

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
ESCUELA DE POSTGRADO
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA



**“COTIDIANO DE VIDA EN LAS PRÁCTICAS DE SALUD DE FAMILIAS DE UN
ASENTAMIENTO HUMANO. NUEVO CHIMBOTE 2014”**

TESIS

Para optar el Grado de

MAESTRA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AUTORA : Lic. Liz Margot Trujillo Roldàn

ASESORES : Dra. Rudi Amalia Loli Ponce.

Ms. Miguel Hernán Sandoval Vegas.

NUEVO CHIMBOTE – PERÚ

2016

Registro N°:.....



AVAL DE INFORME DE TESIS

El Informe de Tesis: “COTIDIANO DE VIDA EN LAS PRÁCTICAS DE SALUD DE FAMILIAS DE UN ASENTAMIENTO HUMANO. NUEVO CHIMBOTE 2014”. que tiene como autora a **Liz Margot Trujillo Roldán**, alumna de la Maestría en Ciencias de Enfermería, ha sido elaborado de acuerdo al Reglamento de Normas y Procedimientos para obtener el Grado Académico de Maestro de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional del Santa; quedando expedito para ser evaluado por el Jurado Evaluador correspondiente.

Dra. RUDI AMALIA LOLI PONCE

DEDICATORIA

*Dedico este trabajo a mi amado
Dios, Soberano, Rey del Universo
quien me da la vida y las fuerzas
para lograr esta anhelada meta.*

*A mi amado Esposo Javier; por su
constante amor, apoyo y estímulo
en el logro de este objetivo.*

*A mi amada Hija Lizbeth, por su
inquietud, alegría e inocencia que
me anima a seguir cumpliendo
mis metas.*

*A mis amados padres Egidio y
Modesta, por su gran estímulo,
apoyo y constantes consejos;
asimismo a mis amados hermanos
Víctor e Isabel quienes me animan
a seguir avanzando.*

AGRADECIMIENTO

Expreso mi especial gratitud y afecto:

A la Sra. Dra. Rudi Amalia Loli Ponce, docente Principal de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, por su valiosa asesoría y apoyo constante en el desarrollo de esta investigación. Asimismo al Ms. Miguel Hernán Sandoval Vegas, docente principal de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, por su apoyo durante el proceso de Investigación.

En forma muy particular vaya mi agradecimiento a cada una de las familias del Asentamiento Humano Costa Verde- Villa María, quienes depositaron en mí su confianza, sus vivencias de su día a día, acrecentando un sentimiento especial hacia el trabajo comunitario del profesional de enfermería.

Finalmente agradezco a cada una de las personas que me han brindado su apoyo y colaboración.

INDICE

Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice.....	vii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
INTRODUCCIÓN	10
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	14
1.1 Presentación y delimitación del problema.....	15
1.2. Objeto de estudio.....	20
1.3 Formulación del problema (o pregunta norteadora).....	20
1.4 Objetivos ò Hipótesis.....	20
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	21
2.1 Antecedentes	22
2.2 Marco conceptual.....	28
2.3 Marco Referencial	35
2.4 Definición de las variables.....	40
CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÈTODOS/ METODOLOGÌA DE LA	
INVESTIGACIÓN (o Trayectoria Metodológica).....	41
3.1 Tipo de investigación	42
3.2 Universo o escenario de estudio	42
3.3 Muestra o sujetos participantes	43
3.4 Unidad de muestreo	43
3.5 Instrumentos para la recolección de datos.....	43
3.6 Procedimiento	44
3.7 Control de calidad de los instrumentos.....	46
CAPÍTULO IV: RESULTADOS O HALLAZGOS.....	48
4.1 RESULTADOS.....	49
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	64
5.1 Discusión	65
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	77
6.1. Conclusiones.....	78
6.2 Recomendaciones	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÀFICAS.....	81
ANEXOS	85

COTIDIANO DE VIDA EN LAS PRÁCTICAS DE SALUD DE FAMILIAS DE UN ASENTAMIENTO HUMANO. NUEVO CHIMBOTE 2014”

RESUMEN

La presente investigación cualitativa de trayectoria Etnográfica, tuvo como objeto de estudio el Cotidiano de vida en las prácticas de Salud de Familias de un Asentamiento Humano, y como objetivo analizar el Cotidiano de Vida en las prácticas de Salud de Familias de un Asentamiento Humano del sector de Villa María de Nuevo Chimbote. Se entrevistaron a siete familias de la Comunidad Costa Verde- Villa María, teniendo en cuenta los criterios de selección y las consideraciones éticas y de rigor. Los hallazgos nos permitieron comprender el cotidiano de vida en las prácticas de salud de familias. Los entrevistados expresaron sus vivencias, sus prácticas de salud, donde se considera la Función del cuidado de la familia; Asimismo se considera a la mujer como responsable de la salud y educación en el hogar ya que ella por encontrarse más tiempo dedicada al hogar es la que cuida a los miembros de la familia. Se encontraron aspectos Socio- Culturales y Económicos en las prácticas de salud, siendo importante la alimentación y la higiene, también la economía factor importante en la salud; por otro lado las familias presentan algunas costumbres como el consumo de remedios caseros, asimismo en la automedicación para el cuidado de su salud.

PALABRAS CLAVES: ETNOGRAFÍA; COTIDIANO DE VIDA; PRACTICAS DE SALUD; FAMILIAS.

**“EVERYDAY LIFE IN FAMILIES OF A HUMAN SETTLEMENT HEALTH
PRACTICES. NUEVO CHIMBOTE 2014 ”**

ABSTRACT

This qualitative trajectory ethnographic research, had as object of study the daily life practices of health of families of a human settlement, and objective rescanning the life daily practices of health of families of a human settlement in the area of Villa Maria in Chimbote. They interviewed seven families of the Costa Verde - Villa Maria community, taking into account the criteria of selection and the ethical considerations and rigor. The findings allowed us to understand the daily routine of life in the practices of health of families. Those interviewed expressed their experiences, their health practices, where is the role of the care of the family; He is also considered women as responsible for the health and education at home since she found more time dedicated to home is that cares for members of the family.

Met aspects Socio - cultural and economic practices of health, food and hygiene, also the important factor in health economics; on the other hand families presented some customs as the consumption of home remedies, also in self-medication for their health care.

KEYWORDS: ETHNOGRAPHY, EVERYDAY LIFE, PRACTICAL HEALTH, FAMILIES.

INTRODUCCIÒN

Entre las distintas tácticas para implementar las políticas de salud 2002-2012 es necesario explorar una aproximación a la salud de la familia y a la enfermería familiar, la preocupación por la familia ha sido objeto de la mayor parte de la atención de distintas disciplinas y sectores en las últimas décadas.

Los ministerios de salud de los países de Latinoamérica con el fin de aumentar los niveles de eficacia y eficiencia de los Sistemas de Salud han implementado muchas medidas y reorientaciones de los servicios de salud. Sin embargo, los cambios introducidos en el modelo asistencial no tuvieron mayor éxito con los nuevos programas; como los programas de Promotores de salud (Agentes Comunitarios de Salud) y el Programa de Salud de la Familia - PSF, los que provocan alteraciones importantes tanto en las modalidades de asignación de recursos y formas de remuneración de las acciones de salud, las formas de organización de los servicios y en las prácticas asistenciales en el plan local y en el propio proceso de descentralización.

Por esa razón el Programa de Salud de la Familia se constituye en una estrategia de reforma del sistema de salud. Obviamente los procesos de implementación del programa de salud de la familia se entrecruzan con otros programas, produciendo efectos sinérgicos y, por eso mismo, puede convertirse en un instrumento del proceso de reforma del sistema de salud en el Perú.

El programa de salud de la familia en los países donde se implantó, evidenció un nuevo tipo de alianza en la política de salud: gestores locales (alcaldes municipales y técnicos del sistema local); técnicos externos al área de la salud o al país (como los técnicos de la Comunidad Solidaria y de organismos internacionales, como UNICEF o de países que desarrollan prácticas de salud de la familia, Canadá y Cuba); y asociaciones de base de la comunidad.

La fortaleza de estas nuevas alianzas está en la importancia que tienen para neutralizar a los opositores del programa como ciertas corporaciones preocupadas en garantizar el mercado y vender salud como mercancía.

Los estudios que se vienen realizando para evaluar las experiencias locales en salud familiar en Latinoamérica, parten de la hipótesis que las variaciones de desempeño del programa se deben a las distintas condiciones institucionales de los municipios, a las diferentes formas de relación inter-esferas de gobierno (municipios/regiones/gobierno nacional) en la implementación del programa, las bases de apoyo local movilizadas por el PSF; Es decir, las diferentes condiciones institucionales de las municipalidades, los diferentes grados de relación entre los municipios, gobiernos regionales, y el nivel central, y, por último, los diferentes actores movilizados para el apoyo al programa, podrían explicar las diferentes condiciones institucionales de implementación de los programas.

Entre las muchas definiciones de familia, una dice que es un grupo de personas que viven bajo un mismo techo, comparten creencias, costumbres, tienen como finalidad el bien ser y el bienestar de cada uno de sus miembros.

Para Friedman, “la familia está compuesta de personas unidas por lazos matrimoniales, sanguíneos o de adopción. Los miembros de la familia usualmente viven juntos, interactúan y se comunican con cada rol que tengan, bien sea esposa, esposo, madre, padre, hijo, hija, hermano, hermana. La familia comparte una cultura común”.

Bustamante (2007), concibe a la familia como: Un organismo vivo complejo, cuya trayectoria de vida es un transcurrir de diversidades, adversidades, semejanzas, diferencias, individualidades, singularidades y complementariedades, que lucha por su preservación y desarrollo en un tiempo-espacio y territorio dado, y al cual se siente perteneciente, interconectada y enraizada biológica, solidaria, amorosa, cultural, política y socialmente.

El concepto de salud familiar es importante para las estrategias de intervención. Cuando la enfermedad de cualquier miembro incide en el

equilibrio familiar global y frecuentemente incide en la salud o enfermedad de los restantes miembros de la familia. Cuando aparece cualquier enfermedad en la familia, la unidad es afectada en su totalidad, es un proceso colectivo que afecta a cada uno de sus miembros. Con relación al presente trabajo de investigación se observó que cuando un miembro familiar se enferma afecta el equilibrio de los demás miembros en la familia en aspectos como inestabilidad, preocupación, apoyo afectivo.

Wright y Leahey (2010) sostienen que el cuidado familiar “puede ser conceptualizado en dos direcciones: en la primera está el enfoque del individuo en el contexto de la familia, donde aquel es la figura y esta es el fundamento, y en la segunda –que enfoca a ambos, el individuo y la familia–, los sistemas de cuidado familiar pueden ser conceptualizados como enfoque sobre la familia completa como la unidad de cuidado”.

La complejidad de los procesos humanos en la modernidad, donde muchas veces se diluye la identidad de las personas que transitan los diversos escenarios de la vida cotidiana, hacen repensar las formas tradicionales de cuidado: atomizado, determinista y fundamentalmente centrado en la satisfacción de necesidades observables y medibles. El abordaje del cuidado en la complejidad implica integrar las múltiples dimensiones en las que transcurre la experiencia de la salud humana. Una de esas dimensiones es la social donde la persona se confunde en el contexto en el que se expresa en una trama de múltiples relaciones con los otros. Se entiende por otros a las demás personas significativas o no que comparten un mismo entorno histórico social. Las personas significativas son consideradas aquellas con las que se han establecidos vínculos y se construye una intersubjetividad respetuosa impregnada de confianza, serenidad, seguridad y apoyo afectivo, donde el cuidado, generado en ese contexto, se transforma en terapéutico. Los otros constituyen el "mundo intersubjetivo, social, compartido. “Mi mundo es un mundo que vivo con otros”. (Bustamante. 2007)

La cotidianidad familiar es el vivir diario de la familia en un espacio determinado como su vivienda y en un tiempo dado, donde se desarrollan sus

interrelaciones a través de las cuales cada miembro busca establecer su propia identidad y singularidad, así como diversas maneras de comunicación y/o conversación, anhelos, proyectos de vida, conflictos y establecimiento de una imagen aceptada por la sociedad que puede estar basada en los principios de singularidad, identidad, solidaridad, comunicación y amor. (Gutiérrez, y Jiménez, 2012)

En el cotidiano de su salud las familias donde se realizó la investigación pocas veces asisten a la atención al establecimiento de salud por problemas económicos, culturales, optando por la automedicación o la medicina tradicional, ya que en su mayoría son inmigrantes de la zona sierra, siendo necesario conocer su cotidiano de vida, su día a día ya que estos aspectos no han sido indagados para la salud, se hace relevante develar el sentido vivido en las familias que viven su cotidiano de vida y salud en una comunidad Urbano Marginal costeña y en una sociedad determinada bajo el punto de vista cultural, económico, político y religioso, comprender el existir de aquello que es habitual pero que parece opresor, limitador de posibilidades existenciales es lo que se pretende Investigar.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Presentación y delimitación del problema

Desde el inicio de la historia de la humanidad, la característica más común de la especie humana ha sido su capacidad para organizarse en grupos hasta llegar a constituir la familia, que es la unidad básica de la sociedad, alrededor de la cual los individuos se desarrollan y cuya trayectoria de vida es un transcurrir de diversidades, semejanzas, diferencias, individualidades, singularidades y complementariedades, que lucha por su preservación y desarrollo en un tiempo-espacio y en un territorio dado, pues la familia se considera perteneciente, interconectada y enraizada, biológica, solidaria, amorosa, cultural, política y socialmente. (Bustamante, 2007).

Así en el enfoque sistémico de familia se sostiene que las relaciones intrafamiliares que se establecen entre los integrantes de un grupo familiar son interdependientes y lo que le suceda a uno de ellos tiene repercusión en los otros. Del grado de flexibilidad y rigidez que tenga un grupo familiar para enfrentar los diversos cambios y sucesos que se producen en el interior de la familia dependerá su menor o mayor funcionalidad y por lo tanto sus posibilidades de bienestar armónico (Restrepo, 2001)

La comunidad Urbano Marginal Costeña, de Villa María -Nuevo Chimbote, cuenta con una población total de 14 734 habitantes (según censo del puesto de salud, 2014), además tiene 7 comunidades que abarca todo Villa María, siendo la comunidad llamada "Costa Verde" el sector donde se realizó el proyecto de investigación, esta comunidad tiene aproximadamente 15 años de fundación, cuenta con 650 pobladores, con un aproximado de 110 familias, existieron datos estadísticos de morbilidad en la población general como: IRAS 19.1% ; trastornos maternos 13.5%; Hipertensión arterial 16.6%; asimismo

presentaron : IRAS 12%, EDAS 11%, Desnutrición 8,4%; en niños de 0 a 9 años.

Hablar de salud de la familia y especialmente del cuidado de la salud de sus miembros, es un tema complejo y mucho más abierto que al referirnos a la salud del individuo en singular. Esta complejidad está dada por un lado, por las implicancias sociales que se ha atribuido especialmente a la madre de familia, que tiene que cumplir con sus roles de cuidador y no sólo de salud con los demás miembros de la familia; por otro lado el contexto en el cual viven dichas familias, influye en esa perspectiva de abordar el problema, debido a las características de la misma y a la cultura. Sin embargo, no son solamente estos factores los que influirían en dicha relación, sino también otros que si bien no son determinantes; pero, coadyuvan e incluso potencian dicha relación. (Alayo y Córdova. 2007).

En el caso particular de Villa María “Costa verde” presenta características que la hacen común con otras realidades; en su cotidiano de vida se observa que los pobladores no realizan adecuadas prácticas de salud, como la automedicación por su situación económica precaria, evidenciando que en algunas familias no satisfacen sus necesidades básicas de vida: alimentación, vestido y vivienda, solo cuentan con luz y agua, no tienen desagüe. Además se observa a diario que los niños juegan descalzos, y sin ropa apropiada para la estación, donde se evidencia cantidades de desechos provenientes de dichas viviendas y de las localidades cercanas, siendo un foco de contaminación y el riesgo de enfermedades infecto contagiosas por estar en contacto con microorganismos patógenos.

Asimismo se evidencia eventos como: Disfuncionalidad familiar, donde en muchas oportunidades no se observa la presencia del padre, solo de la madre; el padre aporta económicamente en forma precaria que no satisface las necesidades básicas de la familia, la madre también cuenta con algún tipo de trabajo para sustentar su hogar, pero lo hace dentro de

su casa (bodega, venta de alimentos, lava ropa); los hijos pequeños se dedican a estudiar en su mayoría y los mayores salen a trabajar en ocupaciones eventuales.

También se observa maltrato físico y psicológico del padre hacia la madre y de la madre hacia los hijos. Por lo cual las familias tienen un ritmo de vida agitada, evidenciándose la separación del padre por el trabajo desde muy temprano y la madre teniendo toda la responsabilidad del cuidado de los demás miembros de su familia.

En cuanto a la ocupación más predominante de los pobladores son: obreros de construcción, pescadores y artesanos, todos eventuales, teniendo un nivel de instrucción de primaria incompleta en su mayoría, y en algunos casos ocupaciones técnicas.

El Puesto de Salud responsable de esta comunidad “Costa verde” se encuentra en Villa María, a unos 15 minutos caminando hacia el norte; los pobladores cuando se enferman recurren a la medicina alternativa como las hierbas, entre ellas el uso de la manzanilla para procesos inflamatorios y de dolor, asimismo se automedican en casos como cólicos, gripe, dolor de cabeza, solo en ocasiones extremas como fiebre alta en niños, accidentes, episodios agudos de asma, pérdida de sangre, acuden al puesto de salud para su atención. Asimismo cuenta con iglesias, centros educativos. Se evidencian familias dentro del nivel de pobreza no extrema, siendo este un problema estructural, económico, donde existen personas que son inmigrantes de las zonas de la sierra y selva con ciertas tradiciones y prácticas culturales.

En la práctica diaria del cuidado enfermero se suceden situaciones en las que la persona no siempre puede construir el significado de lo que le pasa, por lo inesperadas, por la magnitud del daño, por las representaciones previas sobre el hecho, por las pérdidas experimentadas, por los recuerdos de vivencias o relatos pasados, por la sensación de amenaza, riesgo o temor. Se observa, además, que las

personas ante esos hechos reaccionan afrontando las circunstancias, evadiéndolas, huyendo, manifestando furia desenfrenada y agresión de todo tipo, minimizando las consecuencias, evitando el recuerdo, proyectando en otros su miedo. Siendo sustentada en la teoría “transculturalidad y la universalidad de los cuidados culturales” Madeleine sostiene que los cuidados deben ser holísticos, interpretando, informado y orientando un cuidado más personalizado a las personas, familias y comunidades, respetando su procedencia cultural, su estructura social y factores de la concepción del mundo que influyen en los cuidados y en la salud por medio del contexto del lenguaje, la etnohistoria y el entorno.

El Rol de Enfermería desde un enfoque familiar implica incluir a la familia en el proceso de prestación de cuidados. Es así como ella se convierte en un estímulo favorable para la recuperación de la salud de alguno de sus miembros. Desde esta perspectiva, el profesional de enfermería debe tener una preparación rigurosa para el trabajo con familias y desarrollar un sentimiento de unidad y promover la cooperación, el apoyo mutuo y la coordinación; propiciar algunas formas de adaptación a las diferentes situaciones a las que se deben enfrentar en el transcurso de su ciclo vital familiar; ver a las familias como cuidadoras de sus propios miembros, e identificar el hogar como el lugar en que viven el paciente y sus familiares y amoldarse a ellos.

Este trabajo implica una gran responsabilidad, compromiso, sentido común, creatividad, continuidad en la atención, cuidado integral y trabajo interdisciplinario.

Según Castro (1993) refiere que establecer relaciones interpersonales durante las visitas domiciliarias de enfermería es la base para influir efectivamente en el comportamiento de salud y ayudar a que la gente se haga cargo de sus propias vidas.

Al desarrollar estas clases de uniones se fortalecen las relaciones de cuidado, que llevan a mejorar estilos de vida y, por ende, la salud de la

familia. Se necesita de enfermeras(os) que tengan una visión amplia del cuidado, que salgan de las rutinas hospitalarias y del esquema de que todo lo saben y que el paciente y la familia son seres pasivos de atención.

El cuidar a la familia se convierte en un reto profesional, ya que difiere en algunos aspectos de los esquemas del cuidado, bien sea en hospitales o centros de salud, en donde la situación familiar muy poco se vislumbra a plena luz. La atención domiciliaria será el futuro de gran parte de la profesión, siempre y cuando como enfermeras nos demos a conocer con una atención de calidad y se logre que reconozcan nuestro lugar fundamental en el sistema de salud.

Por todo lo dicho anteriormente es necesario comprender el Cotidiano de Vida en las prácticas de Salud de las familias que viven en esta comunidad que hasta ahora no se conoce a plenitud.

1.2. Objeto de Estudio

Cotidiano de vida en las prácticas de Salud de Familias de un Asentamiento Humano, en el sector de Villa María de Nuevo Chimbote.

1.3. Formulación del Problema

¿Cómo es el Cotidiano de vida en las prácticas de Salud de Familias de un Asentamiento Humano, en el sector de Villa María de Nuevo Chimbote?

1.4 Objetivos

1.4.1. Objetivo General:

- Analizar el Cotidiano de Vida en las prácticas de Salud de Familias de un Asentamiento Humano del sector de Villa María de Nuevo Chimbote.

1.4.2. Objetivos Específicos:

- Comprender el Cotidiano de Vida de Familias de un Asentamiento Humano del sector de Villa María de Nuevo Chimbote.
- Describir las prácticas de salud de Familias de un Asentamiento Humano del sector de Villa María de Nuevo Chimbote.

CAPITULO II

MARCO

TEÓRICO

MARCO TEÒRICO

2.1 Antecedentes

En el Àmbito Internacional:

- Villegas, M. y Gonzales, F. (2012) en su estudio "La investigación cualitativa de la vida cotidiana. Medio para la construcción de conocimiento sobre lo social a partir de lo individual". abordaron los siguientes puntos: a) la valoración de la vida cotidiana como espacio propicio para la producción de conocimientos sobre lo social a partir de lo individual; b) las habilidades, competencias, actitudes y comportamientos que ha de poseer quien desee asumir a la vida cotidiana como asunto de interés indagatorio; y, c) la propensión de la investigación cualitativa como opción idónea para examinar acerca de los significados que sus protagonistas atribuyen a las acciones que despliegan en sus vida diaria; para ello, su estudio utilizó la Etnografía y la Historia de Vida como dos familias de investigación cualitativa susceptibles de ser implementadas para estudiar la vida social en su cotidianidad. Tuvieron como resultados de este trabajo algunos argumentos que sirven de base a la posibilidad de asumir la Vida Cotidiana de personas y comunidades como espacio para la construcción de conocimiento social; ello amerita la formación de un investigador que asuma, como opción indagatoria, a la Investigación Cualitativa; como consideraciones finales proponen el uso de la Historia de Vida como modalidad de reconstrucción de lo socio estructural a partir de lo socio simbólico; y, la utilización de la Etnografía como instancia mediante la cual se accede a lo social examinando la cotidianidad cultural de quienes constituyen la comunidad que es objeto de la atención investigativa. Revisar la investigación en el aula llevada a cabo por el propio docente actuando como facilitador e investigador.

- Balderas, M. (2010) en su estudio titulado: “Las familias y el proceso salud/enfermedad/atención en Chiapas”, La posición teórica para abordar y analizar el estudio de las representaciones, percepciones y prácticas curativas que llevan a cabo los padres y madres de familia en la comunidad de Paraíso del Grijalva parte de una perspectiva fenomenológica, asimismo se utilizó técnicas etnográficas que fueron el diario de campo, la observación participativa, y las entrevistas semiestructuradas, tuvo como objetivo: Identificación, registro y análisis de representaciones, percepciones y prácticas curativas al interior de las familias de Paraíso del Grijalva, Chiapas, los resultados fueron: En Paraíso del Grijalva se encontraron tres estrategias de atención a la salud. En caso de enfermedad, las familias utilizan recursos procedentes tanto de la medicina alópata como de la medicina tradicional, aunque la estrategia de atención más utilizada es la doméstica. Gracias a los conocimientos que mantienen y reproducen las madres y padres de familia y los curanderos, las familias pueden combinar cuidados y tratamientos de las tres estrategias de atención de manera paralela. Este proceso se lleva a cabo por las mismas experiencias de enfermedad, los saberes, prácticas domésticas y tradicionales son eficaces y su reproducción permite que todas las formas de atención convivan con las circunstancias socioculturales y económicas de las familias de Paraíso del Grijalva.

Para concluir, puedo decir que las madres de familia efectivamente son quienes inicialmente y solo inicialmente deciden qué hacer y qué pasos seguir cuando algún integrante de la familia se enferma, pero dado que la enfermedad no es episodio bien delimitado sino que es todo un largo proceso que involucra malestares, limitaciones físicas y dolor, las creencias y prácticas culturales, así como los determinantes económicos aunado a las vivencias personales, familiares y las que se desprendan de la relación con los diferentes médicos a los que se recurre, el padre de familia resulta ser una pieza determinante en toda esta trayectoria de búsqueda de atención a la enfermedad.

- Hernández, I.; De la Luz, M. y Valde, R. (2001), en su estudio titulado: “El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana”; Es una investigación cualitativa llevada a cabo en cuatro regiones de México. Se seleccionaron y analizaron 40 entrevistas realizadas con mujeres de mediana edad (entre 35 y 65 años de edad), tuvo como objetivo Explorar los ámbitos y agentes que operan en la conformación del saber femenino con relación al cuidado de la salud.

Los hallazgos del estudio señalan el papel que juegan las diferentes interacciones sociales de las mujeres en el desarrollo de sus prácticas de cuidado a la salud. Dentro de esas interacciones se encuentran: los servicios de salud a través de la consulta, la influencia de los medios de comunicación (en especial la televisión); el uso de la farmacopea; el contacto con los médicos tradicionales; la transmisión de conocimientos de sus abuelas (os), madre, mujeres de la comunidad y finalmente, por su propia observación y quehacer cotidiano de cuidado a la salud de la familia. Los cuidados a la salud realizadas en el hogar están mezclados entre prácticas tradicionales curativas y las que el modelo médico hegemónico ha diseminado entre la población. Llegando a la conclusión: Las diferentes interacciones sociales en las que las mujeres se encuentran inmersas determinan la forma como construyen el qué y el cómo del cuidado a la salud de su familia y el de la suya propia.

En el Ámbito Nacional:

- Gutiérrez, M. y Jiménez, S. (2012) en su investigación: “La cotidianidad de las adolescentes embarazadas de familias rurales, Distrito de Moche” donde participaron siete familias con adolescente embarazadas pertenecientes a una comunidad rural del Distrito de Moche, Provincia de Trujillo. Se utilizó la entrevista semi-estructurada de cuyo análisis emergieron las siguientes categorías: a) singularidad de la adolescente embarazada, que incluye marcas existenciales y confusión de sentimientos. b) Identidad de la adolescente embarazada que incluye, el afrontamiento familiar y la reorientación del plan de vida. Con esto podemos afirmar que la familia es un sistema interactuante en donde un evento influye en la cotidianidad de esta.

- Tello, C. (2012) en su investigación “El cotidiano de vida y salud de mujeres peruanas en una comunidad rural” En la cual participaron como sujetos de la investigación cuarenta y nueve mujeres residentes en Campiña de Moche. Tipo de investigación Cualitativa- Fenomenológica, su objetivo: Analizar comprensivamente el cotidiano de vida y salud de mujeres peruanas en una comunidad rural; tuvo como resultados: El análisis interpretativo en su primer momento metodológico, de la comprensión vaga y mediana de los testimonios, permitió la construcción de cinco unidades de significado. La hermenéutica, segundo momento metodológico, develó a la mujer mostrarse en el modo de ser de la cotidianidad, dominada por la ocupación, por la preocupación y por el temor a las enfermedades en la familia. Por otro lado, es en el día a día que se comprende y se devela siendo ahí con los otros en el modo de ser de la inautenticidad.

- Delgado M. y Guadamos V. (2008) en su investigación “ La Cotidianeidad de Vida en Adolescentes con maltrato Intrafamiliar”, donde los sujetos de investigación fueron 8 adolescentes de sexo masculino con edades entre 12 y 17 años, que fueron sometidos a maltrato intrafamiliar y que actualmente se encuentran albergados en el hogar San José, tipo de investigación Cualitativo- Fenomenológica; los hallazgos revelan que los adolescentes en estudio experimentaron una vida cotidiana enmarcada en un contexto de disfuncionalidad familiar, siendo este el factor principal para el surgimiento del maltrato, asimismo se evidenció que los tipos de maltrato mayormente presentados fueron el físico y psicológico, acompañados además en algunas ocasiones de maltrato por negligencia. La afectividad del adolescente que fue sometido a maltrato intrafamiliar fue diversa, enmarcada en el sufrimiento, impotencia e insatisfacción de los menores víctimas de este problema social, siendo el llanto, tristeza, cólera, dolor y odios los sentimientos expresados por la mayoría de ellos.

- Bustamante, E. y Col (2008) en su investigación: “Cotidianeidad de la familia joven. Distrito de Moche”, tipo de Investigación Cualitativo- Fenomenológica, su objetivo: Analizar comprensivamente la cotidianeidad de la familia joven del Distrito de moche, sus resultados: identificaron atributos socioeconómicos y culturales que modulan la cotidianeidad de la familia joven, observándose la predominancia económica sobre lo cultural y social, así como el papel preponderante de la mujer en organización del cotidiano familiar. Además se encontró que la vida cotidiana exige una permanente toma de decisiones: desde cómo vestirse, casarse o no, asumir su propia vida, criar los hijos, dotarles de las condiciones para que se desarrollen del mejor modo posible, asimismo se identificó que la cotidianeidad de la familia joven en el cuidado-crianza del niño preescolar, implica un sistema de redes como: la alimentación del niño. Su cuidado en la salud/enfermedad, su creación y escuela.

- Bustamante, S. (2007) en su investigación: “La Cotidianeidad Familiar: Bases para el cuidado de la enfermería familiar” Investigación Cualitativa- fenomenológica, su objetivo: Analizar y Comprender la cotidianeidad familiar como base para el cuidado de la enfermería familiar; donde se entrevistó a 6 familias de estratos populares de la ciudad de Trujillo-Perú tuvo como resultados: las siguientes categorías temáticas: Marcando fronteras con las familias de origen, los hijos creciendo y relacionándose, luchando por la vida, nuevas responsabilidades para nuevas etapas de vida.

2.2 Marco Conceptual:

La presente investigación está sustentada en la Etnografía. Etimológicamente el término etnografía significa descripción (grafé) del estilo de vida de un grupo de personas habituadas a vivir juntas (ethnos). Asimismo se tiene acceso a las creencias y a las prácticas de una cultura, es una forma de observar en donde se describe, interpreta el comportamiento cultural. Una característica central de la etnografía es ser holística y contextual, lo cual involucra que las observaciones sean colocadas en una perspectiva amplia, lo que significa que la conducta de la gente solo puede ser comprendida en su propio contexto. La etnografía está hecha de material cotidiano, entender como la gente le da sentido a su vida en el día a día. (Do Prado, 2008).

La investigación etnográfica, según Leininger (1995) y Spradley (1980), que fue utilizada en el presente estudio, consistió en el proceso sistemático de observar, detallar, describir, documentar y analizar los patrones específicos de la cultura o subcultura del cotidiano de vida y prácticas de salud de las familias urbano marginal costeña.

Muñoz (1995) nos dice que el investigador entra en el mundo de los participantes y explora con ellos símbolos, rituales y costumbres de su mundo, a través de un proceso exhaustivo de observación, discusión, interrogación y validación, procediendo a su registro y conceptualización de sus mundos.

La cultura es el conjunto de todas las formas y expresiones de una sociedad determinada, como tal incluye costumbres, practicas, códigos, nombres y reglas de la manera de ser, normas del comportamiento y sistemas de creencias. Desde otro punto de vista se puede decir que la cultura es toda la información y habilidades que posee el ser humano.

La UNESCO en 1982 declaró que la cultura da al hombre la capacidad de reflexionar sobre sí mismo. Es ella la que hace de nosotros seres específicamente humanos, racionales, estéticos y éticamente comprometidos. A través de ella discrimina los valores y efectuamos opciones, a través de ella el hombre se expresa, toma conciencia de sí mismo, se reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca inalcanzablemente nuevas significaciones y crea obras que la trascienden.

Para comprender el método etnográfico, el dialogo es lo más importante. Este debe ser continuo y coherente, basándose en dos enfoques llamados EMIC y ETIC, los cuales tienen su origen en la lingüística. El enfoque EMIC está relacionado a la semántica, a los significados inherentes a la organización cultural del conocimiento. En este enfoque las conceptualizaciones de un grupo particular deben ser estudiadas y categorizadas en el idioma, desde el punto de vista de la persona del interior del grupo. (Do Prado, 2008)

El enfoque ETIC apunta hacia la ocurrencia de los eventos, es decir las caracterizaciones con categorías como apropiadas por la comunidad de científicos observadores. Las declaraciones ETIC son certificadas, cuando los observadores independientemente usan similares operaciones, acuerdan que ha ocurrido un evento dado. (Do Prado, 2008)

El método etnográfico proporciona datos que ayudan a la enfermera a entender el significado de los cuidados en cualquier fenómeno que lo estudie; a explicar la conducta humana dentro de un criterio cultural (Leininger, 1995).

La teoría de Madeleine Leininger y su teoría de la “Transculturalidad y la universalidad de los cuidados culturales” sostiene que los elementos que distinguen de forma genuina a la enfermería de las contribuciones de otras disciplinas, es tener un conocimiento y una práctica asistencial basada en la cultura.

Los cuidados culturales son los medios holísticos más amplios que permiten interpretar y predecir los fenómenos asistenciales de la enfermería para orientar la práctica de la disciplina. Desarrolló su teoría basada en la convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidado que desean o necesitan los demás.

Leininger elaboró el modelo del sol naciente que describe a los seres humanos como entes que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción del mundo, de su trayectoria vital y del contexto de su entorno.

El modelo del sol naciente simboliza la salida del sol (cuidados). La mitad superior del círculo representa los componentes de la estructura social y los factores de la concepción del mundo que influyen en los cuidados y en la salud por medio del contexto del lenguaje, la etnohistoria y el entorno.

Las dos mitades forman un sol entero, que viene a significar el universo que las enfermeras deben considerar para valorar los cuidados humanos y la salud.

. Plantea 4 afirmaciones teóricas:

1. Las experiencias, significados, modelos y prácticas de los cuidados culturales son diversos y aun así siguen compartiendo aspectos en común y algunos atributos universales.
2. El punto de vista del mundo consta de múltiples factores de estructura social, como la religión, la economía, los valores culturales, la

etnohistoria, el contexto ambiental, la lengua y el cuidado profesional y genérico que influyen en modelos de los cuidados culturales para predecir la salud, el bienestar. La enfermedad, la curación y las formas como las personas afrontan las discapacidades y la muerte.

3. El cuidado genérico y profesional en diferentes contextos del entorno puede influir en gran manera los resultados de la salud y la enfermedad.

4. A partir del análisis de los factores influyentes anteriormente mencionados, predijeron tres guías principales de acciones y decisiones para proporcionar vías para ofrecer cuidados culturalmente coherentes, seguros y significativos. Los tres modos de acción y decisión con base cultural son los siguientes:

- ✓ Preservación o mantenimiento de los cuidados culturales.
- ✓ Acomodación o negociación de los cuidados culturales.
- ✓ Reorientación o reestructuración de los cuidados culturales.

Se predijo que los modos de acción y decisión basados en los cuidados culturales eran actores claves para llegar a un cuidado coherente, seguro y significativo.

Madeleine Leininger ha desarrollado varios términos que son relevantes para su teoría. A continuación se definen los principales.

1. Cuidado y prestación de cuidados humanos

La referencia a los fenómenos abstractos y concretos que están relacionados con experiencia de asistencia, apoyo y autorización o con conductas para con los demás que reflejan la necesidad evidente o prevista de mejora del estado de salud de la persona o de los estilos de vida o para afrontar discapacidades o la muerte.

2. Cultura: Hace referencia a los valores, creencias, normas, símbolos, prácticas y modos de vida de individuos, grupos o instituciones, aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra.

3. Cuidados culturales:

Actos de prestación de cuidados de ayuda, apoyo, facilitación o capacitación sintetizados y culturalmente constituidos hacia uno mismo o hacia los demás centrados en las necesidades evidentes o anticipadas para la salud y el bienestar del cliente o para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas.

4. Diversidad en los cuidados culturales:

Hace referencia a las variables y/o diferencias de los significados, modelos, valores, modelo de vida y símbolos de los cuidados en o entre colectivos, relacionadas con las expresiones de asistencia, apoyo o capacitación en los cuidados a las personas.

5. Universalidad de los cuidados culturales:

Se refiere a la similitud o uniformidad en los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre muchas culturas y reflejan el cuidado como una humanidad universal.

6. Concepción del mundo:

Se refiere en la forma en que las personas o los grupos tienden a mirar hacia su mundo o universo para formar una imagen o un punto de vista sobre sus vidas o sobre el mundo que los rodea.

7. Dimensiones culturales y de la estructura social

Hacen referencia a los modelos, a características dinámicas, holísticas e interrelacionadas de los factores de estructura y organización de una cultura (o subcultura) determinada, donde se incluyen la religión o la espiritualidad, parentesco (sociedad), características políticas (ley), economía, educación, tecnología, valores culturales, filosofía historia y lengua.

8. Contexto del entorno:

Se refiere a la totalidad de un entorno (físico, geográfico y sociocultural), situación o hecho con experiencias relacionadas, que otorgan significados que guían las expresiones y decisiones humanas con referencia a un entorno o situación particular.

9. Etnohistoria:

Hace referencia a la secuencia de los hechos desarrollados conocidos, presenciados o documentados sobre una población mediante la reconstrucción de una cultura.

10. Sistema de cuidados genéricos (Tradicionales o populares)

Hace referencia a puntos de vista y valores locales, indígenas o inferiores sobre un fenómeno.

11. Sistema de cuidados profesionales:

Hace referencia a puntos de vista y valores externos o más universales sobre un fenómeno.

12. Salud:

Significa el estado de bienestar o recuperación que se define, valora y practica culturalmente por parte de individuos o grupos que les permite funcionar en vidas cotidianas.

13. Enfermería transcultural:

Hace referencia a un área formal de conocimientos y de prácticas humanísticas y científicas centradas en fenómenos y competencias de los cuidados (prestación de cuidado) cultural holístico para ayudar a individuos o grupos a mantener o recuperar su salud (o bienestar) y para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas, de forma culturalmente coherente y beneficiosa.

14. Conservación o mantenimiento de los cuidados culturales

Se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia de apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a las personas de una cultura determinada a recuperar o conservar valores de los cuidados significativos para su bienestar, a recuperarse de las enfermedades o saber afrontar impedimentos físicos o mentales o la misma muerte.

15. Adaptación o negociación de los cuidados culturales

Hace referencia a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación, y capacitación que ayudan a las personas de una cultura (o subcultura) determinada a adaptarse o llegar a un acuerdo con pacientes de culturas diferentes.

Todos estos conceptos teóricos y la teoría de Enfermería utilizada en la investigación sirvieron como base para profundizar en el Cotidiano de vida en las Prácticas de salud de las familias de un Asentamiento Humano.

2.3 Marco referencial

La presente Investigación es Descriptiva-Cualitativa-Etnográfica.

Según Rodríguez (1999) la investigación cualitativa es un campo interdisciplinar, transdisciplinar y en muchas ocasiones contradisciplinar. Atraviesa las humanidades, las ciencias sociales y las físicas. La investigación cualitativa es muchas cosas al mismo tiempo. Es multiparadigmática en su enfoque. Los que la practican son sensibles al valor del enfoque multimetódico. Están sometidos a la perspectiva naturalista y a la comprensión interpretativa de la experiencia humana. Al mismo tiempo, el campo es inherentemente político y construido por múltiples posiciones éticas y políticas.

El investigador cualitativo se somete a una doble tensión simultáneamente. Por una parte, es atraído por una amplia sensibilidad, interpretativa, postmoderna, feminista y crítica. Por otra, puede serlo por unas concepciones más positivistas, postpositivistas, humanistas y naturalistas de la experiencia humana y su análisis

Taylor y Bogdan (1986) consideran, en un sentido amplio, la investigación cualitativa como "aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable".

Cuando nos referimos a la etnografía la entendemos como el método de investigación por el que se aprende el modo de vida de una unidad social concreta. A través de la etnografía se persigue la descripción o reconstrucción analítica de carácter interpretativo de la cultura, formas de vida y estructura social del grupo investigado.

La situación actual, caracterizados por valores y estructuras sociales con continuo proceso de cambio, se generan requerimientos personales, nuevas necesidades que necesitan cuidados profesionales con perspectiva cultural.

La investigación cualitativa y en particular el de tipo etnográfica rescatan lo cotidiano como escenario de la práctica y de lo investigable. Los gestos, los ritos, las costumbres, las prácticas religiosas, el lenguaje propio de los grupos, los alimentos, evidencian la cultura. Estas interpretaciones emicas son importantes para guiar los modos de acción y el cuidado de Enfermería. La investigación cualitativa es una aproximación sistemática y subjetiva que permite describir las experiencias de vida y darles significado. Se centra en la comprensión de la globalidad, lo cual es congruente con la filosofía holística de la Enfermería (Leininger, 1995).

Etimológicamente el término etnografía proviene del griego “ethnos” (tribu, pueblo) y de “grapho” (yo escribo) y se utiliza para referirse a la “descripción del modo de vida de un grupo de individuos” (Woods, 1987). Es quizá el método más conocido y utilizado en el campo educativo para analizar la práctica docente, describirla desde el punto de vista de las personas que en ella participan y aproximarse a una situación social.

El origen de la etnografía lo encontramos a finales del S. XIX y aparece vinculado a dos tradiciones:

- La antropología cultural, que surge de un estudio de los nativos de la zona occidental de Nueva Guinea, después de que los investigadores conviviesen durante un tiempo con ellos, como unos miembros más de su comunidad. Este trabajo asienta el proceso básico de las primeras etnografías holísticas.
- La Escuela de Chicago de Sociología donde se iniciaron un conjunto de estudios sobre pobreza y marginación, dan gran importancia a la dimensión humana. Estos estudios parten de la obtención de datos de las experiencias de primera mano, a través de entrevistas y fotografías de su contexto social.

Según la complejidad de la unidad social estudiada, Spradley (1980) establece un continuum entre las macroetnografías, que persiguen la descripción e interpretación de sociedades complejas, hasta la microetnografía, cuya unidad social viene dada por una situación social concreta. La mayoría de las investigaciones etnográficas realizadas en el ámbito educativo de nuestro país están más próximas al extremo de las microetnografías y toman como unidad particular de estudio el aula.

La etnografía Consiste en descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables. Incorpora lo que los participantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones tal como son expresadas por ellos mismos y no como uno los describe. (González y Hernández, 2003).

Una de las características más importantes de las técnicas cualitativas de investigación es que procuran captar el sentido que las personas dan a sus actos, a sus ideas, y al mundo que les rodea.

Un criterio importante a tener en cuenta es la credibilidad, criterio de rigor que toda investigación cualitativa debe tener. Equivale al concepto de validez interna, es decir, que se reconozca o que se crea que nuestras conclusiones responden a la realidad que se estudia. Existen unas estrategias para asegurar la credibilidad:

1. La triangulación, que es la observación permanente de espacio, tiempo y métodos.

2. Recogida de material para contrastar información

La etnografía fue desarrollada por antropólogos y sociólogos siendo, según Anthony Giddens, (2005) el estudio directo de personas o grupos durante un cierto período, utilizando la observación participante o las entrevistas para conocer su comportamiento social.

Rodríguez (2010) la define como el método de investigación por el que se aprende el modo de vida de una unidad social concreta, pudiendo ser ésta una familia, una clase, un claustro de profesores o una escuela.

DO Prado (2008) nos dice que la investigación etnográfica, y por ende la observación participante, implica al menos dos componentes que interactúan continuamente: el investigador (el yo) y el grupo (el otro). Hay que conjugar la conceptualidad del otro (perspectiva del actor o emic) con la conceptualidad del observador (perspectiva del investigador o etic) para llegar al conocimiento más aproximado a la realidad objetiva. La información producida a través de la observación participante corresponderá siempre a estas dos categorías, dos discursos diferentes que basan su racionalidad, respectivamente, dentro de un sistema particular o fuera de él.

La etnografía es un proceso sistemático de aproximación a una situación social, considerada de manera global en su propio contexto natural. El objetivo fundamental y el punto de partida que orienta todo este proceso de investigación es la comprensión empática del fenómeno objeto de estudio. La etnografía se interesa por lo que la gente hace, cómo se comporta, como interactúa; se propone descubrir sus creencias, valores, motivaciones. (Leininger, 1995)

Asimismo debemos señalar, las características de la etnografía como forma de investigación social, señaladas por Del Rincón (1997):

- Tiene carácter fenomenológico o emico: la investigación describe los fenómenos sociales desde el punto de vista de los participantes. Supone una permanencia relativamente persistente por parte del etnógrafo en el grupo o escenario objeto de estudio.
- Es holística y naturalista: las etnografías son muy detalladas ya que producen distintas perspectivas para conceptualizar la realidad y la visión del mundo.

-Tiene carácter inductivo: es un método de investigación basado en la experiencia y exploración de primera mano, a través de la observación participante.

Desde el marco conceptual del holismo, la investigación cualitativa explora la profundidad, la riqueza y la complejidad inherente a un fenómeno, y es útil para entender las experiencias humanas como sentir dolor, sentirse cuidado, soledad, angustia, miedo, amor.

El enfoque de la investigación cualitativa se basa en una visión del mundo que parte del posicionamiento que no existe una realidad única, la realidad se basa en percepciones; es diferente para cada persona y cambia con el tiempo y aquello que conocemos tiene significado solamente en un contexto dado.

La investigación cualitativa es humanista porque busca acceder por distintos medios a lo privado a lo personal como experiencias particulares captadas desde las percepciones, concepciones y actuaciones de quien lo protagoniza.

La Enfermera, en la investigación cualitativa entra en contacto con las actividades cotidianas de la gente para aprehender su mundo y obtiene inductivamente relatos basados en observaciones y en una actitud participativa buscando la comprensión de esos fenómenos que exigen su conocimiento basado en principios filosóficos que lo sustenten y por lo tanto proporcionara cuidados de Enfermería más humanizados, con una base para la atención integral, individualizado al usuario y su familia (Muñoz, 1995).

2.4. Definición de las variables o Conceptos:

1. **COTIDIANO:** Proviene: del latín “quotidianus” = de todos los días. El adverbio latino “quotidie” significa diariamente. (Pérez, 2007).

2. **LA COTIDIANEIDAD FAMILIAR:** Es el vivir diario de la familia en un espacio determinado como su vivienda y en un tiempo dado, donde se desarrollan sus interrelaciones a través de las cuales cada miembro busca establecer su propia identidad y singularidad, así como diversas maneras de comunicación y/o conversación, anhelos, proyectos de vida, conflictos y establecimiento de una imagen aceptada por la sociedad que puede estar basada en los principios de singularidad, identidad, solidaridad, comunicación y amor. (Gutiérrez y Jiménez, 2012)

3. **PRÁCTICAS DE SALUD:** Son acciones y comportamientos que las familias pueden incorporar al cuidado diario para garantizar el buen crecimiento, desarrollo y calidad de vida de sus miembros. (Villegas, 2014)

CAPITULO III
**MATERIAL Y MÈTODOS/
METODOLOGÌA DE LA
INVESTIGACIÒN**

MATERIAL Y MÉTODOS/ METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN (Trayectoria Metodológica)

3.1. Tipo de Investigación

Descriptiva -Cualitativa- Etnográfica

Es descriptiva porque se describen los hechos como son observados. Es Cualitativa ya que se basa en el análisis subjetivo e individual, aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable.

Es etnográfica porque consiste en descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables. Incorpora lo que los participantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones tal como son expresadas por ellos mismos y no como uno los describe. (González y Hernández, 2003).

3.2. Universo

El estudio se desarrolló en una comunidad Urbano Marginal, llamada Villa María, en el Asentamiento Humano “Costa Verde” perteneciente a la jurisdicción del Distrito de Nuevo Chimbote, situado en la Provincia del Santa, en el Departamento de Ancash., Costa Verde cuenta con un total de 650 personas, y un aproximado de 110 familias.

Los sujetos de investigación fueron los padres de familias del Asentamiento Humano de “Costa Verde”, Villa María.

Criterios de selección:

- Padres que pertenecen a la comunidad “Costa Verde”, Villa María.
- Padres que se encuentren en casa.
- Padres que voluntariamente deseen participar en la entrevista.

3.3 Muestra (o Sujetos participantes)

Para detectar el tamaño adecuado de la muestra en este estudio, se tuvo en cuenta la saturación de los discursos; es decir cuando hubo repetición de los discursos, lo que se logró a partir de 7 familias del Asentamiento Humano Costa Verde-Villa María.

3.4. Unidad de Muestreo/análisis

Integrantes de las familias (Madre, Padre e hijos que se encontraban en el momento de la entrevista), del Asentamiento Humano Costa Verde- Villa María.

3.5 Instrumentos para la recolección de datos

Se utilizó la siguiente técnica:

Entrevista Etnográfica:

Se realizó a modo de conversación amistosa entre el investigador y la familia, no hay un esquema preestablecido. La conversación surgió en forma natural, lo más importante fue escuchar y preguntar para recoger información, sentimientos, motivaciones, pensamientos o ideas, significados de términos y símbolos, actitudes, intenciones y matices culturales de los participantes en este trabajo de investigación.

La empatía fue fundamental en este tipo de investigación, logrando un contacto efectivo y se logró la confianza para una mayor profundización de los datos.

Al ingresar al domicilio de las familias se realizó las siguientes preguntas orientadoras:

¿Relátame con detalle que hace y como vive en su día a día?

¿Cuéntame que hace para cuidar su salud?

¿Cómo hace para cuidar la salud de su familia?

¿Qué hace para prevenir las enfermedades?

¿Qué entiende por salud?

¿Qué significa Enfermedad?

Registro Etnográfico:

Son las notas metodológicas a través de las cuales se anotó la riqueza del cotidiano de vida y salud de las familias para así obtener los datos sobre el significado que tiene para ellos. Se describió los datos detalladamente tratando de buscar el significado del fenómeno.

Observación Participante:

Es de fundamental importancia en la investigación etnográfica especialmente el papel del observador como participante, este rol permitió observar los ambientes donde acontecen los escenarios culturales, eventos, relaciones y significados para adentrarnos en la cultura y observar los comportamientos de las familias de un Asentamiento Humano.

3.6. Procedimiento

El recojo de información se realizó en los hogares de las familias de la comunidad “Costa Verde”, siendo un ambiente más tranquilo y seguro, en un horario adecuado y factible para la investigadora y entrevistados. Se utilizó una grabadora y se hizo las preguntas orientadoras antes mencionadas. Además se dejó que los entrevistados expresen libremente sus vivencias en su vida cotidiana y de salud, motivándoles a seguir sus relatos utilizando frases que ayuden a continuar o ampliar la información que será brindada.

El procesamiento de la información se realizó mediante el proceso de transcribir los relatos de cada persona después se dedujo mediante el análisis de las notas de campo y se procedió a la redacción sin modificar la expresión original del discurso.

El análisis de los datos, según el método de Spradley se realizó en tres niveles: Análisis de Dominios Culturales, Análisis Taxonómicos y Análisis de Temas.

Análisis de Dominios Culturales:

Constituye la primera unidad de análisis en una investigación de trayectoria etnográfica. Esta inicia a partir de la transcripción de los datos en donde sus dominios culturales son identificados.

Este dominio es un tipo de situación o suceso particular de un grupo cultural. Posee una estructura de tres elementos básicos:

- ❖ Los términos cubiertos, el cual es el nombre para el dominio.
- ❖ Los términos incluidos o nombres para las categorías menores.
- ❖ La relación semántica la cual opera por principio general de inclusión y su función es definir términos incluidos, situados dentro del dominio cultural.

Análisis Taxonómicos:

Es el segundo nivel de análisis de los datos, tiene como objetivo profundizar y demostrar la organización interna de un dominio. Spradley (1980) señala que el investigador puede optar por el análisis superficial de varios dominios o analizar con profundidad algunos pocos.

Muestra una relación entre todos los términos populares de un dominio, una taxonomía revela subsectores de términos populares y la manera como están relacionados con el dominio como un todo.

Análisis de Temas:

Spradley (1980) define tema cultural como algún principio cognitivo, táctico o explícito, consistente en varios dominios el cual sirve como relación entre los subtemas de significados culturales.

Los temas culturales son grandes unidades de pensamiento. Ellos consisten en un número de símbolos interrelacionados dentro de relaciones de significados. Un principio cognitivo ira a tomar la forma de una aseveración.

También un principio cognitivo es algo que los participantes familiares aseveran como verdadero y válido sobre la naturaleza de sus experiencias como participantes familiares. Luego se desarrolló la descripción de los hallazgos, escribiendo una Etnografía.

3.7. Control de la calidad de los Instrumentos

❖ **Prueba piloto:** se realizó una prueba piloto a una familia de otro Asentamiento Humano, logrando la descripción de su cotidiano de vida y prácticas de salud.

❖ **Confiabilidad:**

Los datos fueron obtenidos con autorización de las participantes en el estudio, garantizando el anonimato y la confidencialidad, se les pidió permiso para que la entrevista sea grabada.

- **Credibilidad.-** Este criterio busca la exactitud de las fechas, se cumplió porque los hallazgos fueron reconocidos como reales o verdaderos por las personas que participaron en el estudio.

- **Confirmabilidad.-** Este criterio se cumplió porque la investigadora describió textualmente las narraciones de los informantes. La confirmabilidad se refiere a la neutralidad de la interpretación o análisis de la información que se logra cuando otro investigador puede seguir la “pista” al investigador original y llega a hallazgos similares.

- **Aplicabilidad o Transferibilidad.-** Este criterio se cumplió porque existe la posibilidad de transferir los resultados a otros contextos o grupos.

❖ **Validez:**

- **Auditabilidad.-** Viene a ser el proceso de hacer seguimiento en la trayectoria de la investigación, desde su inicio hasta el final; significa que algún lector u otro investigador puede seguir la sucesión de eventos en el estudio y con el entendimiento de su lógica. Este criterio se cumplió porque la investigadora describió textualmente las narraciones de los informantes presentándolos en los resultados. Los datos se procesaron desde la transcripción de las grabaciones de cada discurso, luego se dan varias lecturas, realizando la triangulación de la información con el registro etnográfico y la observación participante, buscando la unión de los eventos y que ya sean repetitivos, se utilizó el método de Spradley para el proceso de datos en sus 3 niveles antes mencionados, emergiendo 3 categorías y subcategorías en el estudio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

RESULTADOS (O HALLAZGOS):

Buscando comprender los significados que expresaron las familias en los discursos, se procedió a su respectivo análisis con el fin de Comprender el Cotidiano de vida en las Prácticas de Salud de familias de un asentamiento humano.

Dentro de las características de las familias tenemos que las 7 madres de familia son amas de casa, 3 familias son compuestas (viven con abuelos, tíos), 3 familias son de religión evangélicos, 3 familias son inmigrantes de la zona sierra.

Todos los relatos fueron transcritos integralmente en la forma original, tal y conforme narraron las participantes. Después fueron organizados para su mejor comprensión, respetando la semántica y gramática.

Los discursos fueron identificados por medio de seudónimos; posteriormente se realizaron varias lecturas secuenciales de la totalidad del material recolectado.

Del proceso de codificación, emergieron categorías:

-Categoría 1: Considerando la función del cuidado de la familia

-Categoría 2: Considerando a la mujer como responsable de la salud y educación en el hogar.

-Categoría 3: Considerando los aspectos socio-culturales y económicos en las prácticas de salud en el hogar.

Cada categoría fue organizada en sub categorías, las mismas que contienen los principales discursos que a continuación se presenta:

-Categoría 1: Considerando la función del cuidado de la familia

Subcategoría: Enfrentando el día a día

Tenemos los siguientes discursos:

- *“Bueno mi día a día empieza desde el amanecer, que yo me levanto, en primer lugar levantarse a hacer el desayuno, luego servirle a mi esposo, atenderlos y después servir a los que quedan en casa, más adelante ir al mercado, hacer las compras para luego regresar a hacer el almuerzo, y luego servir, mandar el almuerzo también a mi esposo”*

Orquídea

- *“...es cuidar a mis dos hijas, me levanto a dar su desayuno, a alistarles y lavar, ayudarle allí a mi suegra y cocinar.”*

Chavelita

- *“Bueno yo soy ama de casa, me dedico a mis hijos, lo atiendo día a día, preparo los alimentos, para mis hijos, para mi esposo, para toda la familia de la casa”.*

Azucena

- *“Desde que me levanto, ahora ya que soy madre, ahorita mi prioridad es la atención de mi niña, que tiene un añito, yo desde que me levanto lo primero que hago es atender a ella, primero es ella, y luego yo, empezando de su desayuno, de sus alimentos, igual durante todo el día. En la tarde su almuerzo, su cena, siempre va a ser primero ella y luego yo”.*

Flor

- *“Bueno yo me levanto desde las seis y media de la mañana para preparar el desayuno para que mis hijitos se vayan a estudiar, y generalmente les preparo kuaker o a veces un té,Y yo después me quedo con mi hijita menor que tiene tres añitos allí cuidándola hasta que llegue la hora de preparar los alimentos”.*

Rosa

- *“Yo temprano me levanto a las cuatro y media de la mañana, ya que casi a esta edad no puedo dormir y tempranito me levantoen primer lugar yo preparo el desayuno para mi hija que se va a trabajar temprano seis y media yo estoy preparando desde las cinco y media su desayuno...”.*

Dalia

- **Subcategoría: Los quehaceres en el Hogar**

- *“Yo me levanto a las cinco y media o seis de la mañana, y empiezo mis labores de la casa...”*

Orquídea

- *“... siempre no faltan los quehaceres de una manera y otra, siempre me tengo ocupada en la tarde”*

Chavelita

- *“me dedico a hacer unas cosas en la casa, apoyar hoy a mi mama y también en lo que se pueda en el desayuno todo no en el preparado y de allí en las mañanas este bueno hago el mercado las compras*

acompañándola a ella y o en la tienda para el almuerzo durante todas las mañanas”.

Girasol

- *“Por las tardes normalmente me pongo a cocer, o a ordenar el cuarto, la ropa de la bebe, planchar, o una prenda sucia lavarla o así.”*

Flor

- *“...preparo el desayuno, para mi esposo que se va a trabajar temprano, porque mis hijos ahorita están de vacaciones, y de allí me voy al mercado, a comprar para el almuerzo, para preparar a toda la familia”*

Rosa

- *“...me pongo a hacer la limpieza en la casa, como soy ama de casa, me limpio la casa, a veces como tengo mi hijo pequeño, lo lavo su ropita diaria, porque a él a cada rato lo tengo que cambiar. Y después de que dejo limpio toda la casa, lavo los servicios, me voy al mercado”.*

Azucena

- *“... hago muchas cosas que se puedan hacer en la casa, ahora soy estudiante también a hacer trabajos, a ayudar a veces a la mamá a los quehaceres de la casa...”*

Clavel

De los discursos anteriores se puede apreciar que la función del cuidado de la familia, se da desde muy temprano de la mañana, cada día, con la primera acción de preparar el desayuno, asimismo realizar los quehaceres del hogar y continuar con el cotidiano de vida.

CATEGORIA 2: Considerando a la mujer como responsable de la salud y educación en el hogar.

Subcategoría: Conceptualizando la salud

Tenemos los siguientes discursos:

- *“Bueno yo entiendo que nosotros como personas nos mantenemos al margen para cuidar nuestra salud, y ser sobre todo nuestro cuidado de uno mismo, de nuestra persona, porque si no nos cuidamos nosotros nuestra salud no va marchando bien hasta la edad que tenemos”.*

Orquídea

- *“Salud, bueno yo entiendo que es el bienestar de cada persona que cada uno debe tener más que todo”.*

Chavelita

- *“Bueno salud, es un cuidado, personal interior de uno, o sea tanto con los cuidados de los alimentos, todo eso repercute en nuestro organismo y de esa manera también a veces no practicamos, pero sé que el deporte, la actividad física ayuda al bienestar de nuestro cuerpo”.*

Azucena

- *“bastante higiene, estar alejada del polvo, no contaminaciones y cuidarles a mantener limpia a mis hijas”.*

Rosa

- *“Buena salud es esta la parte vital del ser humano, no enfermarse, cuidarse, es estar sano, para mí eso es salud”.*

Dalia

- *“Buena salud, entiendo yo, que es ¡cuidarse no! ¡prevenir! “mantener más que todo la limpieza para poder tener una buena salud, ya sea en la alimentación, bueno para mí eso es salud.*

Clavel

- *“Salud es el bienestar de la persona, cuando estamos bien, cuando no nos sentimos mal, también cuando las personas se sienten cómodas no tienen ningún malestar nada”.*

Girasol

- *“Salud es estar bien, más que todo bien, tranquilo, feliz, no te duele nada, entonces salud se cuida, más que todo controlando alcohol, drogas de esa cosa uno no debe consumir, salud quiere decir que hay que estar precavido con cualquier cosa que viene, tienes que estar cuidando, la salud...”*

Geranio

Subcategoría: Conceptualizando la Enfermedad

Las familias sobre este concepto señalan de la siguiente manera:

- *“La enfermedad es una que ataca a las personas a los débiles o alguna enfermedad que tengan, que sea crónico o contagio, por X motivos que a veces hay, las enfermedades que viene al cuerpo”.*

Orquídea

- *Enfermedad es bueno creo lo que a veces tenemos ya sea un dolor de barriga ya sea un dolor de cabeza no sé, creo que ya nosotros a veces no sé ...”*

Chavelita

- *“ bueno hay varios tipos de enfermedad, enfermedad es, entiendo que es ¡tener un dolor, cualquier mal que llegue¡ ese es enfermedad para mí”*

Azucena

- *“Enfermedad es un mal que por naturaleza creo que los seres humanos vamos a padecer durante toda nuestra vida, ya sea cualquier enfermedad, como decir, o dolor o malestar algo, es porque el cuerpo nos está avisando que padecemos de algún mal o alguna molestia que puede ser causa de alguna enfermedad”.*

Clavel

- *“Enfermedad es síntomas, o sinónimos parecidos, yo pienso que al dolor, cuando hay algo que te duele para mí es como que estás enfermo”.*

Flor

- *“las enfermedades si uno no se cuida, no se alimenta bien, allí es donde uno produce las enfermedades, viene las enfermedades, y chequearse también una, siempre, una vez al medio año, al año, en el centro de salud más cercano”.*

Rosa

“Enfermedad pues es estar así, deprimido, uno sin poder hacer nada, y a veces yo pienso, no cuando me deprimido digo ¡ya no valgo para nada! pero mis hijos me dicen ¡no mamá como vas a decir eso! porque ¡es bien difícil, es bien difícil señorita estar bien enfermo, delicada, ya la fuerza ya no te ayuda, uno no puede ni caminar! a veces casi no veo muy de lejos, entonces uno se siente mal por eso”.

Dalia

- *Enfermedad es más que todo un problema, más que todo para el hogar, cuando uno está enfermo, entonces todos se preocupan, entonces la enfermedad viene, y para cualquier cosa uno hay que cuidarse.*

Geranio

Subcategoría: La Mujer dedicada al cuidado del hogar

- *...”solo me dedico a mi casa nada más, cuido a mis hijos y esposo, cumplo con todos mis actividades diarias de mujer y madre”.*

Orquídea

- *... yo me dedico solamente a la casa, no trabajo, ya que tengo mi hija pequeña, mi esposo dice que yo me dedique a cuidarla mientras esta pequeña.*

Chavelita

- *Sí, me dedico a mi casa, nada más, a cuidar a mis hijos y también a mi esposo.*

Azucena

- *Bueno yo soy ama de casa, soy ama de casa, me dedico a mis hijos, lo atiendo día a día, preparo los alimentos, para mis hijos, para mi esposo, para toda la familia de la casa*

Flor

- *“Si señorita yo no trabajo,. Yo estoy acá, porque yo ya no trabajo, no hago nada casi ya acá en mi casa, apoyo con mi nietecita ya que mi hija trabaja, y me siento útil, feliz”.*

Dalia

De los discursos anteriores se puede apreciar que las familias conceptualizando la salud como estar bien, sano, sin enfermedad, no estar deprimido, asimismo definen la enfermedad como problema, dolor, afecta a toda la familia, y se precisa que la mujer es la responsable del cuidado de la salud en el hogar por estar siempre en la casa.

CATEGORIA 3: Considerando los aspectos socio-culturales y económicos en las prácticas de salud en el hogar.

Subcategoría: La alimentación y la higiene base para la salud

Tenemos los siguientes discursos:

- *“Bueno le explico, hay comidas que uno los prepara de acuerdo a nuestra salud llevando por la edad que tenemos y porque a veces hay enfermos en casa, tenemos que estar preparando las comidas de acuerdo a lo que nos indica el médico para poder cuidarse uno”.*

Orquídea

- *“Bueno para cuidar la salud de ellos es darles lo que no les hace daño, los alimentos a la hora, y darles lo que les va a nutrir, todo lo contrario, para que se mantengan sanos...La limpieza, la limpieza, o sea que esté todo limpio, yo exijo mucho a la señora que trabaja, que se haga la limpieza que esté todas las cosas limpias, o sea, siempre eso estar con la higiene en la casa limpiando, así los cuido a mis hijos, así de esa manera.”*

Dalia

- *“Bueno, yo manteniendo como se dice comiendo lo saludable lo natural claro que eso no es todo no, pero mayormente hago eso en tratar de comer lo saludable”*

Azucena

- *“Bueno hoy en día, con una dieta que tengo, me abstengo ahora a comer, no como antes como comía...”*

Flor

- *“Bueno, normalmente en la higiene de mi niña, lavado, su aseo personal de mi niña tanto el mío también, los alimentos, el cuidado de las frutas, el aseo también de las frutas”*

Rosa

- *“Si, si porque el doctor me dijo que, yo me cuidaría en la comida, comida. Por ejemplo: verduras, no condimento, no ají, eso”.*

Girasol

- *“Bueno generalmente cuido mi salud a veces en la alimentación no, trato de alimentarme bien, comer bien, mantener las cosas higiénicas, bueno eso es lo que hago para mantener mi salud”*

Violeta

- *“siempre la higiene principal, lo baño todos los días, según en el verano, sea verano o invierno lo baño. lo cuido que no coma cosas heladas, porque a veces eso lo hace daño, comer en exceso todo es dañino”.*

Chavelita

- *“También, la higiene es la base no, lavarse las manos antes de preparar los alimentos y después, eso sí en esa parte yo soy bien higiénica, yo tengo bastante cuidado en lavar bien los utensilios desinfectar con lejía no”.*

Geraneo

De los discursos anteriores se puede observar que la alimentación y la higiene son puntos importantes para el cuidado de la salud en las familias que se repite en su cotidiano de vida.

Subcategoría: Creencias y Costumbres en las prácticas de salud en la familia.

Tenemos los siguientes discursos:

- *“...yo nada más que hago me voy a orar, pido al señor, y tratamos de calmar a la familia, darle algún calmante, que tenemos que hacer, pero al doctor, yo no voy. No, no tomo yo medicamentos porque, yo sufro con el estómago, a veces me arde y no tomo. A veces cuando voy también a la posta, me recetan pastillas, pero no lo tomo, ¡No lo tomo! Así me calma”.*

Orquídea

- *“yo vivo de verdad tranquila, mi refugio es mi Señor, cualquier cosita, yo me voy, lo primero es rogar a Dios, que el solucione las cosas, por él estamos acá, y que él nos de fuerzas, nos de valor, y él es todo para nosotros. ¡Para mí exclusivamente!*

Dalia

- *“Bueno a veces mi abuelita me da un té, o infusión, más o menos con eso, y ella a veces ella me lleva a la posta y con eso me mejoro, a veces me automedico, a veces voy a la farmacia, y en la farmacia compro o me ponen una ampolla, a veces tomo medicina, o a veces no me alcanza para ir al médico a tiempo”.*

Girasol

- *“Bueno si a veces me entra dolor de cabeza, cólicos, pero no enfermedades graves y claro como persona me siento mal uno no se siente bien, y como no tengo seguro acudo a la farmacia a comprar una pastilla para el dolor”*

Flor

- *“Mire yo, vivo por la gracia y la misericordia de Dios, porque yo soy una persona, ¡que yo tengo diabetes, más de treinta años, y nunca me he*

cuidado o sea no he hecho una vida normal; pero ahora yo estoy pagando las consecuencias,... “

Azucena

- *“Si, soy cristiana, soy evangélica, y sirvo al Señor y por eso es que el Señor me ayuda, trato de seguir adelante. : Solamente yo le digo que tenemos que agradecer a Dios todos los días de nuestra vida, porque no somos eternos en esta tierra, y tenemos que prepararnos para un día partir con el Señor, Dios cuida de nuestra salud.”*

Chavelita

- *“..cuando se enferman ¡les doy hierbita; y ya si es que están muy enfermos recién les llevo al puesto de salud,... Yo por ejemplo, el mayorcito que le dio este cólicos, estaba mal del estómago, iba cada rato al baño, pero este le daba hierbitas, manzanilla, anís,....*

Rosa

- *“sufrí un cólico al estómago, y mi temor fue, de ir al seguro acudir y que me atiendan, pero preferí no ir porque a veces el mismo seguro, a veces la atención, como todos decimos hasta que no te vean grave o los medicamentos que te dan son básicos y no te ayudan a mejorar lo que estas sufriendo, los dolores; por eso es que acudí cerca a mi casa, hay una posta médica, preferí hacer un esfuerzo.., “*

Clavel

. “Si porque sin Dios no somos nada, Dios está primero, tenemos que rezar a Dios porque Dios es nuestra fuerza, sin él no somos nada...Sí, soy cristiana, soy evangélica, y sirvo al Señor y por eso es que el Señor me ayuda, trato de seguir adelante ¡no es fácil; porque la misma palabra de Dios dice que solamente ¡los valientes quedarán en el reino de los cielos; ¡no es fácil pero tampoco es imposible; entonces yo estoy muy agradecida de Dios, le

agradezco todo, porque todo lo que tengo, todo lo que soy y mis hijos todo, este lo debo al Señor, utilizo la hierba de la tara para dolor de garganta”

Geranio

De los discursos anteriores se puede apreciar que como creencia para cuidar su salud es pedir y confiar en Dios quien les ayuda a sobrellevar las enfermedades, asimismo tienen como costumbres en sus prácticas de salud consumir hierbitas, infusiones, asimismo practican la automedicación.

Subcategoría: La economía factor importante en la salud

“....generalmente les preparo kuaker o a veces un té, depende de lo que caiga el dinero, a veces compro pan también, o si no a veces frío cancha, y con eso les doy a mis hijitos para que se vayan a tomar desayuno”.

Rosa

- *“Claro, por ejemplo cuando a veces hay días que no hay trabajo, mi esposo tiene que irse a buscar un trabajo a distintos lugares y a veces no le pagan, entonces si no hay plata, no podemos comprar para la comida, entonces ya a veces los hijos les piden en el colegio y él no les puede comprar las cosas que les pide”.*

Azucena

- *Bueno ¡Lo que se encuentra pues! lo que alcance la plata. Por ejemplo; Hoy día he preparado mi frejol, mi guisito de pescado con su camote y su arroz.*

Orquídea

- *“Más porque no nos alcanza para comer, está caro, a veces yo no trabajo, no puedo aportar para que mi abuelita pueda cocinar, a veces nos limitamos allí con lo que hay.*

Clavel

- *“.....a veces me automedico, a veces voy a la farmacia, y en la farmacia compro o me ponen una ampolla, a veces tomo medicina, o a veces no me alcanza para ir al médico...”*

Geranio

- *En el desayuno por ejemplo, generalmente tomamos kuaker, pero a veces por motivo de que no hay dinero solamente un té de hierbita y si mayormente compramos pan, pero algunos días que no hay..”*

Flor

- *“En el almuerzo, bueno a veces hago arroz, a veces tallarín, el arroz a veces generalmente lo hago con menestra, lo hago con papa, casi no consumo mucho pollo, ni carne, ¡porque no alcanza el dinero para consumirlo! pero de vez en cuando si consumimos, generalmente la sopita lo hago de menudencia”.*

Chavelita

De los discursos anteriores se puede apreciar que la economía es un factor importante para realizarlas prácticas de salud en el cuidado en la familia, sino hay dinero no se puede consumir ciertos alimentos y a la vez no poder asistir a los centros de salud para su atención.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

El tema y la preocupación por la familia ha sido objeto de la mayor parte de la atención de distintas disciplinas y sectores en las últimas décadas.

Científicos sociales: Como antropólogos, psicólogos, psiquiatras y enfermeras, se preguntan si hoy existe crisis en la familia, la respuesta es afirmativa, y de acuerdo ello han desarrollado nuevas técnicas terapéuticas y de cuidado. (Bustamante, 2007)

Las teoristas de enfermería y seguidoras(es) de ellas, están dando aplicación de los conceptos de salud familiar para la práctica de enfermería con familias. (Bustamante, 2007)

La familia es considerada unidad única y total básica. Es una institución social que parece en todas las sociedades conocidas, constituyendo una comunidad unitaria y total para los individuos que la integran.

Asimismo tenemos otra definición más amplia según Bustamante 2007: “Un organismo vivo complejo, cuya trayectoria de vida es un transcurrir de diversidades, adversidades, semejanzas, diferencias, individualidades, singularidades y complementariedades, que lucha por su preservación y desarrollo en un tiempo-espacio y territorio dado, y al cual se siente perteneciente, interconectada y enraizada biológica, solidaria, amorosa, cultural, política y socialmente”.

El concepto de salud familiar es importante para las estrategias de intervención. Cuando la enfermedad de cualquier miembro incide en el equilibrio familiar global y frecuentemente incide en la salud o enfermedad de los restantes miembros de la familia.

Muchos hechos rutinarios de nuestro diario vivir nos resultan inadvertidos, no son objeto de nuestra atención, y no son reconocidos ni valorados como importantes (Héller 1998). Así, tales hechos son asumidos como cuestiones acerca de las cuales nadie se interroga (Wolf 1979); en

consecuencia, se asumen como obvios y normales, y aunque se reproducen intersticialmente en el curso de todas nuestras acciones sociales, se les atribuyen características estereotipadas que impiden ver la naturaleza esencial y contextual de cada uno de ellos (Salgueiro, 1998).

Por tanto, sólo nos llaman la atención los fenómenos que son calificados como extraordinarios de acuerdo con los parámetros establecidos por cierta concepción de la realidad, ajustada a las preferencias que se derivan de dominios cognitivos predominantes en el marco de una determinada cultura (Maturana, 1994). En este marco, se minimizan las posibilidades de reconocer como valiosos los acontecimientos cotidianos que tienen lugar en las múltiples prácticas sociales que dan vida a una cultura (De Certeau, 1999).

Sin embargo, los asuntos que conforman la vida cotidiana de las personas, comunidades y sociedad en general, cada vez cobran mayor interés; en esto ha contribuido el desarrollo de abordajes investigativos de naturaleza cualitativa, los cuales rescatan cuestiones, tales como la subjetividad y la intersubjetividad, que el enfoque investigativo cuantitativo había soslayado. (Villegas, 2014).

A partir de los Códigos vivos, las subcategorías y las categorías emergió el cotidiano de vida en las prácticas de salud en familias, esta es la razón de la investigación etnográfica, según Leininger (1995) y Spradley (1980), que consistió en el proceso sistemático de observar, detallar, describir, documentar y analizar los patrones específicos de la cultura o subcultura.

Se observó la primera categoría: “La función del cuidado de la familia”, que fue organizada en dos subcategorías: enfrentando el día a día (el cuidado de los hijos, esposo) y la subcategoría: los quehaceres del hogar.

“La familia constituye un sistema en todo el sentido de la palabra, en tanto que está formada por un conjunto organizado de elementos que se relacionan e interactúan entre sí, de tal manera que cualquier acción,

alteración o cambio en uno de ellos repercute en todos los demás, y viceversa” (Bustamante 2007)

La función de cuidado es mucho más que una actitud que un acto como dice Boff (1999). Pues, en la familia, el cuidado es compartido entre los padres, y a partir de ellos hacia los hijos y al propio medio en que viven. El peligro constante hace que las familias vengán circunscribiendo la actitud del cuidar sólo al ámbito del núcleo familiar. Así, la familia está moviéndose por un sentimiento de temor con respecto al peligro en su día a día.

Parafraseando lo dicho por Boff, para la familia, el modo-de-ser cuidar/cuidado revela la manera concreta como ella reacciona para cualificarse o para desorganizarse y, consecuentemente, para dejar de existir como familia, convirtiéndose en cualquier otra entidad menos en familia. Entonces, conceptuar lo que es la familia y que es el cuidar/cuidado, es elaborar una representación indivisible de lo que es el ser humano y el cuidado. Es por eso que la familia lucha por su supervivencia, en el momento actual, el cuidado está ligado a una actitud y a un acto de celo, de vigilia, de resguardo para asegurar la existencia.

Las familias reafirman la voluntad de estar siempre en el cuidar/cuidado. Estar siempre vigilante de lo que cría y de lo que se ama: los hijos. Es en esa perspectiva que la familia crea estrategias, organiza y coordina sus movimientos cotidianos, conversa e interactúa con los otros, a fin de proteger y cuidar siempre de sus miembros. Las familias convergen en relación a ello, pues además, de agregar que el cuidar es asegurar la protección no sólo de los hijos, significa asegurar, también, la vivienda, las pertenencias materiales y los animales domésticos, los cuales son parte del mundo de la familia. Entonces, para ambas familias, el cuidar está orientado contra los peligros sociales, o sea, a aquellos que son establecidos por la cultura de la apropiación de la sociedad imperante. La familia está vigilante de los peligros de exterminio de la violencia social. Ese fenómeno atraviesa la vida de la familia, la cual debería tener su

atención centrada en el desarrollo del ciudadano. En la verdad, ella está buscando y luchando por la vida.

Considero que las familias se enfrentan a retos en su diario vivir, desde el levantarse muy temprano, asumir, responsabilidades dentro del hogar como el de vestirse, alimentarse, realizar los quehaceres del hogar, conformando la función de cuidado familiar, qué tienen que ser compartido por todos los miembros de la familia.

La segunda categoría fue: "Considerando a la mujer como responsable de la salud y educación en el hogar". En los discursos resalta los conceptos que la familia tiene de salud como: El bienestar, alimentarse adecuadamente, cuidarse, sentirse alegre, feliz, asimismo el concepto de enfermedad que es: estar mal, tener dolor, es un problema. Siendo la mujer la dedicada al cuidado del hogar y por ende ser responsable de la salud de los miembros de la familia.

El saber femenino del cuidado a la salud se refleja en los patrones de cuidado y curación que se realizan en el ámbito doméstico. Este saber femenino se construye socialmente, es decir, todos estos conocimientos son productos sociales, que se aprenden a través del camino de la socialización, al aceptar ciertos valores y normas de conducta. Estos conocimientos son dependientes de las situaciones socioculturales en los cuales ellos ocurren y constantemente son renegociados. En el cuidado que las mujeres brindan en el hogar se refleja que sus conocimientos son resultados de procesos sociales, consecuencia de la interacción que establecen con ámbitos de socialización como son los servicios de salud del modelo dominante de atención a la salud, la transmisión de conocimientos del modelo dominado, medicina tradicional, y de nuevas experiencias adquirida a través de sus relaciones con mujeres y de su propia experiencia adquirida en especial en el ámbito doméstico.

El saber femenino del cuidado a la salud en el ámbito doméstico se construye a través de la experiencia de las mujeres en la interacción con distintos espacios y agentes sociales, los cuales van aportando toda una gama de conocimientos relacionados con el cuidado- curación. (Menéndez, 1990)

Las mujeres en estas interacciones acumulan una experiencia biográfica e histórica. En virtud de esta acumulación se forma un acopio social del conocimiento que se transmite de generación en generación y está al alcance del individuo en la vida cotidiana. (Berger, 1996)

Las mujeres poseen un acopio social del conocimiento y del cuidado de la salud cotidiano, que tiene que ver con un orden cultural y social específico mediatizado para ellas por significantes, personas o instituciones, los cuales están encargados de su socialización. En la unidad doméstico/familiar son las mujeres las que proveen el autocuidado a la salud necesario para la reproducción biológica y social tanto de su familia como de sí mismas. (Menéndez, 1990)

Las conductas implícitas en los patrones de cuidado y curación en el hogar son actos individuales reflejo de una colectividad que está constituida por servicios de salud de un paradigma dominante y de un paradigma dominando y del espacio cotidiano de las mujeres, el ámbito doméstico. En la interacción con estos grupos aprenden normas culturales, valores, códigos, para constituir así su propio sistema de representaciones e imágenes de lo social que constituirán el componente básico de su identidad social y uno de los determinantes fundamentales de sus pautas de comportamiento. (Benedicto 1995)

Para Menéndez (1990) esta práctica de las mujeres representa una apropiación sintética de saberes de diferente origen y extracción, que reformula sus prácticas de atención a la enfermedad a través de relaciones directas e indirectas establecidas con la práctica médica. Conocer la construcción del universo de cuidados a la salud de las mujeres que son mayoría frente a los profesionales de la salud, es fundamental, pues esos cuidados son primordiales para conservar y preservar la vida de ella misma y de los que cuida y que además dan un soporte a la práctica médica a pesar de que esta desconoce en gran medida lo que las mujeres aportan al cuidado de la salud desde su ámbito Cotidiano, que es el hogar.

En la categoría tres: “Conociendo los aspectos socioculturales y económicos en las prácticas de salud en el hogar”, emergieron tres subcategorías: La alimentación y la higiene base para la salud, creencias y costumbres en las prácticas de salud y la economía factor importante en la salud.

En los discursos las familias refieren que la alimentación y la higiene son puntos muy importantes para cuidar su salud, pasando por vicisitudes en cuanto a preparar alimentos nutritivos muchas veces con poca economía, asimismo comparte creencias y costumbres en sus prácticas de salud como el consumo de hierbitas naturales y sobre todo la Fe y creencia en Dios para el cuidado de su salud.

En la actualidad parte de la identidad social de las mujeres en el cuidado a la salud es la medicalización de la misma, resultado de una relación de poder de un paradigma de atención dominante frente a un paradigma dominado. Resultado también, en esta vertiente del poder, que lo que aprende de las demás mujeres y de su propia experiencia es devaluado a favor del paradigma dominante que, en general, es conocimiento

masculino, en este sentido las mujeres pueden comportarse como sujetos pasivos y no como sujetos activos en el universo del cuidado a la salud en el cual ellas son centrales. El presente estudio corrobora que el cuidado cotidiano realizado por las mujeres en sus hogares, con el fin de lograr bienestar de salud tanto para ellas como para su familia, es el resultado de un proceso de interacción con diferentes actores sociales, tanto de la cultura popular como de la medicina alopática de los cuales aprende saberes y métodos para el cuidado de la salud.

La investigación cualitativa y en particular la investigación etnográfica rescatan lo cotidiano como escenario de la práctica y de lo investigable. Los gestos, los ritos, las costumbres, las prácticas religiosas, el lenguaje propio de los grupos, los alimentos etc., evidencian la cultura. Estas interpretaciones emicas son importantes para guiar los modos de acción y el cuidado de Enfermería. La investigación cualitativa es una aproximación sistemática y subjetiva que permite describir las experiencias de vida y darles significado. Se centra en la comprensión de la globalidad, lo cual es congruente con la filosofía holística de la Enfermería (Leininger 1995).

En cuanto a las costumbres y creencias en sus prácticas de salud de la familia, se enmarca la responsabilidad a la mujer por los saberes que tiene de generación en generación.

A este conjunto de saberes y prácticas desarrolladas por las mujeres se le denomina medicina casera. Esta acción se caracteriza por la mezcla de conocimientos que se construyen principalmente a través de dos modelos centrales: el paradigma médico dominante y el paradigma médico dominado, medicina tradicional. Cada uno de estos espacios tiene sus diferentes agentes que, dentro de los recursos terapéuticos utilizados, tienen por un lado los medicamentos, y por el otro, el uso de plantas medicinales y otras prácticas de la medicina tradicional. Una de las fuentes de conocimiento de las mujeres lo constituye su propia experiencia como pacientes o la desarrollada a través del cuidado a los

miembros de la familia. Esta experiencia hace que las mujeres se conviertan en expertas en el uso de medicamentos y cuando es necesario echan mano de ellos para atender a su familia o sí mismas.

(Berger, 1996).

Según Leininger podemos sustentar su teoría en la presente investigación a partir del análisis de los factores influyentes presentados en las familias, existiendo tres guías principales de acciones y decisiones para proporcionar vías de ofrecer cuidados culturalmente coherentes, seguros y significativos. Los tres modos de acción y decisión con base cultural son los siguientes:

- ✓ Preservación o mantenimiento de los cuidados culturales.
- ✓ Acomodación o negociación de los cuidados culturales.
- ✓ Reorientación o reestructuración de los cuidados culturales.

Se predijo que los modos de acción y decisión basados en los cuidados culturales eran actores claves para llegar a un cuidado coherente, seguro y significativo.

La automedicación que las mujeres realizan en casa va desde el uso de medicamentos que pueden considerarse de uso común para resfriados y problemas estomacales hasta más complejos como puede ser el uso de antibióticos, antihistamínicos, antiasmáticos y antimicóticos. Por su complejidad, el uso de la mayoría de estos fármacos debería hacerse bajo supervisión profesional y el fenómeno de la automedicación es muy señalado. La interacción social en la vida cotidiana de las mujeres para cuidar la salud es una realidad que comparte con otros cara a cara con sus propios hijos, con su madre, vecinas y profesionales de la salud; esta acción no es autónoma ni aislada de la estructura social, sino que es suma total de las pautas recurrentes de interacción. Las mujeres en estas interacciones acumulan una experiencia biográfica e histórica. En virtud de esta acumulación se forma un acopio social del conocimiento que se transmite de generación en generación y está al alcance del individuo en la vida cotidiana. (Berger, 1996)

En cuanto a la economía el factor importante en la salud según los discursos se vislumbra que en algunas ocasiones no alcanza para una buena alimentación, asimismo para la atención cuando los miembros de la familia se enferman.

Lo económico y la Salud guardan una relación muy estrecha en la sociedad humana desde la antigüedad. A partir del surgimiento del hombre su principal problema ha sido su supervivencia, el origen de la economía está implícita desde que el hombre logra tener excedentes de su producción surgiendo así la posibilidad de intercambiar estos productos mediante el trueque, luego con las sucesivas divisiones sociales del trabajo aparece el dinero y se asigna un precio para la satisfacción de los bienes y servicios. (Castro, 1993)

El logro de la supervivencia la ha conseguido el hombre a través de la producción de bienes materiales para sus propios fines, entre ellos la salud, que ha sido siempre un bien muypreciado. La eficiencia de los antiguos ejércitos dependía de los médicos, más que de la fuerza de las armas, porque muchas de las grandes conquistas se debieron a los efectos del mal estado de salud, así la victoria de Pizarro sobre los Incas se debió más a los estragos causados por la viruela que diezmaron la población indígena, disminuyendo sus posibilidades de luchar. (Benjumea, 1996)

Con relación a los cambios que ocurren en una clase social ,Kanter (1978), refiere que parece que un matrimonio más solidario e igualitario se encuentra en familias en clase media baja, trabajadores intelectuales, tal vez como resultado de la mayor disponibilidad de tiempo del esposo para compartir tareas y actuar como un compañero para la esposa. En otros grupos ocupacionales, tales como profesores o ejecutivos, el irse al trabajo en su tiempo libre puede genera irritabilidad y falta de atención en el hogar.

Las características eco-socio-organizacionales (socio-económicas, demográficas y culturales) del ambiente en que la familia se inserta, determinarán en alguna medida la respuesta familiar frente a la crisis que originan los problemas en la familia.

Las interacciones que se desarrollan entre los integrantes de la familia. La familia considerada en sus dimensiones de rol, poder, valores y cultura, la comunicación y prácticas de salud. (Bustamante 2007)

La intensidad de la interrelación y la cercanía social, es tan igual como en los otros grupos primarios; pero la familia posee características propias: Es un grupo heterogéneo por definición, las relaciones intra-familiares son más intensas que en cualquier otro grupo. Del mismo modo las obligaciones y responsabilidades del individuo hacia la familia, son de una estabilidad y permanencia únicas y se fundamentan en una larga historia colectiva y común. (Villegas, 2014)

Maturana, Boff y Morin (1994) suministran elementos para ver a la familia como un movimiento social que está en permanente organización-reorganización y que permite ver el surgimiento de nuevos arreglos familiares, junto a los estigmas sobre las formas familiares diferenciadas. También, Carvalho (2000) dice que se necesita evitar la naturalización de la familia y comprenderla como grupo social cuyos movimientos de organización-desorganización-reorganización mantiene estrecha relación con el contexto socio-cultural.

Desde esta perspectiva, el profesional de enfermería debe tener una preparación rigurosa para el trabajo con familias y desarrollar en estas un sentimiento de unidad y promover la cooperación, el apoyo mutuo y la coordinación; propiciar algunas formas de adaptación a las diferentes situaciones a las que se deben enfrentar en el transcurso de su ciclo vital familiar; ver a las familias como cuidadoras de sus propios miembros, e

identificar el hogar como el lugar en que viven el paciente y sus familiares y amoldarse a ellos.

Este trabajo implica una gran responsabilidad, compromiso, sentido común, creatividad, continuidad en la atención, cuidado integral y trabajo interdisciplinario.

Se necesita de enfermeras(os) que tengan una visión amplia del cuidado, que se salgan de las rutinas hospitalarias y del esquema de que todo lo saben y que el paciente y la familia son seres pasivos de atención.

El cuidar a la familia se convierte en un reto profesional, ya que nos salimos de los esquemas del cuidado, bien sea en hospitales o centros de salud, en donde la situación familiar muy poco se vislumbra a plena luz.

Por ultimo enfermería aún no logra, en su totalidad, considerar al cuidado de la familia como objeto específico de su práctica profesional. Aquí surgen nuevos desafíos, algunos de los cuales se relacionan con los conceptos y prácticas reales y concretas que las familias tienen para su cuidado. Sin embargo, el camino para que la enfermería incorpore, en su marco conceptual, los conceptos y prácticas de las familias, son aspectos de un campo aún muy reciente. En ese sentido, al identificar y profundizar el estudio del cotidiano de vida en las prácticas de salud de las familias, se debe tener en cuenta el tipo, nivel de desarrollo, funciones familiares, contexto socio-cultural, económico, entre otros factores que rodean a las familias.

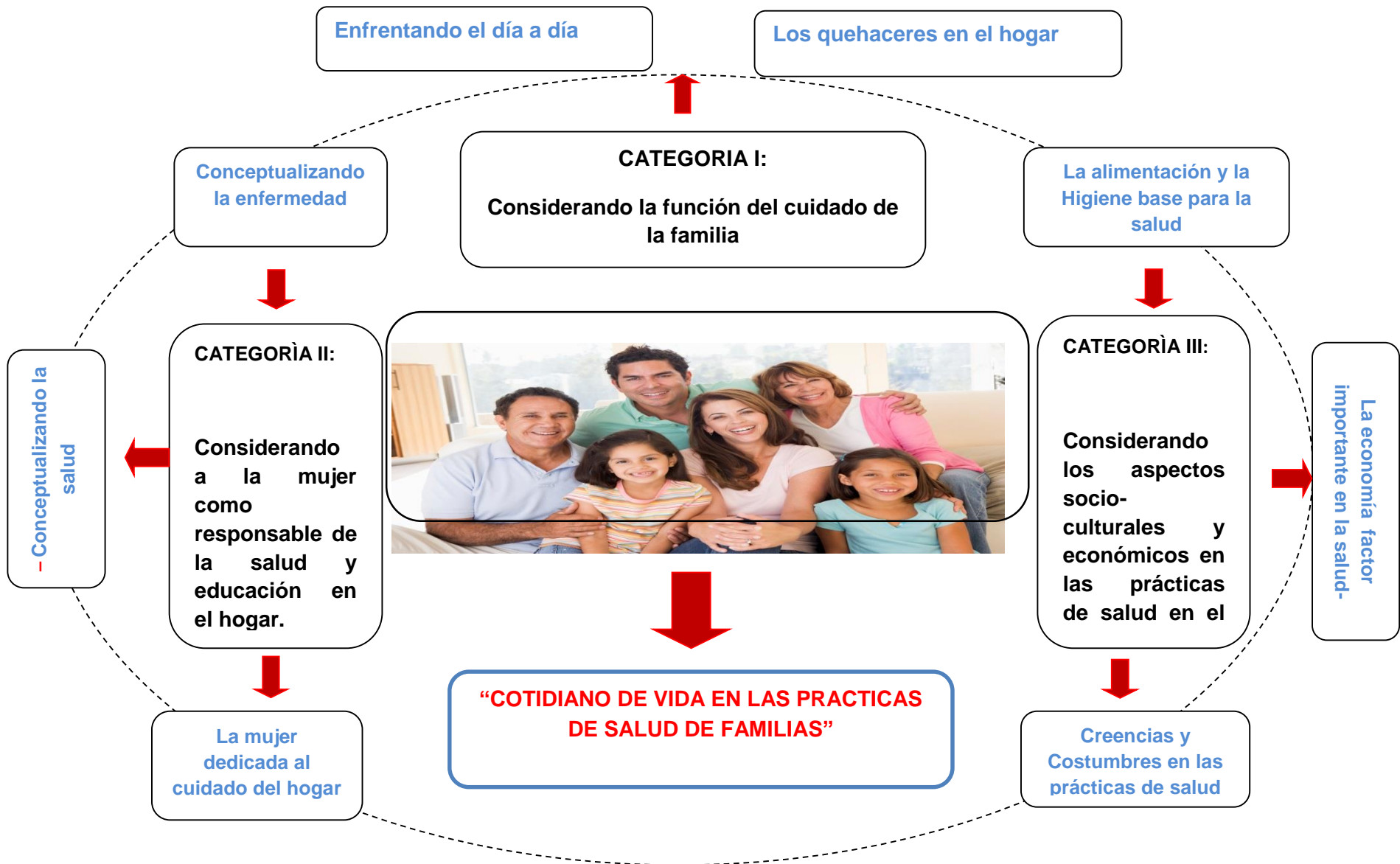


FIG. 1: REPRESENTACIÓN DEL COTIDIANO DE VIDA EN LAS PRACTICAS DE SALUD DE FAMILIAS DE UN ASENTAMIENTO HUMANO

CAPITULO VI
CONCLUSIONES Y
SUGERENCIAS

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

6.1 Conclusiones

Esta investigación permitió el conocimiento del Cotidiano de vida en las prácticas de salud de las familias de un asentamiento humano, partiendo de analizar los testimonios de 7 familias.

1. El cotidiano de vida tiene como función importante el cuidado de los miembros de la familia, iniciándose desde las primeras horas de la mañana, preparando el desayuno, realizando los quehaceres del hogar, en el cual existe constante toma de decisiones desde la preparación de los alimentos hasta terminar actividades que llenan el día a día de las familias.
2. La mujer es considerada como responsable de la salud y educación en el hogar ya que ella por encontrarse más tiempo dedicada al hogar es la que cuida a los miembros de la familia.
3. En los aspectos socio culturales de las familias, se encontraron las siguientes las prácticas de salud:
 - La alimentación basada en productos proteicos como: el pescado, las menestras, asimismo el consumo de las verduras y frutas, constituyéndose un menú balanceado, para el cuidado de su salud.
 - La higiene en las familias es importante, desde el lavado de los alimentos con abundante agua y utilizando cloro, asimismo los niños se evidencian limpios, se observa los hogares limpios y ordenados.
 - Utilizan la manzanilla en infusión para procesos inflamatorios y de dolor (cólicos, conjuntivitis, mala digestión, entre otros).
 - Utilizan el té en infusión para procesos de diarreas.

- Realizan enjuagatorios de la hierba llamada tara para procesos inflamatorios de garganta.
 - Cuando los niños no desean comer creen que es por susto o vergüenza, por lo cual lo pasan con huevo, periódico y /o pan de un día anterior.
 - Las familias se automedican en algunos casos de enfermedad como: para la fiebre utilizan paracetamol, si sus hijos tienen diarreas van a al farmacia y les dan el tratamiento, solo en enfermedades graves como accidente, pérdida de sangre, ataques de asma, o fiebre muy altas van a al puesto de salud.
4. Las familias profesan la religión evangélica donde expresan su Fe y creencia en Dios, al quien consideran su refugio, su ayuda y quien las cuida en su salud.

6.2. Recomendaciones

- Sensibilizar al profesional de enfermería asistencial hospitalario y comunitario a participar en el proceso de cuidado de las familias desde el nivel holístico.
- Desarrollar talleres de discusión y propuestas sobre la Salud familiar con participación de profesionales de enfermería de las instituciones de salud, empresas, municipio, esto ayudara para el cuidado multisectorial ya que para dar solución a los problemas de salud deben participar todos los sectores.
- Desarrollar capacidades de comunicación e interacción con su entorno.
- Incorporar en los estudios de investigación en el arte de cuidar a los profesionales de enfermería de las instituciones de campo de práctica.
- Abordar estudios cualitativos por los profesionales y estudiantes de enfermería profundizando en el cotidiano de vida y las prácticas de salud de las familias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abanto, C. y Zurita, H. (2009). "*Singularidad e Identidad en la cotidianidad de los adolescentes*". Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional de Trujillo.
- Alayo, H. y Cordova, U. (2007). "*El Cuidado de la Salud desde la perspectiva de la familia Urbano marginal Laredo*". Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de Trujillo.
- Arrestegui, A. (2005). "*La Cotidianidad del usuario(a) con VIH-SIDA Sullana*" Tesis de maestría en Salud Pública con mención en Gerencia y Políticas Sociales". Universidad Nacional de Trujillo.
- Balderas, M. (2010) en su estudio titulado: "*Las familias y el proceso salud/enfermedad/atención en Paraíso del Grijalva, Chiapas*", Mexico
- Boff, L. (1999) *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes.
- Bustamante, E. (2007). *Enfermería Familiar: Principios de Cuidado a partir del saber (in) común de las familias*. Departamento de Salud Familiar y Comunitaria. Facultad de Enfermería. UNT
- Bustamante, E. (2011). *La Salud Familiar: a partir del saber (in) común de las familias*. Un estudio comparado Río de Janeiro (Brasil)/Trujillo (Perú): Tesis Doctorado Universidad Federal De Río de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery.
- Bustamante, E. y Col, L. (2008). *La Cotidianeidad de la Familia Joven: Un espacio para el cuidado/crianza del niño preescolar*. Miramar-Moche: Informe de Investigación. Universidad Nacional de Trujillo.
- Bdenf – *Base de datos de la biblioteca virtual en salud. Recursos de Investigación*. (2008). Extraído el 20 agosto 2014. Disponible en:

www1.universia.net/CatalogaXXI/C10047PPCLII1/E173657/index.html

bases.bireme.br/cgi- or

- Biblioteca virtual de tesis y disertaciones Brasil (2008). Extraído el 15 setiembre 2014. Disponibiliza teses e dissertações defendidas USP. Disponible en: www.teses.usp.br/.
- Carvalho, M.C.B. (2000) *A família contemporânea em debate*. 3.ed. SãoPaulo: Ed. PUC-Cortez.
- Benedicto, J. Morah, ML.(1995) *Sociedad y política*. Madrid: Universidad Textos.
- Berger PL, Luckmann T. (1996) *La construcción social de la realidad*. México: Herder.
- Castro, R. (1993) *The meaning of health and illness: social order and subjectivity in Ocuituco, México* [Tesis dedoctorado]. Toronto: Graduate Department ofCommunity Health University of Toronto
- De la Cuesta Benjumea,C.(1996) *Trabajo de salud: una visión cualitativa sobre el cuidado de la propia salud*. *EnfermClín*
- Delgado, M. y Guadamos, V. (2008). “*La Cotidianidad de Vida en Adolescentes con Maltrato Intrafamiliar Trujillo*” Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional de Trujillo.
- Do Prado, M. De Souza, M. y Carraro, T. (2008). “*Investigación Cualitativa en Enfermería*” Organización panamericana de salud Serie Paltex: Washington.
- Echegoyen, J. (2008). *Filosofía Contemporánea*. Extraído el 13 agosto 2014. Disponible en: www.e-torredebabel.com/Historia-de-la-filosofia/Filosofiacontemporanea/Sartre/Sartre-Fenomenologia.htm
- Giddens, A. (1995) *Sociología*. Madrid: Alianza Universidad Textos
- Gonzales, M. (2000). *Aspectos éticos de la Investigación Cualitativa*. Universidad de San Carlos de Guatemala. Organización de Estados iberoamericanos para la educación y la cultura.

Extraído el 10 setiembre 2014 .Disponible en: www.campus-oei.org/salactsi/mgonzalez5.htm

Gutiérrez, y Jiménez, N. (2006). *“La Cotidianeidad de las adolescentes embarazadas de familias rurales, Distrito de Moche”* Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional de Trujillo.

Heller, A. (1970) *Sociología de la vida cotidiana*. España. Ediciones Península.

Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, C. (2002). *Metodología de la Investigación*, 4ta Edición Mc. Graw-Hill México.

Hernández, I.; De la Luz, M. y Valde, R. (2001), en su estudio titulado: *“El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana”* México.

Leininger, M. (1978) *The Culture Concept and its Relevance to Nursing*.

Leininger, M. (1995). *Transcultural Nursing: Concepts and Practices*. New York. John Wiley Y Sons.

Leininger, M. (1995) *Qualitative Research Methodes in Nursing Detroit*, Gruns Stration.

Maturana, H; Varela. S. (1997) *De máquinas e seres vivos: autopoiese—a organização do vivo*. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Menéndez, E. (1984) *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y auto atención (gestión) en salud*. México (DF): CIESAS.

Menéndez E. (1990) *Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones*. México (DF): CIESAS;

Menéndez E. (1992) *Grupo doméstico y proceso salud/ enfermedad/ atención: del teoricismo al movimiento continuo*. *Cuad Méd Soc*

Morin, Edgar. (1996) *Ciência com consciência*. Trad. Maria D. Alexandre / Maria Alice S. Dória. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil.

Pérez Serrano, G. (2002): *investigación Cualitativa. Retos e interrogantes. II Técnicas y análisis de datos*.Madrid: la Muralla S.A.

Restrepo, M. (2001). *Una semántica de lo cotidiano*. Serie la cotidianeidad, extraído el 12 julio 2014. Disponible en: www.uyweb.com.uy

- Rodríguez Gómez, G. y otros (1996): *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe, S. L.
- Rodríguez, G. Gil F (1999) *Metodología de la Investigación cualitativa*. Ediciones Aljibe. Màlaga.
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (1996): *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sandra, R. (2011). Extraído el 16 de setiembre 2014. Disponible en: [sandra.rios\[arroba\]ulagos.cl](http://sandra.rios[arroba]ulagos.cl). www.monografias.com/racionalismo.
- Spradley, J (1980) *Participant Observation*. Editora Holt Rinehart And Winston USA.
- Taylor, S. y Bodgan, R. (1986) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós. Buenos Aires.
- Tello, P. (2012). *“El cotidiano de vida y salud de mujeres peruanas en una comunidad rural”* Tese (Doctorado em Enfermagem) - Universidad Federal do Río de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery.
- Torres, T. y Luna, V. (2012). *“La Cotidianeidad de la adolescente primigesta, víctima de violencia intrafamiliar”* Tesis doctorado en salud pública Universidad Nacional de Trujillo.
- Villegas, M. y Gonzales, F. (2014) en su estudio *“La investigación cualitativa de la vida cotidiana. Medio para la construcción de conocimiento sobre lo social a partir de lo individual”*.
- Wright, y Leahey, (2010) *nurses and families: A Guide to Family Assessment and Intervention Fifth (5th) Edition*

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Liz Margot Trujillo Roldán, de la Universidad Nacional del Santa. El objetivo de este estudio es analizar el Cotidiano de vida en las prácticas de Salud de Familias de un Asentamiento Humano.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los cassettes con las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Liz Margot Trujillo Roldàn, He sido informado (a) de que la meta de este estudio y Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al teléfono 990536651.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

.....

Nombre del Participante
Fecha

(En letras de imprenta)

.....

Firma del Participante

Discurso N° 01

¿Relátame con detalle que hace y como vive en su día a día?

¿Cuénteme que hace para cuidar su salud y de su familia?

- Bueno mi día a día empieza desde el amanecer, que yo me levante, en primer lugar levantarse a hacer el desayuno, luego servirle a mi esposo, atenderlos y después servir a los que quedan en casa, más adelante ir al mercado, hacer las compras para luego regresar a hacer el almuerzo, y luego servir, mandar el almuerzo también a mi esposo. Yo me levanto a las cinco y media o seis de la mañana, y empiezo mis labores de la casa... Bueno yo entiendo que nosotros como personas nos mantenemos al margen para cuidar nuestra salud, y ser sobre todo nuestro cuidado de uno mismo, de nuestra persona, porque si no nos cuidamos nosotros nuestra salud no va marchando bien hasta la edad que tenemos. La enfermedad es una que ataca a las personas a los débiles o alguna enfermedad que tengan, que sea crónico o contagio, por X motivos que a veces hay, las enfermedades que viene al cuerpo... solo me dedico a mi casa nada más, cuido a mis hijos y esposo, cumpro con todos mis actividades diarias de mujer y madre... Bueno le explico, hay comidas que uno los prepara de acuerdo a nuestra salud llevando por la edad que tenemos y porque a veces hay enfermos en casa, tenemos que estar preparando las comidas de acuerdo a lo que nos indica el médico para poder cuidarse uno... yo nada más que hago me voy a orar, pido al señor, y tratamos de calmar a la familia, darle algún calmante, que tenemos que hacer, pero al doctor, yo no voy. No, no tomo yo medicamentos porque, yo sufro con el estómago, a veces me arde y no tomo. A veces cuando voy también a la posta, me recetan pastillas, pero no lo tomo, ¡No lo tomo! Así me calma.... Bueno ¡Lo que se encuentra pues! lo que alcance la plata. Por ejemplo; Hoy día he preparado mi frejol, mi guisito de pescado con su camote y su arroz.

Orquídea

Discurso N° 02

¿Relátame con detalle que hace y como vive en su día a día?

¿Cuénteme que hace para cuidar su salud y de su familia?

- Me levanto a dar su desayuno, a alistarles y lavar, ayudarle allí a mi suegra y cocinar. Luego es cuidar a mis dos hijas,... siempre no faltan los quehaceres de una manera y otra, siempre me tengo ocupada en la tarde.. “Salud, bueno yo entiendo que es el bienestar de cada persona que cada uno debe tener más que todo.... Enfermedad es bueno creo lo que a veces tenemos ya sea un dolor de barriga ya sea un dolor de cabeza no sé, creo que ya nosotros a veces no sé ... yo me dedico solamente a la casa, no trabajo, ya que tengo mi hija pequeña, mi esposo dice que yo me dedique a cuidarla mientras esta pequeña...siempre la higiene principal, lo baño todos los días, según en el verano, sea verano o invierno lo baño. lo cuido que no coma cosas heladas, porque a veces eso lo hace daño, comer en exceso todo es dañino...Si, soy cristiana, soy evangélica, y sirvo al Señor y por eso es que el Señor me ayuda, trato de seguir adelante. , Solamente yo le digo que tenemos que agradecer a Dios todos los días de nuestra vida, porque no somos eternos en esta tierra, y tenemos que prepararnos para un día partir con el Señor, Dios cuida de nuestra salud...En el almuerzo, bueno a veces hago arroz, a veces tallarín, el arroz a veces generalmente lo hago con menestra, lo hago con papa, casi no consumo mucho pollo, ni carne, ¡porque no alcanza el dinero para consumirlo! pero de vez en cuando si consumimos, generalmente la sopita lo hago de menudencia.

Chavelita

Discurso N° 03

¿Relátame con detalle que hace y como vive en su día a día?

¿Cuénteme que hace para cuidar su salud y de su familia?

Bueno yo soy ama de casa, me dedico a mis hijos, lo atiendo día a día, preparo los alimentos, para mis hijos, para mi esposo, para toda la familia de la casa.. me pongo a hacer la limpieza en la casa, como soy ama de casa, me limpio la casa, a veces como tengo mi hijo pequeño, lo lavo su ropita diaria, porque a él a cada rato lo tengo que cambiar. Y después de que dejo limpio toda la casa, lavo los servicios, me voy al mercado.. Bueno salud, es un cuidado, personal interior de uno, o sea tanto con los cuidados de los alimentos, todo eso repercute en nuestro organismo y de esa manera también a veces no practicamos, pero sé que el deporte, la actividad física ayuda al bienestar de nuestro cuerpo... bueno hay varios tipos de enfermedad, enfermedad es, entiendo que es tener un dolor, cualquier mal que llegue; ese es enfermedad para mí..

Sí, me dedico a mi casa, nada más, a cuidar a mis hijos y también a mi esposo...Bueno, yo manteniendo como se dice comiendo lo saludable lo natural claro que eso no es todo no, pero mayormente hago eso en tratar de comer lo saludable... Mire yo, vivo por la gracia y la misericordia de Dios, porque yo soy una persona, ¡que yo tengo diabetes, más de treinta años, y nunca me he cuidado o sea no he hecho una vida normal; pero ahora yo estoy pagando las consecuencias,... Claro, por ejemplo cuando a veces hay días que no hay trabajo, mi esposo tiene que irse a buscar un trabajo a distintos lugares y a veces no le pagan, entonces si no hay plata, no podemos comprar para la comida, entonces ya a veces los hijos les piden en el colegio y él no les puede comprar las cosas que les pide...

Azucena

Discurso N° 04

¿Relátame con detalle que hace y como vive en su día a día?

¿Cuénteme que hace para cuidar su salud y de su familia?

- Desde que me levanto, ahora ya que soy madre, ahorita mi prioridad es la atención de mi niña, que tiene un añito, yo desde que me levanto lo primero que hago es atender a ella, primero es ella, y luego yo, empezando de su desayuno, de sus alimentos, igual durante todo el día. En la tarde su almuerzo, su cena, siempre va a ser primero ella y luego yo... Por las tardes normalmente me pongo a cocer, o a ordenar el cuarto, la ropa de la bebe, planchar, o una prenda sucia lavarla o así... Enfermedad es síntomas, o sinónimos parecidos, yo pienso que al dolor, cuando hay algo que te duele para mí es como que estás enfermo.. Bueno yo soy ama de casa, soy ama de casa, me dedico a mis hijos, lo atiendo día a día, preparo los alimentos, para mis hijos, para mi esposo, para toda la familia de la casa.. Bueno hoy en día, con una dieta que tengo, me abstengo ahora a comer, no como antes como comía... Bueno si a veces me entra dolor de cabeza, cólicos, pero no enfermedades graves y claro como persona me siento mal uno no se siente bien, y como no tengo seguro acudo a la farmacia a comprar una pastilla para el dolor... En el desayuno por ejemplo, generalmente tomamos kuaker, pero a veces por motivo de que no hay dinero solamente un té de hierbita y si mayormente compramos pan, pero algunos días que no hay....

Flor

Discurso N° 05

¿Relátame con detalle que hace y como vive en su día a día?

¿Cuénteme que hace para cuidar su salud y de su familia?

- Bueno yo me levanto desde las seis y media de la mañana para preparar el desayuno para que mis hijitos se vayan a estudiar, y generalmente les preparo kuaker o a veces un té,Y yo después me quedo con mi hijita menor que tiene tres añitos allí cuidándola hasta que llegue la hora de preparar los alimentos. ..preparo el desayuno, para mi esposo que se va a trabajar temprano, porque mis hijos ahorita están de vacaciones, y de allí me voy al mercado, a comprar para el almuerzo, para preparar a toda la familia.. bastante higiene, estar alejada del polvo, no contaminaciones y cuidarles a mantener limpia a mis hijas.. las enfermedades si uno no se cuida, no se alimenta bien, allí es donde uno produce las enfermedades, viene las enfermedades, y chequearse también una, siempre, una vez al medio año, al año, en el centro de salud más cercano.. Bueno, normalmente en la higiene de mi niña, lavado, su aseo personal de mi niña tanto el mío también, los alimentos, el cuidado de las frutas, el aseo también de las frutas...“..cuando se enferman ¡les doy hierbita!, y ya si es que están muy enfermos recién les llevo al puesto de salud,... Yo por ejemplo, el mayorcito que le dio este cólicos, estaba mal del estómago, iba cada rato al baño, pero este le daba hierbitas, manzanilla, anís,....

Rosa

Discurso N° 06

¿Relátame con detalle que hace y como vive en su día a día?

¿Cuénteme que hace para cuidar su salud y de su familia?

- Yo temprano me levanto a las cuatro y media de la mañana, ya que casi a esta edad no puedo dormir y tempranito me levantoen primer lugar yo preparo el desayuno para mi hija que se va a trabajar temprano seis y media yo estoy preparando desde las cinco y media su desayuno... Bueno salud es este la parte vital del ser humano, no enfermarse, cuidarse, es estar sano, para mí eso es salud.. Enfermedad pues es estar así, deprimido, uno sin poder hacer nada, y a veces yo pienso, no cuando me deprimido digo ¡ya no valgo para nada! pero mis hijos me dicen ¡no mamá como vas a decir eso! porque ¡es bien difícil, es bien difícil señorita estar bien enfermo, delicada, ya la fuerza ya no te ayuda, uno no puede ni caminar! a veces casi no veo muy de lejos, entonces uno se siente mal por eso... Si señorita yo no trabajo,. Yo estoy acá, porque yo ya no trabajo, no hago nada casi ya acá en mi casa, apoyo con mi nietecita ya que mi hija trabaja, y me siento útil, feliz... Bueno para cuidar la salud de ellos es darles lo que no les hace daño, los alimentos a la hora, y darles lo que les va a nutrir, todo lo contrario, para que se mantengan sanos...La limpieza, la limpieza, o sea que esté todo limpio, yo exijo mucho a la señora que trabaja, que se haga la limpieza que esté todas las cosas limpias, o sea, siempre eso estar con la higiene en la casa limpiando, así los cuido a mis hijos, así de esa manera. yo vivo de verdad tranquila, mi refugio es mi Señor, cualquier cosita, yo me voy, lo primero es rogar a Dios, que el solucione las cosas, por él estamos acá, y que él nos de fuerzas, nos de valor, y él es todo para nosotros. ¡Para mí exclusivamente!

Dalia

Discurso N° 07

¿Relátame con detalle que hace y como vive en su día a día?

¿Cuénteme que hace para cuidar su salud y de su familia?

- . Me dedico a hacer unas cosas en la casa, apoyar hoy a mi mama y también en lo que se pueda en el desayuno todo no en el preparado y de allí en las mañanas este bueno hago el mercado las compras acompañándola a ella y o en la tienda para el almuerzo durante todas las mañanas. ... Salud es el bienestar de la persona, cuando estamos bien, cuando no nos sentimos mal, también cuando las personas se sienten cómoda no tienen ningún malestar nada... Enfermedad es más que todo un problema, más que todo para el hogar, cuando uno está enfermo, entonces todos se preocupan, entonces la enfermedad viene, y para cualquier cosa uno hay que cuidarse... Si, si porque el doctor me dijo que, yo me cuidaría en la comida, comida. Por ejemplo: verduras, no condimento, no ají, eso.... Bueno a veces mi abuelita me da un té, o infusión, más o menos con eso, y ella a veces ella me lleva a la posta y con eso me mejoro, a veces me automedico, a veces voy a la farmacia, y en la farmacia compro o me ponen una ampolla, a veces tomo medicina, o a veces no me alcanza para ir al médico o tiempo.... a veces me automedico, a veces voy a la farmacia, y en la farmacia compro o me ponen una ampolla, a veces tomo medicina, o a veces no me alcanza para ir al médico...

Girasol