. Como resultado de esta intervención, se identificaron prácticas que ponen en riesgo a la madre durante el postparto, como el no asistir a los controles por miedo a los efectos del frío, el uso de fajeros y uso de botones en el ombligo del recién nacido. Igualmente el desconocimiento de muchas prácticas beneficiosas como la lactancia materna exclusiva. ¹⁴
- Investigación realizada por María Gabriela Lora Encalada; Álvaro Mauricio Narváez Lucero. Titulada Creencias y Costumbres que Poseen las mujeres de la Comunidad Del Chamizo sobre el embarazo parto y puerperio desde Enero a Junio del 2010. Se realizó un estudio Cualitativo Descriptivo y Analítico, con el objetivo de determinar las creencias y costumbres sobre embarazo, parto y puerperio. Los resultados muestran que a pesar de los avances de la tecnología, de la salud pública, de la

educación que el MSP realiza a las comunidades sobre diferentes temas, aún existen diversas creencias y costumbres sobre el embarazo, parto y puerperio, y gracias a este trabajo de investigación logramos conocer y empaparnos de las practicas ancestrales utilizadas en la Comunidad del Chamizo, se logró determinar la existencia de una concepción del parto embarazo y puerperio entre mujeres jóvenes y mujeres mayores conocimos la diferencia en los cuidados en el embarazo, parto y puerperio. ¹⁵

- Investigación realizada por Mary Sofía Berrío Guardo; Sofía Carolina Chiquillo Tajan; Dellis Paola Miranda Correa; Marynelis Pérez Jiménez. Titulada Creencias y Practicas de las Puérperas Afrodescendiente Del Corregimiento de San Pablo, Municipio de María la Baja (Bolívar), Segundo Semestre de 2013. Tiene como objetivo describir las creencias y prácticas de las puérperas afrodescendientes del corregimiento de San Pablo, municipio de María La Baja (Bolívar), durante el segundo semestre de 2013. La investigación fue de carácter cualitativo de tipo etnográfico. Los resultados que se obtuvieron es según los aspectos socio-demográficos, objeto de estudio. Puérperas convive con su pareja en unión libre representan el 66,7%, las casadas al 13,3%, y las viudas, separadas y solteras, el 6,7% respectivamente. Sobre la edad el 40% de las puérperas posee 50 y más años. Las puérperas más jóvenes con edades entre 20-29 año y 30-39 años el 26,7%. Entre tanto, la menor proporción encontrada de puérperas posee entre 40-49 años (6,7%).
En el ámbito laboral, se encontró amas de casa y las trabajadoras independientes, cada una con 40% del total. Entre tanto, las empleadas, las estudiantes y las desempleadas son minoría, pues cada una presentó participaciones del 6,7%.¹⁶

1.2. BASE TEORICO-CONCEPTUAL

En lo relacionado a la construcción del marco teórico, la presente investigación detalla las definiciones de diferentes autores como: Álvarez, C. (2012) que refiere conceptos de práctica, Berrío, M. y otros (2013) definen sobre creencias culturales, Ricardo Schwartz (2005) define puerperio mediato, Leninger in Raile, M. & Marriner (2011).

Debido a la práctica de las creencias, costumbres o ideologías dentro de su entorno que tienen en cuenta cuando realizan el cuidado en las mujeres púerperas mediatas, ponemos énfasis en la definición sobre lo que es práctica relacionándolo con la teoría ya que son una relación unidireccional, manifestándose en la capacidad del conocimiento para controlar la práctica. El principal objetivo de este conocimiento es establecer un control técnico sobre la realidad, por lo que se trata de un saber de tipo instrumental. Se trata de una lógica deductiva.¹⁷

En otro sentido, al referirse de práctica podemos referirnos que es el ejercicio que se realiza de acuerdo a ciertas reglas y bajo la dirección de un maestro o profesor, para que los practicantes puedan habilitarse y mejorar su desempeño profesional como una enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimientos de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer.¹⁸

Entonces podemos expresar que la práctica es la repetición de una respuesta consistente frente a ella, la cual puede ser observada. Es decir, para que el ser humano ponga en práctica cierto tipo de conocimiento, sea este científico o vulgar, es necesario en primera instancia, un acercamiento directo mediante el uso de los sentidos y la conducta psicomotriz que es el experimento. No

puede haber práctica de tal o cual conocimiento si antes no se tiene la experiencia.

Es así que las prácticas culturales son la ejecución o práctica de todos los valores, creencias, modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayuda, apoya, facilita o capacitan a otras personas a mantener su estado de salud, estilo de vida y afrontar la enfermedad; haciendo uso de la medicina popular y de los curanderos.

De manera continua se define lo que es cultura, ya que su concepto o definición se obtiene desde sus antepasados y se trasmite de generación en generación, poniéndolas en práctica a su vida cotidiana para no perder sus creencias.

La cultura es la que da sentido a nuestras vidas; porque todo lo trasciende al hombre y lo comprende, además debe ser entendida como un todo integrado, porque abarca desde el sistema de creencias al sistema tecnológico pasando por los conocimientos, costumbres, leyes, artes, etc. permitiendo al hombre o ser humano vivir en sociedad, asimismo es definida como el conocimiento adquirido, que las personas utilizan para interpretar su experiencia y que generar comportamientos.¹⁹

La cultura incluye la ideología, los valores, las creencias y las pautas de comportamientos sociales. Que se aprende y sirve como marco de referencia de nuestra individualidad y personalidad, de nuestras relaciones sociales y una serie de símbolos; incorporándose simultáneamente en el desarrollo cognitivo y conductual de la personas. Como ocurría con la familia y las variables socioeconómicas, las variables culturales deben ser englobadas dentro del plan de atención al paciente. Además era el aspecto más amplio, mas comprensivo, holístico y universal, de los seres humanos y predijo que el cuidado estaba incrustado en la cultura.

En la cultura se evidencia el cuidado émico y el cuidado ético y el llegar a conocer estos, permite que se llegue a garantizar un cuidado al binomio madre-hijo acorde con su cultura.²⁰

En otros términos la cultura es el modo total de vida que sigue un pueblo, transmitiendo un conjunto de comportamientos y de creencias, desde la manera en que caminamos y hablamos hasta nuestras ideas; sobre el significado de la vida y de la muerte. Es parte de todos los seres humanos, desde los individuos y las familias hasta las comunidades y las sociedades. De ese modo podemos percatar que cuando no se trabaja con el enfoque cultural de cuidado de la salud, se tiende a desconocer aspectos importantes que inciden en el cuidado de la enfermera.

En el estudio realizado se basó en que la enfermera realice un buen cuidado considerando las creencias de las personas, demostrando las ventajas y desventajas para conseguir un adecuado bienestar de salud.

Dado que mediante su saber enfermero, al brindar cuidado tomará en cuenta un lenguaje adecuado y posicionamiento en las organizaciones sociales y de salud, a su vez también implicará un acto comunicativo que requerirá de conocimientos científicos, tecnológicos y del contexto cultural de donde viven, se recrea y forma los sujetos del cuidado.

Mediante este estudio las investigadoras, observaron y resaltaron sobre las prácticas y creencias que realizaban las madres en su cuidado puerperal, sin sesgar sus creencias, mitos y costumbres. Desde el enfoque cultural las prácticas son actos guiados por creencias y valores, que varían considerablemente según los grupos sociales y los sistemas familiares, económicos y sociales. “En términos generales pueden considerarse la manera como las personas afrontan y solucionan algunas necesidades.¹⁹

En conclusión las prácticas de cuidado se definen como las actividades que las personas hacen por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener su salud, atender sus enfermedades y conservar su bienestar. En este sentido, las investigadoras definen práctica como la ejecución de las creencias o costumbres en su cuidado para mantener una buena salud.

De forma similar se define que es creencia: es el sentimiento de certeza sobre el significado de algo. En muchos casos son subconscientes, afectan a la percepción que tiene la persona de sí misma, de los demás, de las cosas y situaciones que la rodean.

Otro autor refiere que las creencias y valores, constituyen el porqué del modelo y están sujetos a los criterios de verdad. A pesar de ello, deben reflejar el sistema de valores de la sociedad a la cual la profesión desea servir y los miembros de una profesión que deseen utilizar el modelo deben compartirlos. Es decir, son una fuerza muy poderosa dentro de la conducta. Todas las personas tienen creencias que sirven como recursos y también creencias que los limitan. Las creencias pueden moldear, influir e incluso determinar el grado de inteligencia, salud, creatividad, la manera en que se relacionan e incluso el grado de felicidad y de éxito.²¹

La creencia es un modelo basado en la fe, creado por nuestra mente, el cual luego por la interpretación deviene en un contenido cognoscitivo de un hecho concreto o abstracto, el cual no presentará una demostración absoluta y ni siquiera tampoco se le exigirá un fundamento de tipo racional que lo explique, pero que aún ante esta situación de carencia de comprobación, tiene serias y ciertas chances de remitir a una verdad.

Las investigadoras obtienen conceptos de creencias expresan que son ideas que en un momento determinado han llegado a partir de lo que nos han dicho, de lo que hemos vivido como una forma de actuar basándose en la fe y en algunos hechos concretos; es una fuerza muy poderosa dentro de nuestra

conducta que influye a determinar la forma de ver el bienestar de la persona. De esa manera uno quiere captar dicha información para que la enfermera realice acciones sobre la promoción de la salud.

Al referirse a las madres, estas tienen una cultura y creencia que son la base y el fundamento de lo que son. La cultura existe desde el momento en que nacemos y es el aporte moral e intelectual de nuestros progenitores en un inicio y de nuestro entorno posteriormente.

Ya haber definido los conceptos de Cultura, práctica, y creencias culturales, podemos poner énfasis en la teoría de Madeleine Leininger, que se fundamenta en la perspectiva antropológica, definiéndola: como un área humanista y científica del estudio y de la práctica formal de la enfermera, que se enfoca sobre diferencias y semejanzas entre culturas, con respecto al cuidado humano, la salud y la enfermedad.²⁰

Por lo tanto facilita el conocimiento sobre la enfermería transcultural, que es un tipo de enfermería que tiene en cuenta la diversidad cultural en la salud y en la enfermedad y que por tanto, estudia de forma integrada las creencias de las personas, usos, y costumbres de diferentes culturas.

Es así que en la mayoría de las personas en todo el mundo tienen características universales diversas, de acuerdo con su cultura, el cuidado de la salud igualmente tiene semejanzas y diferencias de acuerdo con el contexto cultural en que se encuentra.

Describe que los cuidados de enfermería se comprenden mediante comportamientos, funciones y procesos de cuidados personalizados que son dirigidos hacia la promoción y conservación de comportamientos de salud, y la profesión de enfermería es una profesión de cuidados transculturales, centrados en un cuidado humano, respetuosos de los valores culturales y del estilo de vida de las personas, que están basados en esos conocimientos transculturales aprendidos por la observación de la estructura social, la visión

del mundo y los contextos del entorno de diversos grupos culturales. Así, cuando las enfermeras están de acuerdo con la cultura, favorecerán la conservación de la salud y su recuperación. Entonces el objeto de su teoría es que los pacientes propongan sus puntos de vista, conocimientos y prácticas como base para acciones y decisiones profesionales válidas. Define a la persona, salud, entorno y cuidado en su teoría. A la persona expresa que es un ser cultural que ha sobrevivido al tiempo y al espacio; la salud: creencias, valores, y formas de actuar reconocidas culturalmente y utilizadas con el fin de preservar y mantener el bienestar de una persona o un grupo y permitir la realización de las actividades cotidianas; el entorno: todos los aspectos contextuales en los que se encuentran los individuos y los grupos culturales. Y cuidado son acciones dirigidas a la asistencia, al apoyo o a la capacitación de otras personas o grupo que muestran necesidades evidentes o potenciales con el fin de atenuar o mejorar su situación. ²²

Al tomar referencia de esta teórica, las investigadoras tuvieron la oportunidad de incorporarse al entorno de las puérperas mediatas, lo cual permitió conocer sus formas de vida, su contexto, sentimientos, preocupaciones, valores, prácticas, y creencias, que tienen en cuenta en su cuidado. Se tomó acciones de manera asistencial significativa, benéfica y satisfactoria hacia el sujeto de estudio.

Al haber tenido en cuenta los aspectos anteriormente mencionados, se conoce que después de haber alumbrado, la mujer pasa por muchos cambios en su cuerpo, denominando a ello como: Etapa de puerperio, que se define como el tiempo que transcurre desde el alumbramiento hasta la aparición de la primera menstruación, aproximadamente 6 a 8 semanas. ²³

Aparte sufren cambios en el patrón hormonal, que conlleva a los niveles de estrógenos descendan de forma brusca en la primera semana, si la mujer no lacta, los niveles de estrógenos aumentarán después de la tercera semana, apareciendo la primera menstruación entre la 6ta y 8va semana. La mujer lactante permanece hipoestrogénica, en general, hasta el final de la lactancia.

Y se observará los niveles de progesterona tienen un descenso rápido después del parto, que se mantienen hasta el inicio de los ciclos ovulatorios. Los niveles de gonadotropinas permanecen bajos las dos primeras semanas en todas las puérperas.²³

En cuanto a la involución uterina, se inicia con la expulsión de la placenta; el útero permanece contraído y duro, durante los primeros días, situándose entre la sínfisis púbica y el ombligo y la segunda semana se hace intrapélvico. Los loquios es una pérdida hemática que se inicia después del alumbramiento. Durante los días 1 a 4: la secreción es roja; de los días 4 a 10: de color rosáceo o café – rosáceo y del día 10 hasta las tres semanas posparto de color crema amarillenta o marrón; no deben ser malolientes; ya que si son se debe descartar una infección puerperal. Los entuertos aparecerán como contracciones uterinas, con mayor frecuencia en multíparas. Están relacionadas debido a la liberación de oxitocina por el estímulo del pezón. Por último existen cambios en el cuello uterino y vagina; el orificio cervical interno se cierra entre los días 10 – 12 tras el parto, si en la vagina hay algún desgarro, incluyendo la episiotomía, suele cicatrizar en dos semanas.²⁴

La etapa del Puerperio es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente 6-8 semanas) o 40 días para que el cuerpo materno incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino vuelvan a las condiciones pre-gestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo. Además se incluye el período de las primeras 2 horas después del parto, que recibe el nombre de posparto. Siendo así que mediante otros autores lo clasifican en tres tipos que son: puerperio Inmediato el cual comprende las primeras 24 hrs. y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos; Puerperio Mediato el cual abarca del 2^{do} al 10^{mo} día, actuando los mecanismos involutivos, y comienza la lactancia. Y en el Puerperio Tardío abarca el día 11 hasta el día 45.²³

Relacionando con el estudio de investigación, abarcamos con profundidad la etapa del puerperio mediato, que consiste en la atención posterior al alta hospitalaria, los cambios que se pudo evidenciar y recepcionar según las informaciones que nos brindaron las madres puérperas son los cambios en las mamas, la involución uterina, existencia de entuertos y características de loquios y la pérdida de peso de 4 a 6 kg.

Durante esta etapa, también puede presentarse problemas de salud como infecciones, hematoma paragenital, dehiscencia, mastitis, y sepsis puerperal, lo cual se debe de estar alerta ante estas complicaciones sea por parte de la madre como del personal de salud.

CAPITULO II: MARCO METODOLOGICO

2.1. Tipo de Investigación

En la presente investigación se utilizó el enfoque cualitativo debido a que responde a cuestiones muy particulares. Es un planeamiento sistemático y subjetivo que se utiliza para describir las experiencias y situaciones de la vida y darles un significado, con un nivel de realidad que no puede ser cuantificado. Es decir, que trabaja con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, lo que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos que no pueden ser reducidos a una operacionalización de variables. ²⁵

Este tipo de investigación permitió abordar, los aspectos dinámicos, holísticos e individuales de las experiencias que reflejan las púerperas mediatas dentro de su entorno, lo cual se pudo observar en su cuidado las practicas que ejecutaban teniendo en cuenta sus creencias culturales que viene de generación de generación.

2.2. Abordaje Metodológico

El abordaje metodológico que se utilizó en este estudio de investigación es el estudio de caso. El estudio de caso ha sido utilizado por investigadores en ciencias de la salud con individuos, familias y unidades organizacionales más grandes. Constituyó una óptima herramienta metodológica empleada, para describir exhaustivamente la ocurrencia según objeto de estudio, dentro de un contexto definido por las investigadoras.

Además permitió generar una imagen completa en torno a las prácticas y creencias de la mujer en la etapa del puerperio, considerándolo como una entidad holística, cuyos atributos se pudo entender en su totalidad en el momento que se obtuvo la recolección de datos en la entrevista que realizó al sujeto de estudio.

De tal manera que los estudios de caso brindan al investigador la oportunidad de llegar a conocer íntimamente las condiciones, los sentimientos, los pensamientos, los actos pasados y presentes, las intenciones y el entorno de la persona.

Para obtener una mejor comprensión del abordaje metodológico de estudio de caso, se clasifican mediante fases y principios que permitió la validez del proyecto de investigación. Las fases son: Etapa exploratoria, recolección de información, análisis de resultados; y presentación del informe.²⁶

La primera etapa exploratoria, fue fundamental ya que se dio inicio a una investigación profunda respecto a la problemática; a partir de la realidad, se reconoció y se analizó el escenario para el ingreso de ese modo se pudo definir el sujeto.

La segunda fase sistemática o delimitación de estudio, empieza cuando se identificaron los elementos claves y los límites aproximados del problema, se recolectó información mediante la revisión bibliográfica de libros, tesis, e internet, de esa manera se realizó una entrevista semi-estructurada a profundidad dirigida a los sujetos de estudio hasta lograr la saturación de datos.

Posterior a ello, en la tercera etapa, el análisis sistemático y la elaboración del informe. Se llevó a cabo el análisis de las entrevistas que se les realizó a los sujetos de estudio, lo cual permitió mejorar la comprensión de la problemática y por último se pudo llegar a establecer las tres categorías y tres subcategorías teóricas, finalizando con la elaboración del informe sistematizado según las normas de la escuela de enfermería.

2.3. Sujetos de Investigación

En el presente trabajo de investigación, se realizaron entrevistas a 14 mujeres puérperas en periodo mediato, captadas en el Hospital Provincial Docente “Belén” Lambayeque. Para asegurar el anonimato de las madres entrevistada se utilizo seudónimos como nombres de flores, teniendo así los siguientes resultados: que las edades oscilan 15 años -25 años en un 80% y entre 26 años -35 años entre 20%, además que en un 80% de ellas son convivientes, que el 10% ellas son casadas y también en un 10% de ella son madres solteras. Se reconoce que en los sujetos de investigación el 50% de mujeres presentan grado de instrucción primario, el 40% grado de instrucción secundaria, y el 10% con grado de instrucción superior. Se evidencia gran porcentaje mujeres multíparas (60%), y primigestas (40%), que en un 70% de las madres tuvo parto vaginal y en un 30% fue por cesárea. Así mismo se obtuvo que viven el 50% con las suegras, 30% con sus mamás, y el 20 % con su pareja.

Con respecto a la investigación se tomó en cuenta los siguientes criterios de inclusión: Mujeres puérperas en periodo mediato atendidas en el hospital Belén en los servicios de ginecología y obstetricia; Mujeres que aceptaron participar en el estudio y Mujeres puérperas primíparas y multíparas.

2.4. Escenario

Se consideró como escenario los domicilios de las madres que fueron captadas en los servicios de obstetricia y ginecología del Hospital Provincial Belén de la provincia de Lambayeque.

Con respecto a los servicios de hospitalización de Ginecología y obstetricia, cuentan con personal de salud distribuidos que son: 10 ginecólogos, 5 enfermeros, 10 obstetras, y 10 técnicas de enfermería, cada servicio tiene capacidad de 17 camas para la atención de pacientes ginecológicos y obstétricos, con hospitalización, tratamiento médico, o quirúrgico, la atención que brinda a la población son las 24 horas al día, además existen registros, manuales y protocolos actualizados. Se recepciona pacientes que

son referidos de los establecimientos de salud de acuerdo del nivel de complejidad y nivel resolutivo (centro de salud y postas) de la provincia de Lambayeque. Esta atención integral de la paciente se brinda por medio del sistema integral de salud tanto la madre como recién nacido.

La provincia de Lambayeque se encuentra ubicada en el norte de la costa peruana, está conformada por 12 distritos que son: Lambayeque, Chóchope, Illimo, Jayanca, Mochumí, Morrope, Motúpe, Olmos, Pacora, Salas, San José, y Túcume. Estos distritos a lo largo de la historia, se han vinculado con creencias, religiones, costumbres, vestimentas y tradiciones, lo cual las personas han ido adquiriéndolas y poniéndolas en práctica.

Como sujetos de estudio se captaron madres que vivían en los distritos de Jayanca, Mochumí, Túcume y en los alrededores de Lambayeque según descripción en zona rural y urbana. En el momento de la vista domiciliaria se observó que las viviendas eran de un material de adobe con barro, como también se encontró casa hechas de material noble y presentaban un piso de tierra; las viviendas eran pequeñas con un máximo 4 habitaciones, donde una habitación hacia de sala y comedor, otra de cocina, y uno o dos dormitorios, contaban con todos los servicios domiciliarios. Algunas de ellas tienen animales en casa como: perros, gatos como mascotas y en otras se encontraron la crianza de animales domésticos como pollos, gallinas, patos para su comercialización y también para el consumo en ocasiones importantes.

Pero también las investigadoras evidenciaron que un 10% de madres obvian sus tradiciones porque obtienen información por diferentes medios (Personal de salud, familiares o amistades.). Algunas refieren haber tenido información en la psicoprofilaxis, o en consultorio de enfermería que brindan charlas.

2.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos

Se entiende por técnica e instrumento de recolección de datos al mecanismo que utiliza el investigador para recolectar y registrar la información.²⁷ La recolección de datos es uno de los pasos importantes de la investigación puesto que las conclusiones de un estudio de basan en dichos datos. Para la recolección de los datos se utilizó las siguientes técnicas:

- Revisión documental, que se realizó mediante la utilización de los registros diarios de atención e historias clínicas de las puérperas que se captaron en los servicios de Ginecología y Obstetricia de dicho hospital, que proporcionó el área de estadística del hospital Provincial Docente el Belén con previa autorización del Jefe a cargo.

- Entrevista semi estructurada, que es una entrevista con relativo grado de flexibilidad tanto en el formato como en el orden y de relación de la misma para las diferentes personas a quienes está dirigida· asimismo otro autor define a la entrevista semi-estructurada como una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados· (anexo 2). El diseño de instrumento que se utilizó en este estudio, es la entrevista semi-estructurada. Se diseñó de la siguiente manera: La primera parte relacionada con datos generales y la segunda compuesta de datos específicos aquí estaban ubicadas las cinco (05) preguntas abiertas referentes a las prácticas y creencias culturales de las madres durante la etapa de puerperio.²⁸

- Observación no participante que se define como aquella en que el observador es un mero espectador de la situación; por lo tanto, no hay intervención alguna de este en el curso de los acontecimientos observados, que permitió observar como son los cuidados que brindaban al recién nacido y a la puérpera por parte de familiares

según sus tradiciones, como la preparación de caldo de gallina, fajan a la puérpera y al recién nacido, puérpera está en reposo. ²⁸

2.6. Procedimiento

La muestra en el enfoque estudio de caso, no necesitó de alta generalización de sus conclusiones, sino que ofreció resultados y sugerencias para los cambios en las instituciones.³³En el acceso a la información, se adoptó una táctica caracterizada por la sencillez y comprensión, que facilitó una relación de confianza entre las investigadoras y las participantes, así aseguró la recolección de la información con la mayor fidelidad posible.

La validación del instrumento se realizó a través de juicios de expertos; específicamente fueron 03 enfermeras con aproximadamente 20 años de experiencia en el área asistencial, una de ellas con experiencia de evaluar tesis sobre cultura, todas han realizado investigaciones cualitativas, son asesoras de tesis de pregrado y postgrado.

Se realizó un trabajo de campo preliminar denominado prueba piloto para la validación del instrumento, en el que se aplicaron las entrevistas a una muestra piloto de madres puérperas (3 madres) en otra institución de salud como fue en el hospital Docente “Las Mercedes”, con la finalidad de evaluar la claridad de las preguntas, el lenguaje que se utilizó y permitió ampliar el conocimiento sobre las creencias.

Una vez obtenida la validez en la prueba piloto y sin presentar errores, se procedió de los registros de atención e historias clínicas en los servicios de hospitalización, lo que permitió hacer la captación de los sujetos de estudio considerando su dirección o referencia, que facilitó su ubicación.

Para recolectar la información se realizó de manera personal y se mantuvo el anonimato de cada persona a través de la utilización de los seudónimos antes mencionados en las entrevistas.

Posteriormente las investigadoras se desplazaron por medios de transporte realizó visitas domiciliarias a los pacientes captados, y que fueron los sujetos de estudio desplazándose a la aplicación de las entrevistas a los sujetos de estudio; primero se captó las puérperas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, en los servicios de Ginecología y Obstetricia, en donde las investigadoras se presentaron e informaron sobre la investigación y preguntan si desean ser partícipes en la investigación, luego se pidió las direcciones de las madres, posterior a ello se realizó la visita domicilia correspondiente.

Las investigadoras pasaron por travesías debido a las búsquedas de cada domicilio de las madres, movilizándose en medios de transportes (combi, y moto) hacia diferentes distritos de la provincia de Lambayeque como son: Jayanca, Mochumí, Túcume y a los alrededores de la ciudad de Lambayeque.

Al llegar a sus domicilios las investigadoras se presentaron y brindaron confianza a la madre y a su entorno, se buscó el ambiente y el momento apropiado para la entrevista en coordinación con la entrevistada, se volvió a informar sobre la investigación y se hizo firmar el consentimiento informado para su participación voluntaria, y además se les manifestó que serán grabadas y se les respetara su identidad, se obtuvo los datos personales y además utilizaron la observación no participante donde captaron las investigadoras actitudes, emociones, etc. de las madres puérperas y familiares. Posterior a ello las investigadoras realizaron las 5 preguntas a cada una de ellas, siendo el tiempo estimado de media hora por cada entrevistada.

Para la obtención de la muestra se utilizó los criterios de saturación y redundancia, se hace referencia al almacenamiento de los mismos datos varias veces en diferentes lugares, es cuando ya habrá repetición inútil de un concepto hasta obtener los resultados.

Así mismo para mayor validez a los resultados, una vez transcritas las entrevistas, fueron analizadas por las investigadoras mediante los materiales que dieron uso, y además se presentaron a los sujetos para corroborar si están de acuerdo con lo manifestado o desean agregar o cambiar algunos relatos.

Para la obtención de la muestra se utilizó los criterios de saturación y redundancia, se hace referencia al almacenamiento de los mismos datos varias veces en diferentes lugares, es cuando ya habrá repetición inútil de un concepto hasta obtener los resultados.

2.7. Análisis de datos

El análisis de datos se realizó mediante el análisis de contenido, por ser un análisis que busca la sistematización y la objetividad, ya que va más allá de la descripción y permitió captar y evaluar los relatos obtenidos durante la entrevista.²⁷

Más concretamente, se trata de un método que consiste en clasificar y/o codificar los diversos elementos de un mensaje en categorías con el fin de hacer aparecer de la mejor manera el sentido. No obstante, es aconsejable precisar un poco más esta definición genérica. El análisis de contenido que se realizó en la investigación comprende tres etapas²⁶:

- a) Pre análisis: es la fase que correspondió a período de intuiciones, pero tiene como objetivo la operacionalización y la sistematización de la ideas de partida, para poder llegar a un sistema preciso de desarrollo

de las operaciones sucesivas a un plan de análisis. Es decir que se realizó la exploración de contenido y se dio lectura superficial del material, para análisis y de esa manera se pudo formular el problema y los objetivos.

En esta fase las investigadoras ejecutaron las entrevistas, con la finalidad de realizar una recolección de datos permitiendo hacer lecturas superficiales analizándolas, de esa manera se seleccionó las más relevantes, que permitió en las investigadoras tener una idea general de los resultados.

- b) Codificación: Se refiere al proceso de clasificación de datos entorno a ideas y reglas, temas y conceptos que irían emergido de la lectura del propio material de estudio. Es el proceso por el cual los datos brutos son transformados sistemáticamente en unidades que permiten una descripción precisa de las características pertinentes del contenido.

Las investigadoras realizaron una transformación del material original a los datos útiles, es decir fragmentaron los textos catalogando los elementos de tal manera que los datos que se obtuvieron del emic se convirtieron en un lenguaje del *etic*, con los fines de la investigación.

- c) Categorización: Es una operación de clasificación de elementos constitutivos de un conjunto por diferenciación, tras la agrupación por género apartir de criterios previamente definidos. Obteniéndose finalmente dos categorías.

Las investigadoras agruparon las unidades seleccionadas por similitud en cuanto a su significado, estableciendo conexiones entre las mismas contrastando la realidad con otras literaturas, y con su punto de vista. Luego se reagrupó respectivamente, tratando que las categorías y subcategorías establecidas, tengan relación con el objeto de estudio y con los objetivos de la investigación. Posterior a ello se analizaron con

la literatura del marco teórico y otras en el capítulo de análisis y discusión de los resultados, para finalmente formular las consideraciones finales.

2.8. Criterios Éticos

Bioética se orientó en el sentido de poner límites en el campo de la investigación científica aplicada a la vida, a fin de salvaguardar a la persona humana o al ser humano en la multiplicidad de sus modos de ser y de existir, así como su valor incondicional. Podemos decir que la bioética habla de una inspiración humanista ya que nos revela un fuerte sentimiento de defensa y salvaguarda del ser humano, tanto en la singularidad de su individualidad como en la universalidad de su humanidad. ²⁹

En los criterios de ética que se tomaron en cuenta en este pre informe son los principios personalistas de Sgreccia, clasificándolos de este modo:

- a) Principio de defensa de la vida física, que cabe resaltar que nadie puede ir contra de la vida de la madre y del recién nacido, ya que son indispensables por lo que constituyen el imperativo ético más importante del ser humano, se debe de respetar siempre por ser inviolable, insustituible, irrepetible y única.²⁹ Mediante la presente investigación se busca conocer los cuidados y creencias culturales de la madre en el periodo del puerperio con la finalidad de optimizarlos mediante la comunicación intercultural eficaz.
- b) Principio de Libertad - Responsabilidad, Se aplicó este principio con la finalidad de dar a la persona en estudio, en este caso a las madres puérperas mediatas, la libertad y la responsabilidad; se tomó en cuenta la opinión de cada madre, respetando sus dicciones en cuanto al cuidado y manejo de su salud, asimismo, se respetó su decisión de participar en la investigación, para la cual se le solicitó la firma del

consentimiento informado con el fin de dar la opción y la libre elección de ser partícipe de la investigación, pudiendo retirarse en cualquier momento del mismo, así también se pidió consentimiento para la grabación de la entrevista, también se solicitó su autorización para la publicación de los resultados en alguna revista científica.

- c) Sociabilidad y subsidiaridad; Este principio se mueve a toda persona singular a realizarse a si misma en la participación de la realización de sus semejantes. En el caso de la salud se considera propia vida y la de los demás como un bien, que no sólo es personal sino también social y se exige a la comunidad a promover el bien común promoviendo el bien de cada uno, sin discriminación de edad sexo, religión, situación social, económica y cultural. El principio de sociabilidad está integrado en el de subsidiariedad que prescribe la obligación del cuidado de los más necesitados. A través de este principio se promovió la participación de todas las madres que cumplan con los criterios de inclusión, se vio la necesidad de actuar como futuras profesionales de salud frente a algún cuidado de riesgo y que cause daño o peligro para el neonato, educando a la madre para modificar dicho cuidado. Al finalizar la investigación se les proporcionó una consejería y la entrega de un tríptico acerca de los cuidados básicos adecuados al neonato.

2.9. Criterios de Rigor Científico

El rigor de la investigación, buscó velar porque los datos estén completos, sean de calidad y estén en un formato que faciliten su organización. Se aplicó teniendo en cuenta los criterios de: La credibilidad, la auditabilidad o confirmabilidad y la transferibilidad o aplicabilidad.³⁰

- a) La credibilidad, se logró cuando las investigadoras, a través de observaciones no participantes y las entrevistas con los sujetos de estudio recolectaron información; de esa manera la credibilidad se

refiere a como los resultados de la investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o han estado en contacto con el fenómeno investigado. En esta investigación, la credibilidad se realizó mediante la recolección de datos con las entrevistas, ya que se tomaron las partes más resaltantes, mediante un grabador de voz, de ese modo se interpretó las prácticas y creencias culturales de la mujer en la etapa de puerperio mediato, sin alterar lo vertido por los sujetos de investigación, posterior a ello se verificó su contenido.

- b) La confirmabilidad o auditabilidad, se refiere a la objetividad o neutralidad que obtuvieron las investigadoras sobre las características de los datos obtenidos por medio de las entrevistas que se les realizaron a los sujetos de estudios, se transcribió, y se pudo dar un análisis con el cuaderno de campo, estando a disposición de quien desee auditar el proyecto y así llegue a concluir con la investigación.

- c) La transferibilidad o aplicabilidad, que consistió en la posibilidad de transferir los resultados; en este proyecto de tesis se obtienen un cuaderno de campo e información que dio a las investigadoras colocar sus ideas y se tomó decisiones si la problemática esta en relación con el sujeto de estudio. Mediante esta estrategia permitirá que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones similares o iguales que a las investigadoras originales tomando en cuenta perspectivas, grupos y escenarios similares, etc. a todo se rescatará lo útil y relación que se tiene con el objeto de estudio.

CAPITULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS

Las puérperas mediatas que participaron en el estudio, se observó en el proceso de sus autocuidados utilizan creencias y costumbres adquiridas de su entorno personal, familiar, y cultural, ya que se obtienen mediante sus ancestros que van de generación en generación. ²²

Después de un exhaustivo procesamiento de datos, a continuación se presenta las categorías y subcategorías:

1.-Cuidados basados en prácticas y creencias culturales

- Prácticas y creencias relacionadas con alimentación.
- Prácticas y Creencias relacionadas con el reposo e higiene.
- Prácticas y Creencias relacionadas con recién nacido.

2.-Influencia del entorno familiar sobre la puérpera

3.-Inadecuada educación del personal de salud a la puérpera

1.-Cuidados basados en prácticas y creencias culturales:

Al referirnos de cuidados se puede describir como acciones encaminadas en hacer algo por alguien de manera moral, afectiva, personal o asistencial de manera recíproca, interactiva e interpersonal, que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado.

Según Waldow, el cuidado es un fenómeno existente, relacional, y contextual. Es existencial porque forma parte del ser, en realidad es lo que confiere la condición de humanidad a este ser, lo diferencia como un ser “humano” dotado de racionalidad, cognición, intuición, y espiritualidad, por tanto, de sensibilidad y sentimientos. Relacional porque sólo ocurre en relación del otro, en la coexistencia con los otros seres, en la convivencia. Contextual

porque asume variaciones, intensidades, diferencias en sus maneras y expresiones de cuidar de acuerdo a su medio, al contexto en que se presenta y desenvuelve.²⁰

De esta manera al referirse de cuidados hace referencia a la ayuda, apoyo o conductas de estímulo que faciliten o mejoren la situación de salud o enfermedad de una persona. Es fundamental para la supervivencia, el desarrollo y la capacidad de enfrentarse a los sucesos de la vida de una persona. Tiene variedad de significados en diferentes culturas, que pueden ser determinados mediante la visión del mundo, la estructura social y el lenguaje del grupo.

En la investigación se observó mediante las visitas domiciliarias que el cuidado se realizaba teniendo en cuenta sus creencias y culturas que obtienen según los ancestros de cada familia.

Los cuidados son el componente central, dominante y esencial de la enfermería, y pueden ser diversos (diferentes significados, patrones, valores, creencias o símbolos de los cuidados indicativos de la salud de una cultura específica, tales como el rol de una persona enferma) o universales (características comunes o similares en cuanto a significado, patrones, valores, creencias o símbolos de los cuidados de culturas distintas).²²

El concepto que se tiene de creencias en salud se propuso con el fin de explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud, considerado como el resultado de una función interactiva de ciertas creencias que las personas tienen.

Además consiste en que la probabilidad de ejecutar una acción para evitar una patología, resulta de un proceso en el que la persona necesita creer varias cosas. La primera, que el individuo es susceptible de sufrir la enfermedad; la segunda, que la ocurrencia de la enfermedad puede tener una severidad

moderada en su vida, y la tercera, que llevar a cabo una acción de tipo factible y eficaz, puede ser benéfico al reducir la susceptibilidad o su severidad, superando o representando mayor importancia que las barreras psicológicas acerca de costos, conveniencia, dolor, incomodidad del examen o de la acción preventiva.

Podemos llegar a conceptualizar que creencias y cultura llevan algo acorde en sus conceptos, ya que una lleva a la otra. La utilización de la cultura que obtiene la persona juega un rol importante en la salud, es modeladora de sus formas de vida. Tomando este aspecto como premisas, en el cuidado de enfermería, en los diferentes niveles de atención se debe considerar los aspectos culturales como base de sus acciones, ya sea para prevenir la enfermedad o reestablecer la salud.¹⁶

Al referirse de cultura y cuidado en el campo de la enfermería transcultural, ya que lo denomina como cuidado cultural, conforma una alternativa que le da un toque humanístico e integral al cuidado de enfermería reconociendo y fomentando la perspectiva cultural de la mujer y su familia. Su modelo y en sus conceptos insta a buscar, descubrir, comprender e interpretar las circunstancias del comportamiento de las personas en torno al cuidado. Conceptualizando a la cultura: «Creencias, valores y estilos de vida aprendidos y compartidos en un grupo designado o particular, que generalmente se transmiten de generación en generación e influyen en nuestras maneras de pensar y actuar».³¹

Planteando más clara las definiciones en los párrafos anteriores, cabe resaltar por ello que las prácticas culturales, son acciones de cuidado basadas en las costumbres y creencias culturales realizadas por mujeres pertenecientes a una comunidad específica, guían una forma de vida, los eventos de salud, enfermedad y las prácticas de cuidado para un determinado grupo humano, como resultado de la diversidad cultural y las creencias de la comunidad.

Por lo tanto, el ser humano es un ser cultural, crea cultura, consume cultura, se expresa mediante instrumentos culturales, se comunica utilizando símbolos de cultura donde está ubicado. Es en todos los sentidos, es un ser cultural; pero la cultura como la sociedad, como la naturaleza, no es absoluta ni perfecta, pues es siempre la producción del ser humano es vulnerable.³¹

Posterior a ello el objetivo de esta investigación, que se trata de las prácticas tradicionales en el periodo de puerperio mediato, se destacan ya que es necesario reconocerlas como parte de nuestra cultura, evitando comparaciones entre saberes, buscando canalizarlas como una base para proyectar el cuidado, al favorecer la construcción de temas culturales, y el interrelacionarse los saberes tradicionales con los de enfermería.

Es así como, se presenta los cuidados basados en las prácticas y creencias culturales que han surgido en la vida diaria de las puérperas mediatas, que han sido captados por sus ancestros; producto de la sistematización de la información recolectada en el estudio de caso.

- Prácticas y creencias relacionadas con alimentación:

En base a los conceptos presentados, las investigadoras afirman que una persona con creencias y que realice prácticas culturales, sus conocimientos contribuyen a elaborar herramientas que faciliten la toma de decisiones con relación a su autocuidado y cuidado de su familia.

Ya haber logrado con éxito el parto, para las madres y familia hacen lo necesario para brindar cuidado/ autocuidado para evitar el sobreparto más conocido como el sangrado postparto, de esa manera tener una mejor y más rápida recuperación.

Es por eso que se toman varias precauciones relacionadas con la alimentación de la nueva madre, siendo las dietas propuestas una serie de restricciones, tanto de ingesta de productos animales y vegetales.

Estas dietas permitirán a la madre proporcionarle una lactancia adecuada al recién nacido, la que podrá mantener a lo largo de los primeros meses, y continuar con el período de ablactancia.³²

Como investigadoras durante las visitas realizadas a las madres puérperas, hemos evidenciado que un 90% de puérperas consume una dieta desbalanceada pues, según ellas, deben primero evaluar la dieta para prevenir daños a sus órganos o a los del recién nacido.

Esta cultura que tienen en la alimentación se debe a las enseñanzas de las madres, abuelas, suegras, etc. donde hacen que la alimentación en el puerperio se rodee de tabúes y restrinja una dieta equilibrada acorde a las necesidades alimenticias en esta etapa. Si de alguna manera la persona o familia no realiza esta creencia y no la pone en práctica pone en riesgo la salud de la puérpera y del neonato. Al respecto, ellas mencionan los siguientes discursos:

“Mi alimentación es sopa de gallina, pescado no como por sus espinas puede dar infección, chanco no como, ni pato porque es frío; tomo chocolate y avena”. (Azucena)

“Mi alimento consta de sopas: caldo de gallina, me lo dan caliente, porque recién he dado a luz a mi hijo, y si lo tomo frío le puedo llenar de gases a mi bebé” (Rosa)

Con respecto a los alimentos que prefieren las puérperas de esta investigación, se encuentran la gallina criolla, que es considerada como un alimento benéfico para la recuperación ya que carece de sustancias químicas las cuales puede afectar negativamente a la puérpera y al recién nacido. La gallina es un alimento muypreciado en varias culturas, porque permite

recuperar las fuerzas pérdidas durante el embarazo y el parto, y hace que la leche sea de mejor calidad.¹²

En las unidades de significado, encontramos que las puérperas mencionan, que es indispensable la alimentación blanda, porque el cuerpo de la mujer sufre considerables cambios en todo su organismo, donde es necesario que dé a pocos se vaya adaptando, según literatura indica que el sistema gastrointestinal se normaliza a la segunda semana después de haber alumbrado la madre, mayormente existe durante esta etapa el estreñimiento, debido a la relajación intestinal durante el embarazo y a la distensión de los músculos abdominales.¹² Las investigadoras obtuvieron información en las puérperas que presentan una evacuación intestinal de retraso de dos o tres días después del parto. Se expresa en el siguiente discurso:

“Hace 1 semana, después que me dieron de alta, me duele mi estómago tengo regurgimientos y problemas en evacuar, ya que hace cuatro días no puedo ir al baño.” (Acacia)

Se observó que las puérperas durante su alimentación evitan las cosas frías y también no aceptan coger o estar cerca de cosas frías (hielo), ya que consideran que al exponerse a todo lo referido, puede afectar al recién nacido, ocasionándole cólicos o resfríos.³² Por lo que las puérperas mencionan:

“Me dan comida blanda y evitar cosas heladas, porque recién me estoy recuperando, ya que si tomo cosas frías, le haría mal a mi bebé.” (Margarita)

“Mi alimentación es solo sopitas de pollo yo no como porque mi mamá dice que recién he dado a luz, debo esperar 40 días.” (Rosa)...

“No tomo agua fría porque le paso el frío por la leche a mi bebé”. (Tulipán)

Durante este periodo presenta diversas molestias como: entuertos (contracciones del útero para facilitar su involución) que pueden ser

dolorosas; aumento de la temperatura corporal y escalofríos tras el parto y a los dos o tres días coincidiendo con la subida definitiva de la leche; hemorragia cuya cantidad irá disminuyendo según pasen las horas; hemorroides debidas a los esfuerzos realizados durante el trabajo del parto y grietas en el pezón al comienzo de la lactancia y mucho dolor sobre todo cuando fue por cesárea.³³ Tal como se expresa a continuación:

“Me duele mucho la herida operatoria, y aún me sale sangre en mis partes, donde ahorita estoy en reposo en cama” (Amapola)...

“Solo el sangrado me molestaba, tengo que colocarme aún pañal porque es bastante sangrado lo que me sale.” (Hoja de Té)

“Me duele, las cocidas que me han hecho (episiorrafia) me dan hincadas en mis partes y evito hacer esfuerzo”. (Camelia)

“Tuve dolor en la parte pélvica por una semana, debido al que el útero se ha estado contrayendo.”(Florencia)

Mediante diferentes relatos se tienen en cuenta que en la etapa del puerperio las madres introducen otros alimentos en su alimentación, considerándolos esenciales para los primeros días, como son las infusiones con plantas medicinales, el consumo de chocolate caliente más conocido como cacao criollo, porque consideran que éstos evitan la anemia por la sangre perdida en el parto y aumenta la producción de la leche.¹² Las puérperas mencionan:

“Lo que estoy tomando ahora para que me aumente leche en mis senos es chocolate y avena, me han dicho que es efectivo, y alimento mejor a mi bebé”. (Margarita)

“Durante estos días, Mi suegra me prepara dos jarras de cacao al día para que me salga más leche.” (Camelia)

Las investigadoras en su cotidiano obtuvieron conocimientos científicos y prácticos, relacionados con el cambio que sufre la gestante después del parto,

razón por la cual es importante resaltar una adecuada alimentación durante el periodo de puerperio inmediato y mediato.

Se conoce que su alimentación debe ser equilibrada y consumir suficientes líquidos, es decir, que al día debe consumir 2 o 3 raciones de lácteos, carnes, verduras, frutas, pan y cereales, ya que permiten la mejora en su cicatrización y logre tener una buena salud. Además en ellas es preocupante si existe una inadecuada alimentación, donde el personal de salud y a la vez su familia están preocupados, y quieren brindarles un buen cuidado, eso se debe a que dan de lactar; sabemos que si ellas están bien alimentadas los niños también lo estarán. Durante este periodo, la madre debe consumir gran parte de proteínas, minerales, y líquidos, sin aumentar de modo excesivo los alimentos con más calorías.³⁴

En conclusión se debe destacar que la puérpera clasifica este grupo de alimentos que anterior se mencionaron, y los alimentos que no consumen son: Cerdo, pescado, frijoles, carne de res, pero sí huevo y pollo sin cuero.

Los cereales, como el arroz, y la yuca y el plátano son de consumo limitado en la dieta de algunas mujeres, pues según ellas causan irritación a la madre en “los puntos de la unión” y en el ombligo del recién nacido secreciones e infección. Es decir, pueden causar las complicaciones en el recién nacido causándole diarrea, cólicos, pujos, y en la puérpera les da flatulencia, cólicos, y sangrado vaginal.

- Prácticas y Creencias relacionadas con el reposo e higiene:

En cuanto a esta etapa se considera esencial el reposo en las madres, ya que es fundamental para proporcionar a la mujer estabilidad física. Se adquiere durante la etapa del puerperio un descanso reparador tras el parto por cesárea debido a que se encuentra extremadamente cansada y presenta dolor.

Según Potter define Higiene: “es el cuidado propio por el que las personas se ocupan de funciones como el baño, el aseo, la higiene corporal general y acicalamiento.”³⁵

Durante la investigación captamos que la mayoría de las mujeres puérperas el 97% refieren no bañarse hasta esperar pasar los 40 días, porque si no les entra el frío al cuerpo y puede contraer complicaciones, y el 3% si realizan su higiene porque reconocen que están expuestas a riesgos.

Pero como sabemos que los cuidados que ellas obtienen son por sus familiares por estar en el post parto, si es por cesárea tienen que estar enfocados a contribuir con el restablecimiento de la nueva madre, ayudándola en su higiene, previniendo infecciones, evitándole trabajos pesados, ayudándola con el cuidado del niño, por lo menos 15 días hasta que la herida operatoria cicatrice por completo.

Otras puérperas presentaron parto vaginal y aunque no haya tantos riesgos, se tienen que tener cuidados para ayudar que los órganos involucionen lo más pronto. A continuación, presentamos los siguientes discursos en relación a lo mencionado:

“A los 3 meses debo reposar y no debo levantar peso porque se puede abrir la herida operatoria.” (Margarita 1)

“Debo de estar en reposo 40 días porque recién he parido y mi operación está recién.” (Manzanilla)

“Se debe cuidar los 15 días después de dar a luz porque debo de eliminar toda la sangre.” (Girasol)

El reposo es beneficioso para recuperar energías. Según fuentes bibliográficas se recomienda que las madres tengan ratos de reposo frecuentes y cortos diariamente, en posición decúbito ventral ya que facilita la retracción de los músculos abdominales.

Según Kozier define reposo: Estado que implica calma, relajación, ausencia de estrés emocional y libre de ansiedades.³⁶

Las investigadoras, han tenido la experiencia y/o vivencia de reposo en la etapa de puerperio. Siendo esta etapa de cambios físicos, y psicológicos, por lo tanto el descanso se debe de realizar para evitar tener dolor en exceso y que se presente una abertura en la herida operatorio.

Otro punto esencial durante esta etapa de puerperio es el uso esencial de plantas medicinales en el baño de sus genitales y cuerpo, ya que lo usan de modo de relajación y desinflamante. El matico puesto en contacto con las heridas o llagas recientes, disminuye y retiene los derrames sanguíneos y ayuda a la cicatrización de la misma. ³⁷Y posteriormente se utiliza también el llantén siendo utilizado como antibacteriano, astringente, antiséptico, antiinflamatorio, antitusivo, emoliente, diurético, expectorante, laxante y refrigerante.³⁸ Las puérperas manifiestan:

“Me baño con matico y el agua debe ser tibia, porque eso me ayudara a que no tenga infección.” (Clavel)...

“Me estoy bañando con llantén y matico, los hiervo y los dejo enfriar en la tina un poco y me realizo el baño en mi herida y genitales, me ayudaran mucho para cicatrizar la herida.” (Acacia)

Las participantes influenciadas por sus creencias culturales manipulan diferentes plantas medicinales para su salud y la del neonato. Estos productos forman parte de la medicina tradicional de tal forma que el hombre les ha encontrado una utilidad, como lo señala Kozel (1981) ha descubierto en ellas beneficios que le ayudan a satisfacer sus necesidades por ello es capaz de aliviar enfermedades. Considera que estos vegetales elaboran productos llamados principios activos, sustancias que ejercen una acción farmacológica, beneficiosa o perjudicial sobre el organismo vivo.³⁸

Un aspecto importante que se debe considerar en esta etapa es la higiene personal, siendo importante para el bienestar de la mujer, ya que se siente limpia y físicamente atractiva. Este baño puede realizarse durante las 24 horas y además se realiza cambio de ropa.

La higiene: “es el mantenimiento personal e importante para la comodidad, seguridad y bienestar del individuo”.³⁵

El uso de las plantas medicinales en la higiene es reconfortante para la púerpera, además cumplen varias funciones. La planta que la mayoría hace uso para su higiene genital o herida es el matico.

Se conoce que el matico es un arbusto originario de América del Sur. Es una planta ornamental y su principal aplicación es como planta medicinal. Se usa con frecuencia porque es buena para la cicatrización de heridas ya sean internas o externas.³⁹

En esta investigación nosotras hemos observado que las madres en su baño utilizaban diferentes sustancias o productos para su higiene, como las plantas medicinales, mostrando una buena presencia y actitud. Se sabe que si excedemos de colocar algo en nuestro cuerpo nos hace mal, y si lo usamos correctamente nos hará bien. De ese modo podemos explicar que si se usa demasiado el matico para la higiene genital, puede causar irritación en la zona de aplicación.

- Prácticas y creencias relacionadas con recién nacido:

El conocer las prácticas y creencias permite identificar y significar las prácticas que suelen pensarse como tradiciones retrógradas, comparadas con el avance técnico científico, al establecer un puente de comunicación entre los

cuidados propios que tienen las personas y el conocimiento técnico científico que se tiene a través del cuidado de enfermería.¹³

En la etapa del puerperio se conoce que es una etapa relevante tanto para la madre como para su hijo recién nacido, ya que se observa la influencia de múltiples rituales y creencias culturales en la aplicación de cuidados.

Las investigadoras recolectaron información observando que en el baño diario que le realizan al recién nacido utilizan las plantas medicinales, estas les provee descanso, permite el buen dormir, los protege de las malas energías y saca el calor producido por la exposición al sol, evitando así enfermedades en el recién nacido. Se expresa en los siguientes discursos:

“Baño a mi bebe con agua de matico ya que le relaja, se queda bien dormido y también lo utilizo par que no se me resfrié” (Campanilla)...

“Yo baño a mi bebé con manzanilla de planta, lo pongo a hervir y después lo tempero, y lo baño de ese modo se relaja y se queda dormido.” (Girasol)

La clave del baño en el recién nacido con plantas medicinales como es una práctica importante, pues además de ser parte de la higiene del bebé, estas les provee descanso, permite el buen dormir, los protege de las malas energías y saca el calor producido por la exposición al sol, evitando así enfermedades en el recién nacido. Unas de las plantas que utilizan es el Matico que también es conocido como ‘pañil’ o la hierba del soldado, los usos medicinales de esta planta es el alivio de úlceras y diarrea, pero también se utiliza para el alivio de resfríos, tos, bronquitis, neumonía y otros problemas respiratorios.⁴⁰

Como también tenemos la manzanilla que está considerada, por algunos autores, como “la reina de las infusiones” pues es una de las plantas que reúne más, y significativas virtudes, medicinales, como una de ellas es el efecto sedante⁴¹, por lo que las madres lo utilizan para el baño de sus recién nacidos para que los relaje y favorezca el descanso

Además también existe la creencia de fajar a los recién nacidos es algo que en pleno siglo XXI suena a curiosidad o reliquia antropológica, pero parece que todavía se practica en algunos lugares. Y se pudo observar durante la investigación que aun predominan estas creencias, se dice que lo realizan para que no quede salido el ombligo. Pero además cuando lo fajan presionan e irritan la piel colocándola roja, produciendo incomodidad, molestias estomacales y no permite que se muevan.⁴²

En otras literaturas dicen que envolver tan ajustadamente el cuerpo del bebé, incluidos los brazos y piernas, que quedan pegados al cuerpo, les da una seguridad y un calorcito que les recuerda al vientre materno. ⁴³ Resulta pues aconsejable para bebés inquietos o con cólicos: la pequeña presión sobre el abdomen los tranquiliza de inmediato, reduciendo el llanto, según cuentan las madres que lo han experimentado.

“Mi mamá y mi suegra lo han fajado a mi bebe porque dicen que esta salido su ombliguito, y eso ayudara a que no esté salido y este bonito su ombligo” (Cedro)

“Mi suegra fajo a mi bebé porque mucho lloraba y hacia mucha fuerza por el ombliguito se le podía salir.”(Camelia)

La mayoría de las puérperas o familiares (madre o suegra) ejecutan la creencia del fajado al recién nacido, pues creen que eso va a evitar que el ombligo se sobresalga, cuando el niño ejerce una fuerza; por ejemplo cuando llora o cuando puja, procurándoles seguridad y buen aspecto que presente el ombligo. Sin embargo sabemos que actualmente eso es dañino porque podrían causar infección en el ombligo por lo está cubierto y lo ajusta con un trapo, donde habrá presencia de mal olor, el ombligo estará infectado y también esta praxis no es recomendable porque obstruye la buena circulación y eso puede causar inflamación o irritación de algunas partes del cuerpo del bebé, además evita que pueda alimentarse con libertad ya que la presión del abdomen les produce una sensación de llenura y hasta de irritabilidad debido al dolor producido por la presión excesiva.

2.- Influencia del entorno familiar sobre la puérpera:

La familia es el grupo primario de pertenencia de todas las personas, se considera que es el grupo social más importante en la trama social. La familia cumple múltiples funciones que son básicas para el desarrollo de sus miembros y para la estabilidad de la sociedad, entre ellas está la satisfacción de necesidades biológicas, psicológicas, de socialización, mediadora, y también cumple la función de educadora ya que en ellas se enseña las tradiciones culturales de cada una.⁴⁴ Es decir, que la familia es la principal fuente de apoyo y cuidados, la mayor parte de los mismos que requieren los diferentes miembros de la unidad familiar se proporcionan en el seno de la misma.

Por otro lado, cuando se menciona familia es considerada como un sistema, ya que funciona como una unidad, que a través de las interacciones que se generan entre sus miembros y la dependencia mutua que existe entre ellos, los factores que influyen en uno de sus miembros afectan a todos los demás en mayor o menor grado.⁴⁵

Al referirse de interacción familiar se aprenden un complejo conjunto de significados que permiten la comunicación entre los miembros de las familias, compartir experiencias e involucrar a dos o más personas en un proceso social especialmente intenso. De esta forma, padre e hijos tienen la capacidad de compartir significados comunes y asumir el rol del otro.” Es decir, la interacción que se presenta en la investigación es mediante lo que expresa su mamá, sus abuelos, sus suegras, etc. de las creencias que obtuvieron en sus parientes, primas, tíos, etc. para que tengan en cuenta en sus cuidados para su salud y el bebé.⁴⁶

En la interacción que se realiza en la familia, se hace un rol de socialización entre miembros, el cual cada uno tiene diferentes ideologías, donde se conlleva al cambio por medio de las influencias sociales. Es decir, la familia

como interacción se presenta en tres clasificaciones por medio de la interacción simbólica, teoría del conflicto, y teoría del intercambio.

Se da por interacción simbólico cuando las personas forman su identidad a partir de la interacción con otras personas. Es decir, las familias son grupos de personalidades que interactúan a través de símbolos y significados compartidos para conseguir metas comunes. Por Teoría del conflicto se genera cuando al interior de los grupos familiares se maneja el afecto como forma de interacción, la naturaleza de las familias es conflictiva. Desde esta perspectiva teórica los miembros de las familias no necesariamente tendrán metas comunes. Y por teoría del intercambio, se presenta cuando las familia como grupos sociales, se mantienen en el mismo tiempo puesto que interactúan a través de intercambios. El análisis en un ambiente de interdependencia, de los costos, y beneficios de una interacción, permitirán optar por mantener o terminar una relación.⁴⁷

Entonces, a través de la interacción se puede detallar que nuestras participantes lo realizan, ya que con ellas sus familias comparten experiencias, creencias, y costumbres para tener en cuenta en su etapa de vida.

Así mismo la familia introduce el entorno cultural que los rodea, por lo que a partir de ella, los referentes culturales de todo tipo marcan la conducta y el comportamiento social, mismo que se impregna gradualmente en la persona a partir del ejemplo y la imitación a los que ningún humano es ajeno.⁴⁸

Entre las funciones de la familia esta proporciona apoyo emocional y seguridad a sus miembros mediante el amor, aceptación, interés y crianza, proporcionando a sus miembros la sensación de pertenencia y desarrolla una sensación de parentesco. En las familias, crece, desarrolla o se forma creencias culturales que ponen en práctica, de esa manera suelen transmitirse de generación en generación: sus modelos, modos de vida,

muchas veces están determinadas por factores físicos y emocionales vividos durante su vida.⁴⁹

Al referirse de familia debemos tener en cuenta que experimentan su ciclo de vida familiar, es decir: comienza con la formación de la pareja, sin hijos; luego familia con hijos en edad preescolar; continuamente familia con hijos en edad escolar, familias con hijos en educación secundaria, familias con jóvenes adultos o adultas, familias con hijos que ya han abandonado el hogar, y culmina con las familias con padres y/o madres en edad de jubilación.⁵⁰

Este ciclo de vida familiar es el proceso que viven las familias en que van pasando de un estadio de desarrollo a otro, produciendo modificaciones en la composición familiar, es decir, en el número de miembros, en sus edades, en su situación educativa o laboral, en el aumento o disminución de uno de los géneros al interior de las familias, etc. lo que finalmente provocaría la transformaciones en la estructura familiar, es decir, en el modo en que se han organizado para desarrollar sus actividades cotidianas.⁴⁸

Las investigadoras al interactuar y observar a los sujetos de estudio en sus domicilios se recolecto datos que la mayoría de las familias son del tipo nuclear (papá, mamá e hijos) y familia extensa (padres, hijos, tíos, primos, abuelos, o de tercera generación), lo que hace las madres o suegras que influyan en sus costumbres y creencias en sus etapas de vida. Los discursos expresan lo siguiente:

“Mi suegra es la que me dice que debo de hacer con mi hijo, dice que si lo baño a mi hijo se puede morir, porque recién ha nacido, donde debo de abrigarlo más.” (Azucena)

“Mi mamá le coloco su huairuro porque dice para que no le dé el mal del ojo, ya que les coloca irritable, lloran, no mama, ella cuida a mi hijo.” (Camelia)

Al realizar la revisión de artículos científicos relacionados con el tema, nos dicen que desde la prehistoria la mujer es la especialista en cuidados domésticos y son ellas quienes realizan cuidados populares para mantener la salud de los integrantes de la familia. En estos cuidados populares predomina la ayuda intergeneracional y se fortalece a través de la experiencia.⁵⁰

Muchas familias muestran que juega un papel importante entre la salud y la enfermedad, así como protege y lucha por recuperar la salud de sus miembros según su cosmovisión, también lleva consigo ciertos factores o situaciones de riesgo determinados por la cultura y el entorno que en cualquier momento desencadenan o anuncian problemas de salud en sus integrantes.⁴⁷

Según lo investigado nos demostró, que las prácticas de cuidado de las púerperas y el recién nacido están orientadas por la familia, especialmente por las mujeres: madres, abuelas y suegras ya que son la persona de mayor influencia y tienen experiencia en estos cuidados; que cada miembros de la familia aprenden las tradiciones que están de generación en generación.

3.- Inadecuada educación del personal de salud a la púerpera

El concepto de salud ha evolucionado, se le considera como el perfecto bienestar biopsicosocial. La salud tiene muchas variables que afectan la integridad de la persona y ello hace muy difícil su abordaje.⁵¹ Un aspecto importante a destacar es que la salud es un concepto cultural, íntimamente ligado a las necesidades del hombre y su entorno, pero también a su forma de percibirlas y afrontarlas.

Educación es la formación destinada a desarrollar la capacidad intelectual, moral y afectiva de las personas de acuerdo con la cultura y las normas de convivencia de la sociedad a la que pertenecen. Pero definir la educación es una tarea difícil, ya que es un concepto amplio, no exento de aspectos

ideológicos, éticos, y políticos. Se podría afirmar que la educación es un proceso en tres direcciones: *el saber, el saber hacer y el saber ser*. Etimológicamente educar viene de educare (conducir, guiar, orientar), pero semánticamente recoge también el sentido de educere (hacer salir, extraer, dar a luz). De acuerdo con estas dos tendencias, pueden distinguirse dos modelos de educación: educación tradicional o formal, y educación interactiva.⁵²

La educación tradicional o formal, es un proceso de socialización, que actúa de forma congruente dentro del medio sociocultural al que pertenece, combinando reacciones de conformidad, disconformidad, marginación y conflicto y que implica la interiorización de la cultura característica de un medio social determinado. Y La educación interactiva, se basa en el proceso educador y tiene como finalidad el desarrollo del educando. Considera la cultura del alumno, situándose en el tiempo, relacionando su pasado, su presente y su futuro, es decir, sus creencias y valores; más que los contenidos en sí mismos importa cómo se aprende: lo importante es aprender a aprender. Partiendo de las necesidades culturales, espirituales, y técnicas de los alumnos; el papel del alumno es activo: él es el descubridor, mientras que el papel del profesor se limita a acompañarlo durante el proceso de adquisición de conocimiento.⁵³

En el párrafo anterior se recalcó sobre los conceptos de educación y salud que anterior se explicó, entonces ya se puede definir educación sanitaria, representa esencialmente una acción ejercida sobre los individuos para conseguir modificar sus comportamientos.⁵² De una manera general educación sanitaria pretende que los individuos adquieran y conserven hábitos de vida sana, que aprendan a usar mejor los servicios de salud que tienen a su disposición y que estén capacitados para tomar, individual o colectivamente, las decisiones que implican la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en que viven.⁵⁴

Es decir, el personal de salud, mediante sus conocimientos científicos quiere realizar de manera adecuada la aplicación de los cuidados para las personas a las que van dirigidos, sin obviar sus costumbres o cultura.

Por lo tanto los servicios de enfermería orientados a la salud de la familia se basan en la concepción de ésta como unidad y tienen por objeto atender las necesidades y preocupaciones de la familia en materia de salud, animándola a utilizar sus propios recursos, humanos y materiales, y señalando la manera óptima de utilizar los servicios de salud disponibles.⁵¹

Los objetivos que tiene acabo la educación sanitaria son: hacer de la salud un patrimonio de colectividad, modificar las conductas negativas relacionadas con la promoción y la restauración de la salud, promover nuevas conductas que sea favorable a la promoción y la restauración de la salud, propiciar cambios ambientales favorables a los cambios conductuales, y capacitar a los individuos para que puedan participar en la toma de decisiones sobre la salud de la comunidad.

El campo de acción de la educación sanitaria lo constituyen los individuos, los grupos y, en definitiva, toda la colectividad. Siempre se debe tener en cuenta la realidad cultural de los individuos o grupos a los cuales dirigimos la acción educativa, es decir, las circunstancias de vida personal que configuran la realidad de cada individuo.⁵⁴ Es decir, la educación sanitaria trata de mejorar la salud de la comunidad sana, entendida como activa, capaz de autocuidarse, trabajar, y estudiar; y atender a personas enfermas, es decir, que precisen asistencia sanitaria para mejorar o reponer la salud.

“La enfermería transcultural es un tipo de enfermería que tiene en cuenta la diversidad cultural en la salud y en la enfermedad y que por tanto, estudia de forma integrada las creencias de las personas, usos y costumbres de diferentes culturas.”²⁰

Con los avances de la ciencia y de la tecnología permiten que los enfermeros se capaciten con el fin de proporcionar atención de máxima calidad durante las etapas del embarazo de esa manera protegen a la madre y a su hijo, dando lugar a disminuir las tasas de morbi- mortalidad materna – infantil, pero obviamos las creencias, costumbres e ideologías del lugar de procedencia. Y de que nos vale, si, la tecnología no se lleva a casa, sino brindan un cuidado teniendo en cuenta sus creencias llevándolos a la práctica e impartiendo a la comunidad.

Las investigadoras comprobaron en el escenario, que el personal de salud es el encargado de brindar educación a las puérperas, las temáticas que ofrecen es sobre la lactancia materna, cuidado del recién nacido, entre otros. La educación impartida es demostrativa y dinámica, haciendo participe al paciente (madre puérpera) y familiares. Pero la mayoría de personas no tiene una educación primaria o secundaria lo que es difícil que obtengan o recepcionen el mensaje que imparten los del personal de salud para que realicen su cuidado.

Asimismo gran parte del personal de salud tratan de exigir que se realicen los cuidados según los fundamentos científicos, obviando la cultura de las personas, donde el paciente muestra incomodidad, rebeldía, etc. queriendo respetar lo suyo. Los discursos expresan lo siguiente:

“No señorita nosotras no hacemos nada de nuestras creencias por que la enfermera nos mira mal, ya en mi casa podré realizar mis cosas con mi mamá” (Margarita)

“Yo no le he dicho nada de lo que debe hacer por que acá no creen en eso y mejor le digo en casa como se debe cuidar y con la ayuda mía lo vamos hacer” (Girasol)

La atención de enfermería, se basa en satisfacer necesidades del orden físico, psicológico, socio-cultural, además mantener un ambiente agradable que le

brinde bienestar y confort a la madre. Los deberes del personal de enfermería se encaminan a proporcionar atención a madres sanas en la consulta, en la asistencia de labor de parto y puerperio, incluso en las complicaciones que se pudieran presentar en estas etapas. Y el fin de la enfermería lo constituye el hecho de proporcionar alivio y hacer lo más pequeño posible los riesgos de complicaciones.⁵³

La enfermera u otro personal de salud, deben tener en cuenta con respecto a la cultura tradicional, ya que al transcurso de su rutina de trabajo deben aprender a integrarse los conocimientos propios, formando alianzas, de los saberes científicos y tradicionales con el propósito de proyectarlas hacia la promoción de la salud. Como sabemos la cultura direcciona los estilos de vida que influyen en las decisiones de la personas.

Cada individuo internaliza y aplica su cuidado según sus costumbres y creencias de le han servido para sobrevivir y mantenerse en el tiempo.

El conocimiento que el personal de la salud tenga sobre las creencias populares permitirá dirigir modelos de cuidado basados en la cultura, generando con ello un ambiente de respeto sobre el cuidado cultural.

El conocimiento de las prácticas de cuidado facilitará el acercamiento de saberes, evitando aquellas prácticas riesgosas para la madre y su niño. Los procesos culturales, basados en la fundamentación científica y el cuidado de sí mismo, llevan al ser humano actual a integrar estos elementos al cuidado de su salud y al personal de salud a integrar estos nuevos estilos para preservarlos.⁵³

Las investigadoras direccionaron un cuidado adecuado con la familia, ya que no obvian sus creencias y prácticas del sujeto de estudio, permitiendo colaborar por medio de sus aportes, y nosotros también contribuimos con diferentes aportes científicos, de esa manera entiendan cuando los cuidados

son benéficos o dañinos para su cuidado y el del niño, sin obligarlas a practicarlos sino que sean ellas mismas que realicen un buen cuidado.

En las participantes que hemos seleccionado, están influenciadas por obtener costumbres de la comunidad o del patriarca de la familia, pero también buscan solución inmediata al momento de acudir al centro de salud, donde el personal de salud brinda confianza, empatía, carisma, etc. para que accedan a una buena atención.

La cultura es mediante a la interacción social con otras personas en la sociedad. Así mismo esta conducta respeta a un aprendizaje que no ha sido enseñado de manera internacional por otros pobladores.³⁴

Las mujeres puérperas en estudio, realizaron su cuidado según su cultura, enfocada por su trascendencia por lo cual nosotros como personal de salud evidenciamos y nos refirieron con los siguientes discursos:

“Me fui a mi control pre natal, y en el pasadizo dieron charlas sobre la lactancia materna y los cuidados del recién nacido las enfermeras, nos explicaron con muñecos, algunas mamás no entendieron y otras sí. (Girasol)

Lo que se observó es que cuando se les indica alguna recomendación o cuidado que vaya en contra a su cultura se hacen las desentendidas y exponen a riesgos la salud de ellas y al recién nacido Además como hay gran porcentaje de madres sin instrucción académica culminada, se basan más lo que expresan la sociedad que una literatura, que se ven reflejadas por sus ancestros o en la educación demostrativa y que se influya por la sociedad para que entienda a que riesgos se expone ella y su familia.

CONSIDERACIONES FINALES

En esta investigación el proceso que se tuvo para el cuidado continuó con las acciones que los profesionales realizan con la madre en el hogar, para su cuidado y la del recién nacido, con la finalidad de evitar riesgos en la salud.

Las investigadoras arribaron a las siguientes consideraciones finales:

- Las prácticas y creencias culturales de la mujer en la etapa de puerperio mediato se centran en los cuidados que recibe la madre para mantener su salud y asegurar el bienestar de su recién nacido. Permitiendo que las madres priorizan sus cuidados en la alimentación, el descanso, la higiene y los cuidados al recién nacido, practicando sus creencias y costumbres que han sido adquiridas de generación en generación por sus madres o suegras, quienes son las que lideran el cuidado de las puérperas y al recién nacido como un legado cultural familiar. El baño diario de la puérpera es parte del cuidado de la higiene, la primera vez que lo realizan es después de los 40 días, porque temen el sobre parto; el baño está acompañado de algunas plantas medicinales como el llantén y matico. Y lo realizan en sus casas, en lugar cerrado donde no hallan corrientes de aire. La alimentación de las puérperas es de alimentos que no produzcan infecciones como la gallina; y también para el aumento de la leche como: el chocolate.
- Para curar las enfermedades la familia juega un papel importante entre la salud y la enfermedad, protegiendo la salud de sus miembros según su cosmovisión, también lleva consigo ciertos factores o situaciones de riesgo determinados por la cultura y el entorno que en cualquier momento desencadenan o anuncian problemas de salud en sus integrantes.
- El personal de salud obvia los cuidados que realizan las madres según sus creencias, costumbres, e ideologías, etc. Porque evidencia que el cuidado que realizan las puérperas son inadecuados, o perjudiciales para

la salud del recién nacido y para su auto cuidado, debido a la falta de conocimiento científico, de esa manera obtiene previos diagnósticos y realizan adecuados planes de cuidado, sin afectar el bienestar de madre-hijo. En la investigación, las madres manifestaron que después del parto, los profesionales de salud les falta actitud, empatía y comunicación para brindar el cuidado respetando sus creencias culturales.

RECOMENDACIONES

1. A LAS MADRES DE FAMILIA:

- Acudir en forma oportuna a todas las citas programadas para el control prenatal, realizado a nivel de los hospitales y establecimientos de salud.
- Es elemental que pongan en práctica las orientaciones sobre cuidado de su persona y de su recién nacido, que brinda el personal de salud durante el control prenatal y en el momento del alta hospitalaria.

2. A LAS INSTITUCIONES DE SALUD:

- Cumplir con el sistema de seguimiento a las gestantes captadas en los establecimientos de salud; de tal forma que se asegure la continuidad en forma oportuna a todas las citas programadas para el control prenatal, realizado a nivel de los hospitales y establecimientos de salud.
- Se recomienda que las instituciones de salud deberán aplicar la normatividad vigente y políticas existentes, en relación al cuidado de la puérpera inmediata y mediata; respetando en todo momento sus creencias y prácticas culturales.
- Promover la creación de grupos de apoyo a las puérperas inmediatas e incentivar la participación de las madres que acuden a los servicios de salud.

3. AL PERSONAL DE SALUD:

- La participación del personal de salud debe de basarse e integrarse en la interculturalidad dentro de los grupos que existen en las regiones (costa, sierra y selva) de esa manera permitirá articular los sistemas de medicinas existentes, cuidados enfermeros y de promover la búsqueda de estrategias conjuntas para abordar la relación salud-enfermedad.
- Tener la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes, respecto a la salud y a la enfermedad, a la vida y a la muerte, y a los aspectos biológicos, sociales y

relacionales, entendidos estos últimos no solamente con los entornos visibles, sino con la dimensión espiritual, cósmica de la salud.

- El personal de salud que interactúe con la población deberá de desarrollar la pertinencia intercultural es decir, construirá mediante el diálogo, planes de intervención respetando sus creencias, entorno, necesidades y demandas.

4. A LAS UNIVERSIDADES:

- Esta investigación cualitativa será base de otras investigación sea cualitativas o cuantitativas que puedan realizar futuros investigadores, con el fin de ampliar el conocimiento de intervenciones para cambiar la realidad a favor de la participación de la madre en el cuidado del recién nacido en el hogar sin alterar sus creencias culturales llegando a las personas con empatía, brindándoles confianza, de esta manera respondan a las necesidades del entorno.
- Realizar periódicamente estudios para conocer cual es el nivel de conocimientos que presentan las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva, para que así el sistema de salud pueda intervenir, y evitar complicaciones a futuro tanto en la madre y el niño.
- Considerar las teóricas de enfermería principalmente la teoría de Leininger que se toma en cuenta el aspecto cultural siendo importante para el cuidado del ser humano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medina, A. & Mayco, J. Creencias y costumbres relacionadas con el Embarazo, Parto y Puerperio en comunidades Nativas Awajun y Wampis. [Internet]. Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú. 2002-2005. [Acceso Junio 2014]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n1/a04v23n1.pdf>
2. Rentería, M. Cuidado Transcultural de la enfermera serumista en las familias quechua hablantes Inkawasi- Perú. Lambayeque. [Tesis Pre grado] Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. 2015. [Acceso Octubre 2014]. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/176/1/TL_Renteria_Velasco_MelissaAdalid.pdf.
3. Cardozo, S. & Bernal, M. Adolescentes en puerperio y sus prácticas de Cuidado. [Tesis doctoral]Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería.2009. [Acceso Octubre 2014] Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12970/14004>
4. Valdez, W.; Napanga, E. & otros. Ministerio de Salud Dirección General de Epidemiología: Análisis de Situación de Salud del Perú 2013. [Internet]. [acceso en septiembre 2014]. Disponible en <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>
5. Dirección Regional De Salud. Plan Concertado Regional De Salud 2008 – 2012. [Internet]. [acceso en septiembre 2014]. http://www.concytec.gob.pe/portalsinacyt/images/stories/corcytecs/cajamarca/prcsalud_cajamarca_2008-2012.pdf
6. Del Carpio, L. Situación de la mortalidad materna en el Perú 2000- 2012. Rev. Perú med. Exp. Salud pública. Perú. 2013. 30(3): 461-4.
7. Ministerio de Salud: Dirección General de Epidemiología, Red Nacional de Epidemiología. Boletín Epidemiológico (Lima) [en línea]. Implementación de la vigilancia de morbilidad materna extrema (Near Miss), en el Perú. [consultado en septiembre, 2014]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2012/51.pdf>

- 8.** Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS Perú 2010-2014. [en línea]. [Consultado septiembre, 2014]. Disponible en: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsperuspanish.pdf
- 9.** MINSA. La mortalidad Materna en el Perú 2002-2011. Lima- Perú. 2013. [en Línea] disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf>
- 10.** Melguizo, E. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. [En línea] Vol. 16. N. 1. Colombia: Edit. Avances en Enfermería; 2008 [Acceso en septiembre]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v26n1/v26n1a12>
- 11.** Arango, F., Gómez, J., & otros. Uso de prácticas clínicas durante El embarazo, parto, puerperio y recién nacido, en hospitales Públicos de Manizales. Colombia. [Internet]. 2005. [Acceso en septiembre 2014]. Disponible en: http://www.revistaiaf.abacolombia.org.co/es/pdf/v1n1/v1n1_7.pdf
- 12.** Prieto, B. & Ruiz, C. Significados durante el puerperio: a partir de prácticas y creencias culturales. [Internet]. Universidad Nacional de Colombia - Bogotá. 2012. [Acceso en septiembre 2014]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8930/1/05539469-2012.pdf>
- 13.** Parada, D., Lara, F., Ramírez, F., & otros. Prácticas de cuidado postparto en adolescentes. [Internet]. Hospital Universitario Erasmo Meoz (H.U.E.M.) del municipio de Cúcuta. 2010. [Acceso en septiembre 2014]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3717159>.
- 14.** Prieto, B. Cuidado de Enfermería Domiciliario durante el puerperio a la luz de la teoría se los cuidados. [internet]. Tunja (Boyacá – Colombia). 2012. [acceso en septiembre 2014]. Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&i>

d_articulo=92848&id_seccion=5313&id_ejemplar=9104&id_revista=25
7

- 15.** Lora, M.; Narváez, L. Creencias y costumbres que poseen las mujeres de la comunidad del Chamizo sobre el embarazo Parto y puerperio desde enero a Junio del 2010 [Internet]. Comunidad de Chamizo. 2010. [Acceso en septiembre 2014]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/661/2/06%20ENF%20402%20TESIS.pdf>
- 16.** Berrio, M.; Chiquillo, S. & otros. Creencias y Prácticas de las Puérperas Afrodescendiente Del Corregimiento de San Pablo. [Internet]. Municipio de María la Baja (Bolívar). 2013. [Acceso en septiembre 2014]. Disponible en: [http://siacurn.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/840/tesis%20san%20pablo%20\(2\).pdf?sequence=1](http://siacurn.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/840/tesis%20san%20pablo%20(2).pdf?sequence=1)
- 17.** Álvarez, C. La relación de teoría práctica en los procesos de enseñanza – aprendizaje. Educatio Siglo XXI. Universidad de Cantabria. España.2012. Vol. 30. N°2. Pp: 383-402.
- 18.** Rodrigo, L. De la Teoría a la práctica. 3era edición. Barcelona. Editorial Masson. 2005.
- 19.** García, J. Enfermedad y cultura. Jano. Madrid. 1985. N°643-H. pp: 83-90. [Acceso en Diciembre 2014] Disponible en: <http://www.cife.unam.mx/Programa/D15/A01Quimic-A/Casasa-Garcia.pdf>
- 20.** Raile, M & Marriner, A. Modelos y Teorías de Enfermería. 7ma. Edición. Madrid: Elsevier – Mosby. 2011.
- 21.** Cabrera G, Tascón J, Lucumí D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. Rev Fac Nac Salud Pública. 2001; 19(1): 91-101.
- 22.** Muñoz, L. & Vásquez, M. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. Colomb Med 2007; 38 (Supl 2): 98-104.
- 23.** Schwarcz, R. & Fescina, R. & Duverges, C. Obstetricia. 6° Edición. España. Editorial: El ateneo. 2005.

- 24.** Francisco Silvela. Manual CTO de Enfermería. 6ta edición. Tomo I. Madrid. Editorial CTO. 2013.
- 25.** Burns, N., Kerouac, S. Investigación en enfermería. Ed. Elsevier España s.a. Tercera ed. Madrid España. 2005
- 26.** Hernández Sampieri, R. & otros. Metodología de la Investigación. 4ta Edición. México. Editorial Mc Graw – Hill Interamericana. 2006
- 27.** Vásquez, N.; Ferreira da Silva, R.; Mogollón, P. & Fernández, J. & Delgado G. & Varga. L, I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. 1º Ed. Colombia: Colección Ciencias Sociales. 2011.
- 28.** Polit, Hungler. Investigación Científica en las Ciencias de la salud. Sexta ed. México: Mc. Graw Hill. 2000.
- 29.** Sgreccia E; "Manual de Bioética". La bioética y sus principios, 4º Edición. Madrid: Talisio, 9; 2007
- 30.** Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colomb Med. 2003; 3(4):164-7.
- 31.** Campos, M. & Castillo, J. Cuidado cultural de la madre al neonato en el caserío de Marayhuaca– Ferreñafe, 2014. [Tesis Pregrado]Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. 2015 [Acceso en septiembre 2014] Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/381/1/TL_CamposBurgaMarjorie_CastilloAgipJessica.pdf
- 32.** Esqueda Ortiz, M. Cuidados de enfermería en el puerperio. Pág. 25-70. México D.F. 2009.
- 33.** Gafaro, C. El puerperio. Universidad Cooperativa de Colombia. 2011. Programa de Enfermería. Bucaramanga. [Acceso en diciembre 2014] Disponible en: <http://documents.mx/documents/trabajo-de-puerperio.html>
- 34.** Llontop, M. & Gómez, E. Cuidado brindado por la enfermera Serums durante el puerperio mediato. Puestos de salud: olmos y salas-2013. [Acceso en Enero 2015]. Disponible en:

http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/266/1/TL_GomezMarceloElsa_LlontopAcostaRosa.pdf

- 35.** Potter, P. & Griffin, A. Fundamentos de enfermería: teoría y práctica. 8^{va} edición. Editorial Harcourt Brac. Madrid. 2015
- 36.** Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 9^{na} edición. Vol. 2. Editorial Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 2013.
- 37.** Mora, Y. Propiedades del Matico. Rev. Mujer salud. Ed. Batanga. [Revista en línea] [Fecha de acceso: 04 de setiembre 2015] URL disponible <http://www.imujer.com/salud/2011/01/31/propiedades-del-matico>
- 38.** Kozel, C. Guía de Medicina Natural Plantas Medicinales, Sexta Edición, Editorial Barcelona-España; 1981.
- 39.** Matico. Arbusto medicinal. [Revista en línea] [Fecha de acceso: 04 de enero de 2015] URL disponible en: http://plantas.facilísimo.com/reportajes/arbustos/matico_183983.html#.
- 40.** Puelles, M. & Gómez, V. & Galán, M. Plantas Medicinales de Perú. Etnobotánica y viabilidad comercial. Los libros de la Catarata. Madrid. 2010
- 41.** Manzanilla. [Revista en línea] [Fecha de acceso: 04 de setiembre 2015] URL disponible: <http://www.fotonostra.com/albums/plantas/manzanilla.htm>
- 42.** Cajiao, G.; Acosta, M.; Alegría, M.; Llano, A.; Valencia C. & Zuluaga P. Creencias populares sobre el autocuidado durante el puerperio, en las instituciones de salud de nivel 1. Colombia Médica 1997; 28 (1): 42-50.
- 43.** Laza, C. & Puerto, M. Cuidados genéricos para restablecer el equilibrio durante el puerperio. Revista Cubana de Enfermería 2011; 27 (1): 88-97
- 44.** OPS. Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño: Evidencia de las intervenciones. Washington, D.C. 2005.
- 45.** Cardozo S, Bernal M. “Adolescentes en el puerperio y sus prácticas de cuidado”. [Tesis de Maestría]. Universidad Nacional de Colombia; 2007.

[Fecha de acceso: 10 de diciembre de 2010] Disponible en:
<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12970>

- 46.** Peterson, G. & Rolins, B. Parent- Child Socialization. En SUSSMAN, M. y Steimetz, S. (comps). Handbook of marriage an the family. Plenum. New York, 1987.
- 47.** Mejía, L. & López, L. La familia y la cultura: una conexión innovadora para el cuidado de la salud. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2010; [16 diciembre 2013] 19(2-3):138- 142. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v19n2-3/7442r.php>. Consultado el 31 octubre2015
- 48.** Jaime, G. & Aviña, Z. Familia y cultura. Acceso 29 de octubre 2015 http://www.frph.org.mx/biencomun/bc155/Dr_Jaime.pdf
- 49.** Retamales, J., Behn theune, V. & Merino, J. Funcionamiento familiar de trabajadores-jefes de hogar en sistema de turnos de una empresa de Talcahuano, chile, año 2003. Rev. Ciencia y Enfermería. Pág. 23-30. Chile. 2004.
- 50.** Cipriano, C.; Maldonado, O.; & Benguigui, Y. La Niñez, la familia, y la comunidad. Washington. 1 Edición. Editorial: organización panamericana de la salud. 2004.
- 51.** Alcántara, G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinarietà. Instituto Pedagógico de Miranda José Manuel Siso Martínez de la UPEL. Caracas. SAPIENS v.9 n.1 jun. 2008
- 52.** Cajo López, C. & López Pisa, R. Enfermería comunitaria III. Ed. Masson Salvat. Barcelona, 1993.
- 53.** Salleras, L. Educación Sanitaria. 1era Edición. Editorial: Díaz Santos. Madrid. 1985.
- 54.** MINSA. Manual de Educación sanitaria. Perú. 1997.

ANEXOS



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE
MOGROVEJO
CHICLAYO**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, identificado con DNI: abajo firmante, declaro que acepto participar en la investigación: PRACTICAS Y CREENCIAS CULTURALES DE LA MUJER EN LA ETAPA DE PUERPERIO MEDIATO. PROVINCIA LAMBAYEQUE, 2015 siendo realizada por las estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Milagros Yessenia Mehan Espinoza y Linda Stefany Domínguez Gonzales quienes son asesoradas por la Dra. Miriam Saavedra Covarrubia. Esta investigación tiene como objetivos: Describir las Prácticas y creencias culturales de la mujer en la etapa de puerperio mediato. Provincia Lambayeque, 2015, Analizar y comprender la repercusión de las Prácticas y creencias culturales en la salud de la mujer en la etapa de puerperio mediato.

Después de haber sido informado doy mi consentimiento, para participar de la entrevista que será grabada por las estudiantes en cuanto a mis experiencias, asumiendo que las informaciones dadas serán solamente de conocimiento de las investigadoras y de su asesora, quienes garantizarán el secreto y respeto a mi privacidad.

Chiclayo, ... de Del 2015

Firma del Informante

Milagros Yessenia Mechán Espinoza

Linda Stefany Domínguez Gonzáles



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE
MOGROVEJO
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

Entrevista Semi-estructurada a profundidad

La presente entrevista tiene como objetivo obtener información para la investigación de tipo cualitativa, titulada “PRÁCTICAS Y CREENCIAS CULTURALES DE LA MUJER EN LA ETAPA DE PUERPERIO MEDIATO. PROVINCIA LAMBAYEQUE, 2015” Dicha entrevista será grabada y la información recopilada será confidencial, por lo que se utilizará seudónimos para guardar el anonimato, por lo cual solicito la veracidad de sus respuestas, cuyos resultados servirán estrictamente con fines de investigación.

Se le agradece anticipadamente su colaboración y participación.

I. DATOS GENERALES.

Seudónimo:

1. Edad:
2. Estado civil:
3. Grado de instrucción:
4. N° personas que conforman su familia
5. Ocupación:
6. Tipo de vivienda:
7. N° embarazos:
8. N° de hijos:
9. Tipo de parto (ultimo parto): Vaginal Por cesárea. ...

II. DATOS ESPECIFICOS

- 1) ¿Qué molestias presentó usted en los días posteriores después del parto?
- 2) ¿Qué creencias tiene usted en relación a la etapa después del parto?
- 3) ¿Qué prácticas ha utilizado usted en la etapa post parto?
- 4) ¿Qué apoyo ha recibido usted de su familia?
- 5) ¿Qué orientación y educación ha recibido usted del personal de salud durante su estancia hospitalaria?
- 6) ¿Desea agregar algo más a la entrevista?