

Prácticas de autocuidado en salud de un grupo de mujeres en edad adulta

Nohora Isabel Tobo Vargas

Correo-e: cendine@bacata.usc.unal.edu.co

"La persona desarrolla actitudes, prácticas de autocuidado en salud y obtiene conocimientos sobre la salud, a partir de la percepción de su propio cuerpo y lo que a él se refiere"

Resumen

Este artículo permite conocer el resultado de la investigación sobre prácticas de autocuidado en salud, realizada con 11 mujeres en edad adulta del área cundiboyacense. Como resultado final se lograron identificar descriptores de autocuidado en salud agrupados en 10 categorías, que se describen en el desarrollo de la investigación. Esta investigación fue una experiencia enriquecedora y satisfactoria, a partir del reconocimiento de la vivencia o experiencia de otros. Permitiendo reconocer a cada persona en su contexto, en donde crece y se desarrolla, aprendiendo conductas de cuidado en salud.

Palabras claves: Autocuidado, Práctica de autocuidado en salud, Mujer en edad adulta, Descriptores de autocuidado en salud, Salud.

Summary

These article permit know of the result of the investigation about practice self-care in health realized with woman eleven by adult age of the area Cundiboyacense of the which as result final to her to gain to identify concepts the self-care to groups in ten categories what decriptives in the development the investigation.

These investigation to going experience to enrich and satisfaction to split recognition living and existence experience the others. Permit recognize at person in her atmosphere anywhere grow and herself development learning self-care conduct the health.

Keys words: Self care, Practice self care of heath, Woman adult age, Concepts self care of health, Health.

Introducción

El cuidado de la salud es resultado del crecimiento de las personas en el trascender diario, en la vivencia de cada experiencia como cuidadoras de sí mismas y de quienes hacen parte de su entorno. Así se confirma en el caso del grupo de

mujeres en edad adulta que, al compartir conmigo, describieron cada una de sus experiencias respecto al tema de investigación, *Prácticas de autocuidado en salud*, en los momentos que de común acuerdo se dispuso para tal fin.

Al interactuar con este grupo de mujeres sentí que crecía en cada encuentro, aprendí y comprendí que cada persona en su contexto, en donde crece y se desarrolla, aprende conductas de cuidado para la salud; por tanto, además de realizar la investigación con la participación de este grupo de mujeres fue para mí una experiencia positiva que me permitió comprender su riqueza humana. Me hizo reflexionar sobre el respeto por la identidad del otro, el reconocimiento de la validez del conocimiento de las mujeres de nuestro medio, no importando su nivel de escolaridad y su medio de crecimiento. Se tiene una riqueza innata o aprendida muy valiosa y es la que deseo compartir como parte del resultado de esta investigación.

En este estudio se describen planteamientos sobre prácticas de autocuidado en salud, a partir de la información de un grupo de mujeres en edad adulta que fueron el sujeto de estudio. Esto contribuye al enriquecimiento del conocimiento de enfermería, y de su práctica, ya que permite la exploración de fenómenos sociológicos y la descripción desde su propio punto de vista, ampliando y clarificando, de conceptos de autocuidado en salud expresados por un grupo diferente al de otras investigaciones en la realidad de nuestro contexto.

Son necesarias investigaciones de género para ampliar la conceptualización sobre el conocimiento de la mujer en el desarrollo de su vida, con relación a las características de la actualidad y su desenvolvimiento en la cotidianidad en los diferentes contextos, siendo elemento fundamental el autocuidado de la salud.

Referentes teóricos

Prácticas de autocuidado:

El tema de autocuidado ha sido abordado por diferentes autores: enfermeras, psicólogos y médicos. El concepto de autocuidado, por su enorme potencial para influir positivamente sobre el estilo de vida de las personas, emerge como una acción importante entre las estrategias de fomento, protección de la salud y prevención de la enfermedad. El cuidado de la salud y la función de cuidado del propio cuerpo es un avance lento en la maduración individual. El niño pequeño espera que la madre cumpla con esta función de cuidado, que le proteja tanto de riesgos internos como externos.

La mujer, por trayectoria, ha tenido dentro de sus funciones cuidar de sí misma y de su grupo familiar (hijos y esposo) o padres. Además, se considera que todo ser humano, desde niño, es cuidador por naturaleza, es cuidador de sí mismo y de los demás.

Las prácticas de autocuidado en salud definidas por la investigadora como la *Toma de decisiones y el desarrollo de comportamientos favorables de salud*, asumidos con responsabilidad y en espera de un resultado, se pueden considerar como una destreza adquirida, de uso continuo; o como aquellas acciones que realizan las mujeres en edad adulta, por libre decisión, con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad y restablecer la salud.¹

Las prácticas de autocuidado en salud están condicionadas por las creencias, el concepto de salud, la enseñanza de padres a hijos, la educación e información recibida a través de su vida, desde la infancia. Las acciones de autocuidado se consideran no innatas, se aprenden y dependen de las creencias, las costumbres, actividades y comportamientos, que como elementos culturales responden a la capacidad de supervivencia, a las prácticas habituales de la familia y la comunidad a que se pertenece.²

Todo individuo, en sus primeros años, tiene que ser cuidado por sus padres. La relación simbiótica ofrecida entre la madre y el niño va transformándose a medida que éste crece, se desarrolla y va logrando su maduración. Desde niño va recibiendo información sobre prácticas de autocuidado; y éstas van volviéndose más elaboradas a medida que va pasando por las diferentes etapas del ciclo vital. Se espera, cuando se logra la individuación, la autonomía y la independencia, que el individuo haya introyectado ese comportamiento de autocuidado.

Se considera que todo ser humano tiene un centro de control para el autocuidado, que le permite tener dominio de la información de salud y lo motiva para el autocuidado. Así, va creando un sentido de responsabilidad frente a su salud y al cuidado de ésta; y resolviendo los problemas de salud que se le puedan presentar. La toma de decisiones respecto a las prácticas de autocuidado en salud tienen determinantes importantes, clasificados como personales, interpersonales y de situación.³

El control interno está relacionado con las creencias que tiene el individuo y la capacidad de influir en el medio ambiente y en el curso de la propia salud. Aquí se incluirán los determinantes personales como los que significan bienestar para cada persona. El control externo es todo aquello que viene del medio externo de la persona, por ejemplo, la influencia de la familia, los amigos y los medios de comunicación.⁴

Los patrones familiares que se adquieren desde la infancia se transmiten de padres a hijos, familia a familia. Además, se recibe información de los medios de comunicación y de los profesionales de salud, y toda esta información recibida por diferentes medios retroalimenta al individuo y contribuye a reforzar o modificar los comportamientos en salud.

Dentro de las prácticas que va adquiriendo el individuo desde que nace se describe la alimentación o nutrición adecuada, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidad para establecer relaciones sociales, resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad, habilidad para controlar y reducir el consumo de drogas, cumplimiento y seguimiento de prescripciones de salud, comportamiento de seguridad, recreación, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado específicas ante procesos mórbidos.

La revisión realizada por Bersh sobre teorías que explican el comportamiento como fundamento del proceso educativo, lo lleva a concluir que "cualquier cosa que una persona pueda aprender conduce a cambios en uno de los tres campos siguientes del comportamiento: lo cognitivo, lo afectivo y lo psicomotor, y que todo

aprendizaje equivale a obtener el desarrollo de una forma de comportamiento, bien sea porque surjan o cambien los conocimientos, los afectos o las destrezas psicomotoras en la persona".⁵

Cualquier persona desarrolla actitudes y prácticas y obtiene conocimientos sobre la salud a partir de la percepción de su propio cuerpo y lo que a él se refiere. El énfasis que actualmente se da a la participación de las personas en su propio cuidado de la salud se fundamenta en el reconocimiento del papel de las creencias individuales y de grupo sobre salud, tanto en el mantenimiento, como en la promoción de la misma. Para entender cómo la gente participa en el mantenimiento de su salud se requiere tener una información completa sobre lo que piensa y cómo actúa en relación con la salud.

CONCEPTUALIZACIÓN DE SALUD

En el cambio de paradigma en salud se producen algunas modificaciones de la conceptualización, y pueden considerarse dos aspectos importantes: que la mala salud o la salud no dependen únicamente de los factores sociales o ambientales, ni de las resistencias individuales que hacen más o menos susceptibles a las personas. La salud o mala salud depende también de la capacidad potencial o física y psicológica para adaptarse efectivamente a las demandas internas y externas, a las prácticas de autocuidado en salud que asume cada persona, a la capacidad de cambio frente a comportamientos poco saludables y a la capacidad de sostener comportamientos saludables preventivos.

Se debe tener en cuenta que las prácticas de autocuidado en salud que asume una mujer y su familia tienen relación con el concepto de salud que maneja tanto la mujer adulta, como sus familias de origen y de convivencia.

Noack propone una definición de este concepto dándole dos dimensiones: equilibrio de salud y potenciales de salud.⁶ La primera dimensión es considerada un proceso o un estado interno, que se ve generalmente como equilibrio dinámico. Algunas personas experimentan la salud como un estado, ausencia de necesidades psicosociales, de síntomas o de enfermedad o incapacidad física, psicológica o social, dependiendo de sus antecedentes socioculturales y de sus experiencias asociadas con la salud. El equilibrio en salud sería concebido en términos de parámetros de comportamiento fisiológico y psicológico que varía entre ciertas normas aceptadas.

La dimensión potencial de salud se refiere, tanto a la capacidad, como al tipo de interacción particular entre la persona y el medio ambiente, que se requiere para mantener dicho equilibrio y para restablecerlo cuando se pierde.

En el nivel individual los potenciales para la salud pueden ser buen estado nutricional, resistencia inmunológica a las infecciones, buen estado físico, estabilidad emocional, conocimiento adecuado sobre salud o actitudes, estilos de vida y un patrón de adaptación efectivo ante el estrés psicosocial.

La salud se percibe como una condición en la cual el individuo puede llevar a cabo una interacción eficaz con el medio ambiente físico-social.⁷ Hay una indicación de

crecimiento y cambio en este modelo que define la salud como una respuesta intencionada de adaptación física, mental, emocional y social a los estímulos internos y externos, con el fin de mantener la estabilidad y la comodidad.

Smith, en Leddy Pepper (1989)⁸, considera que el modelo Eudemonista representa la concepción más amplia de la salud. En este modelo la salud es una condición de actualización o realización del potencial del individuo, por ejemplo: la salud es un proceso de llegar a ser no sólo en el cuerpo, sino también en los sentimientos, mente y espíritu del ser humano; la salud trasciende la competencia biológica y es, primordialmente, una medida de la capacidad de cada persona de hacer lo que quiere y llegar a ser lo que desea. En el modelo Eudemonista de salud, ésta es congruente con un alto nivel de bienestar y es el polo opuesto del malestar que incapacita.

La salud relacionada con la capacidad de funcionar a pesar de la presencia de enfermedades, (Mallick, 1979)⁹, Wylie (1970)¹⁰, añade una tercera categoría posible, la elástica, que al igual que la clasificación de adaptación describe una "interacción positiva entre la persona o comunidad y el medio ambiente". Este punto de vista abarca el concepto de que la salud máxima exige elección y participación consciente del individuo (Dubos, 1978).¹¹

La incapacidad actual de cuantificar la salud es el resultado de la confusión que existe entre el proceso y el estado de bienestar. El bienestar puede describirse y medirse. La salud es una meta y un proceso siempre cambiante, mientras que el bienestar es un estado variable, próximo al malestar. La salud, por otra parte, incluye bienestar y malestar y constituye un potencial en constante evolución que no puede cuantificarse.¹²

El buen estado se define en la literatura de manera semejante al modelo flexible o Eudemonista de la salud. Leddy Pepper lo considera sinónimo y lo describe como un "modo integrado de funcionamiento orientado a la elevación máxima del potencial de que es capaz un individuo, dentro del ambiente en el cual se desenvuelve".

Dunn (1977), citado en Leddy Pepper (1989)¹³, describe el buen estado como un "estado integrado de funcionamiento óptimo", "un proceso en continua evolución y cambio (Bruhn y Córdoba, 1977, p. 248).¹⁴

Tal vez se conceptualice mejor el buen estado (salud) como un proceso activo, constante en el tiempo, que incluye iniciativa, capacidad de asumir la responsabilidad de salud, juicios de valor, y no de un estado real.¹⁵

Se considera la salud y el malestar en dos dimensiones diferentes y se cree que todas las personas presentan simultáneamente aspectos saludables y enfermos, aunque uno predomina sobre el otro. Como el individuo sólo puede considerarse como un todo, el comportamiento predominante determinará ante un observador si está sano o enfermo. El comportamiento predominante también afecta la percepción de la persona hacia su condición.

Para iniciar una investigación es conveniente saber describir en términos observables; sin embargo, críticos sostienen que, puesto que la salud es subjetiva, influenciada por la cultura y relativa, es una abstracción que no puede medirse en conjunto objetivamente (Siegel, 1973)¹⁶. En este momento, sólo pueden marcarse algunos aspectos de la salud. Así mismo, es cuestionable el hecho de si suele ser útil o posible definir el estado de una persona en un momento dado. Como los individuos cambian constantemente, el aspecto más importante, desde el punto de vista clínico, podría ser la capacidad del observador de evaluar qué comportamientos son saludables (puntos fuertes) y cuáles indican la posible necesidad de ayuda (puntos débiles).

La salud holística se basa en la teoría de que el todo es más que la suma de las partes. El modelo de salud holística es compatible con la teoría de sistemas; se concede gran importancia al efecto de la interacción entre diversas variables del individuo. Como éste es un sistema abierto, hay interacción constante con el ambiente. El cambio en cualquiera de las variables afecta todo el sistema. El individuo experimenta un cambio continuo que puede ser una influencia positiva en el desarrollo.¹⁷

La salud es una meta y un proceso; la capacidad de definir la posición momentánea de una persona en el continuo es menos importante que la promoción de cambios positivos hacia el bienestar y la salud.¹⁸

Metodología

En esta investigación se utilizó un diseño de tipo cualitativo descriptivo exploratorio. La muestra fue teórica, hasta que dejaron de salir datos nuevos en cada una de las entrevistas.

La participación fue de 11 mujeres en edad adulta, cuyas edades oscilan entre 35 y 59 años, con una relación de pareja e hijos, una escolaridad entre 6 y 11 de bachillerato pedagógico o comercial, de procedencia cundiboyacense y con disponibilidad para participar en el trabajo. Además, las mujeres se localizaron por parte de la investigadora según la necesidad, referida a la información objeto de la investigación: las prácticas de autocuidado en salud.

Preguntas del estudio:

1. ¿Qué entiende por salud? ¿Cuál es su concepto de salud?
2. ¿Qué conceptos y prácticas de autocuidado (rutina o hábito) en salud ha tenido?
3. ¿Cree que esas prácticas de autocuidado en salud las aprendió de su *familia de origen*?
4. ¿Cree que esas prácticas influyen en su familia actual (hijos, esposo)?

En algunos casos se explicó cada una de las preguntas, teniendo cuidado en no inducir las respuestas, pero encauzándolas hacia aquellos aspectos relacionados y de interés en el estudio.

Se tomaron de las mismas respuestas frases que no fueron explícitas, con el objeto de que la persona entrevistada hiciera claridad oportuna; ejemplo: "A qué se refiere con bueno", "que es sentirse bien".

Una vez terminadas las entrevistas se hizo una devolución de la información, analizada por la investigadora, a fin de tener la certeza sobre los significados de las

expresiones de las mujeres.

Para la recolección de la información se utilizó una entrevista en profundidad por cada mujer participante. Se hicieron preguntas generales para ubicar la temática y se dejó la posibilidad de contestar según cada una de las participantes. Antes de iniciar las entrevistas se obtuvo el consentimiento de las mujeres y se les anticipó las condiciones de la entrevista en cuanto a tiempo y privacidad (una o dos horas).

Las entrevistas fueron grabadas en su totalidad, transcritas textualmente, analizadas y descritas teóricamente. De la información se extrajeron las expresiones relacionadas con la temática en investigación, lo que dio origen a los códigos sustantivos correspondientes; posteriormente, se categorizó y se concluyó en 10 categorías de prácticas de autocuidado en salud. Esta codificación y categorización se hace por similitud y significancia. De estas categorías se hacen resúmenes, o memos, relacionándolos con lo expresado por cada una de las participantes en primera instancia, y teniendo como referente lo descrito por algunos autores sobre el autocuidado en salud. Cada uno de los códigos sustantivos, posterior a su análisis, permitió extraer cada uno de los descriptores que igualmente se incluyen en cada una de las categorías.

Categorías resultantes posterior al análisis

1. Categoría higiene mental
2. Categoría creencias
3. Categoría actividad-ejercicio
4. Categoría prevención
5. Categoría sistemas de apoyo
6. Categoría automedicación
7. Categoría higiene
8. Categoría nutrición
9. Categoría enfermedad
10. Categoría descanso-recreación

Resultados y análisis. Descripción de una de las categorías con sus códigos sustantivos, memos y descriptores

1. Categoría higiene mental:

1.1. Definición: Se refiere a aquellas expresiones que manifiestan la búsqueda de medidas profilácticas encaminadas a prevenir alteraciones de tipo emocional y la consecución de un ambiente sano, no agresor, en busca de la salud emocional: formas de comunicación, solución de conflictos, diálogo; se relaciona con la autoaceptación, grado de control emocional, grado de tolerancia a la frustración y grado de aceptación de las propias emociones. Está en contacto con la realidad, satisfacciones cotidianas y crecimiento personal.

1.2. Códigos sustantivos de la categoría higiene mental:

“Creo firmemente en Dios”.

“Me considero reservada”.

"El hecho de sentirme mal no lo he podido manifestar a mi familia".
"Uno se siente bien cuando lo tratan bien".
"Uno va guardando las cosas, hasta que explota".
"Soy poco amiga de comunicar mis cosas".
"Me satisface si tuviera más para ayudarle a mis hijos y mis nietas".
"Cuando mi esposo está de mal genio me callo".
"Cuando tengo un problema recurro a un sacerdote".
"El diálogo entra a formar parte de las prácticas de autocuidado en salud".
"Cuando mi esposo llega de mal genio, a ultrajarme, yo me voy, salgo a dar una vuelta".
"En mi vida diaria lo mejor es vivir en paz y tranquilidad", "En paz conmigo misma y con los demás", "Paz y armonía con las personas que lo rodean".
"Disfruto mi trabajo, pienso que es una labor bonita".

1.3. Resumen de memos categoría higiene mental:

En relación con los códigos incluidos en esta categoría **higiene mental**, en la que se involucran todas las expresiones descritas por las informantes relacionadas con la búsqueda de un ambiente sano, con la satisfacción personal por ayudar a otros y con una comunicación efectiva. Acciones que de una forma u otra las informantes reconocen como satisfactorias y productoras de ambiente sano, sin alteración emocional, por ejemplo: "no me gustan las agresiones", "no me gusta que me griten".

Este aspecto es importante en la relación cotidiana con las personas, ya que el ser humano, como ser social, debe guardar unas mínimas normas de convivencia, debe ser reconocido y respetado por los demás, especialmente por quienes conviven con ellos. Se encuentran expresiones como "el diálogo entra a formar parte de las prácticas de autocuidado en salud", que se explica porque hace parte de la búsqueda de la armonía, la salud, la tranquilidad en los contextos en donde comparte con los seres queridos: el hogar y el trabajo, que es donde la persona adulta pasa la mayor parte del tiempo. El ser humano, para estar en armonía con el mundo, debe vivir una paz interior, que se proyecta hacia el exterior con cada una de las acciones cotidianas, en el interactuar con los otros como la familia y los compañeros de trabajo.

Las personas utilizan diferentes estrategias para solucionar sus problemas y conflictos, a través de la comunicación y el diálogo. Todo esto para exigir respeto y respetar a los demás, como uno de los valores a nivel familiar y en la interacción con otros; al mismo tiempo, se trata de ser tolerantes y se buscan estrategias diferentes para mantener la unión de la familia. Estos aspectos son considerados por las mujeres como aquellos que proporcionan salud. Si bien es cierto algunas estrategias utilizadas, como el aislamiento cuando la situación lo amerita, no pueden ser descritas en la literatura como factor determinante de salud mental, sí procuran momentos de defensa contra las agresiones y logran mantener un ambiente con menos tensiones, según la descripción y la utilización de las informantes.

Las diferentes expresiones, sobre todo con estos referentes, van acompañadas de manifestaciones no verbales como el llanto. Se analiza que hay cierta frustración

por la forma como se sienten frente a su familia, no sólo por las expresiones verbales sino por los gestos y las conductas: "bajan la voz", "lloran durante la entrevista", "mirada dirigida hacia donde se encuentran ubicados el esposo y los hijos durante la entrevista esperando no ser escuchadas, agregando la expresión "quizás no me estén escuchando".

Ser parte de un grupo, de una actividad determinada en la comunidad a la que se pertenece o al grupo familiar o laboral produce sentimientos de satisfacción; tal es el caso de las creencias religiosas, lo cual hace que se muestre cierta fortaleza para enfrentar situaciones diferentes en la cotidianidad. Para algunas de estas mujeres la religiosidad es dominante a partir de los aprendizajes en la familia de origen, donde se heredan estos conceptos y prácticas que influyen en su actuar. El significado dado por cada una de las expresiones dadas por las entrevistadas nos permite analizar lo que las expresiones expresan y lo que el entendimiento entiende; por ejemplo: en el caso de la expresión: "me gusta el diálogo y la comunicación", se entiende que el significado es el resultado del intercambio de la persona con su entorno, que cambiará si se le coloca en otro entorno; puede variar y esto ocurre, específicamente, de acuerdo con el momento vivido por el individuo.

Existe otra expresión: "cuando mi esposo llega de mal genio, a ultrajarme, yo me voy, salgo a dar una vuelta". La teoría sugiere que siempre que existe un conflicto se debe recurrir al diálogo, a la comunicación para resolver las asperezas, los conflictos, para llegar a acuerdos; en esta expresión, contraria a la anterior, la informante describe que utiliza con buen resultado el aislarse, el huir de la situación, el no entrar en polémica, el no enganchar en la situación, el dejar que los ánimos se enfríen para poder solucionar sus problemas y poder vivir armónicamente, evitar las agresiones de su esposo y buscar de esa forma su salud mental. Aquí, al igual que en otros casos, se conjugan códigos de comunicación verbal y no verbal y respeto por sí misma y los demás, ya que aunque no esté descrito en la literatura como la forma óptima de actuar, sí da la opción de salir adelante de situaciones agresoras.

Como se describe, los significados son expresiones de cosas materiales, sujetos a las vivencias o experiencias propias de la vida cotidiana. Son el resultado de una cotidianidad, de una experiencia a la cual el sujeto es sometido desde su niñez, es la forma como ha aprendido, desde su familia de origen, a manejar las diferentes situaciones o a interactuar con otros.

Al analizar y contrastar cada uno de los códigos sustantivos de esta categoría con la teoría de autocuidado se encuentra una clara coherencia entre ellos.

Las expresiones agrupadas en la categoría **higiene mental**, en la que la totalidad de mujeres describieron en sus entrevistas acciones en busca de encontrar una estabilidad emocional, justifican los comportamientos y manifestaciones en sus diversas interacciones con los miembros de la familia. Y nos permite contrastar con los postulados descritos por varios autores respecto al manejo de los conflictos; permitiendo o no crecer en una familia sana o vivir en crisis, consintiendo el detenimiento y no crecimiento de sus miembros, o el desarrollo de unos a expensas de otros. Se considera como uno de los elementos que caracterizan a

una familia sana aquello que facilita la interacción entre sus miembros, en donde las familias se comunican con unos patrones de interacción regulares como apoyo. Esta interacción incluida desde la niñez puede ser verbal y no verbal.

La comunicación de sentimientos tiene lugar de diversas maneras, y no necesariamente a través de palabras, puede ser: sonriendo, animando su expresión, abrazando cariñosamente, aprobando o desaprobando. En las expresiones evidenciadas en las entrevistas pueden existir formas de manejo que, contrastadas con la teoría, pueden ser juzgadas de inapropiadas por la forma que empíricamente han encontrado para dar solución a sus conflictos. Es con la sabiduría personal que las mujeres han aprendido a interactuar con los suyos.

Por esta razón, al analizar las expresiones se tuvieron en cuenta y se codificaron bajo el nombre de la categoría higiene mental, ya que son expresiones que evidencian la búsqueda de una salud emocional de las informantes entrevistadas.

Se percibe que algunas mujeres entrevistadas se sienten deprimidas, incomprendidas, no tenidas en cuenta para decisiones de tipo económico; que el origen de sus conflictos con sus esposos es la parte económica. Se podría concluir en este sentido que no existen canales de comunicación ni reglas de organización claras entre sus miembros, pero sí sistemas de comunicación poco eficientes, dinámica familiar establecida por inercia, y no por propuestas de la pareja, y conflictos sin resolver. Se entrevistó el sistema de distribución de roles a nivel del hogar en forma tradicional, en la que el hombre aporta económicamente y la mujer se encarga del funcionamiento del hogar.

En la familia, quienes han aprendido a comunicarse de forma efectiva son sensibles a las necesidades de los demás y son capaces de compartir y de trabajar en colaboración con ellos.

Se concluye, en esta categoría, que las mujeres manejan diversas estrategias para procurarse una salud emocional, lo cual se proyecta en la salud física y, como algunas de ellas lo afirman, el espíritu, la mente y el cuerpo se mantienen en equilibrio, lo que afecta a uno se proyecta en el otro.

1.4. Descriptores de la categoría higiene mental:

Actividades de distracción.

Respeto por sí misma y por los demás.

Utilización de comunicación verbal y escrita.

Sentimientos de satisfacción - insatisfacción.

Recurrir a otros - no recurrir a otros.

Utilización de formas de evitar conflictos

Religiosidad - espiritualidad como apoyo.

1.5. Justificación de los descriptores de la categoría Higiene mental:

Al contrastar las expresiones con la teoría del autocuidado, se encontró el correspondiente respaldo teórico, lo cual permitió sustentar que los datos obtenidos en el estudio manifiestan las imágenes que tienen significado en el contexto experimentado por la persona, en el momento de la entrevista; y otras

que, al analizar su significado, se pueden agrupar en los siguientes descriptores: "respeto por sí misma y por los demás", "actividades de distracción", "utilización de comunicación verbal y escrita", "sentimientos de satisfacción - insatisfacción", "recurrir a otros - no recurrir a otros", "utilización de mecanismos de defensa", "religiosidad - espiritualidad como apoyo".

Estos descriptores permiten explicar que las informantes utilizan recursos diferentes según la necesidad, para mantenerse sin agresores cuando tienen algún problema, o aunque no lo tengan, para mantenerse o modificar el ambiente en donde se desenvuelven, sea la familia, el trabajo u otro, y así mantenerse en un estado favorable de salud.

De acuerdo con las vivencias de este grupo de mujeres participantes en la investigación, se lograron extraer códigos que dieron pautas para los descriptores enunciados y que son parte de las prácticas de autocuidado en salud, como son la búsqueda de un ambiente más sano a través de la lectura, la acción de escuchar música, diálogo con la familia y actividades de distracción.

Con la agrupación realizada por significancia y similitud se refuerza una vez más que los descriptores aquí clasificados, referentes a esta categoría, nos permiten tener claridad en el hecho de que las personas, para mantener un ambiente favorable, afrontar crisis y conflictos, necesitan diferentes formas de relación que les permitirán salir avantes en las metas que se proponen.¹

2. Descriptores de la categoría creencias:

Creencia firme en Dios.

Creencias religiosas condicionantes de algunos comportamientos de salud.

Consideraciones respecto a las influencias negativas de algunos hábitos: mantener el estómago vacío, fumar, tomar alcohol, trasnochar.

Hábitos saludables que contribuyen al logro de la salud (no trasnochar, no beber, no fumar, consumir agua).

Las prácticas de autocuidado de la mujer como influencia del comportamiento en salud de los hijos.

Las prácticas religiosas como influencia positiva en las prácticas de autocuidado asumidas por las mujeres en edad adulta.

Importancia de la crianza y los valores enseñados a los hijos como pauta importante para el comportamiento en salud.

Ser superior como guía para el logro de una meta en la vida.

Procesos mórbidos en familiares y amigos condicionan la aparición de prácticas de autocuidado en salud.

Conceptualización de salud como equilibrio entre lo físico y lo espiritual, entre lo físico y lo mental: cuerpo y espíritu.

Salud, como se sienta en la parte emocional y afectiva

Salud, como el equilibrio.

Necesidad de consultar

3. Descriptores categoría actividad-ejercicio

Reconocimiento del ejercicio como parte de una práctica de autocuidado en salud, de la necesidad e importancia del ejercicio para la salud.

- ↳ Limitación del ejercicio por enfermedad o por recomendación médica.
- ↳ Realización de ejercicios periódicamente. (Realización de caminatas y otras actividades como el baile, el deporte).
- ↳ Consideración del ejercicio como proveedor de paz y salud.
- ↳ Diferenciación entre ejercicio programado y actividad como parte del trabajo.
- ↳ El ejercicio facilitador de los procesos corporales.
- ↳ El ejercicio como un factor que disminuye el estrés.
- ↳ Dificultad para mantener el ejercicio como un hábito.

4. Descriptores categoría Prevención:

- ↳ Antecedentes de morbilidad y mortalidad en la familia.
- ↳ Utilización de diferentes medidas para la prevención de problemas físicos, emocionales y sociales.
- ↳ Riesgos en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
- ↳ Toma periódica de citología.
- ↳ Examen periódico de seno.
- ↳ Control y utilización periódica de odontólogo.
- ↳ Observar piel en busca de alteraciones.
- ↳ Aceptar recomendaciones respecto a medidas de prevención.
- ↳ Medidas de prevención de accidentes (formas de deambulación).
- ↳ Utilizar diálogo y comunicación.
- ↳ Apoyo espiritual.

5. Descriptores categoría sistemas de apoyo:

- ↳ La familia como sistema de apoyo.
- ↳ Ocupación de los sistemas médicos y especialistas como ayuda para la consecución de una vida saludable o la recuperación de problemas físicos, emocionales y sociales.
- ↳ Creencia y utilización de un sistema de seguridad social.
- ↳ El arraigo en la creencia religiosa para solucionar problemas. La creencia firme en Dios como apoyo leal y confidencial.
- ↳ Utilización del apoyo de personas como amigas, sacerdotes, familiares.
- ↳ Apoyo de otras personas que solucionan problemas de salud diferentes a los profesionales de la salud.
- ↳ Utilización de otros recursos como la lectura o la música para solucionar algún problema de origen emocional.

6. Descriptores de la categoría automedicación

- ↳ Utilización de remedios caseros.
- ↳ Utilización de consultas con no profesionales para dar solución a problemas de salud.
- ↳ Utilización de formas diferentes a las prescritas por especialistas para el tratamiento de algunas dolencias.
- ↳ Utilización de medicamentos sin prescripción médica.
- ↳ Utilización de medios naturales con fines curativos (aire fresco, sol, arcilla, sonido, alimentos y plantas).

7. Descriptores categoría higiene:

- ↳ Reconocimiento de la posibilidad de contaminación por la eliminación urinaria e

intestinal.

Utilización del lavado de manos después de ir al sanitario.

Utilización de medidas higiénicas diarias como el baño general y la higiene dental.

Reconocimiento de la importancia y utilización de medidas de presentación personal como vestido, peinado, maquillaje, cuidados de piel.

Utilización del lavado de manos antes de preparar los alimentos.

Conocimiento de riesgos de contagio por lo cual utiliza medidas higiénicas con el cuerpo y con los alimentos de consumo.

Utilización de medidas para humectación de la piel.

Reconocimiento de la importancia de la higiene del medio ambiente como parte de las prácticas de autocuidado para el mantenimiento de la salud.

Reconoce factores negativos de origen ambiental, en el contexto en donde vive los cuales pueden ocasionar problemas físicos, emocionales y sociales en la persona.

Utiliza medidas apropiadas para adaptarse a los cambios ambientales favorables y busca medidas para anular los factores negativos o adversos a la salud.

Creencias y sentimientos de sí mismo que proyecta a los demás y en sus acciones.

8. Descriptores categoría nutrición:

Conocimiento acerca de elementos nutritivos, dietas y alimentación necesaria para el crecimiento y la actividad.

Utilización de precauciones en la preparación de los alimentos.

Consideración del consumo de agua como práctica importante.

Incluye dentro de la rutina, una alimentación balanceada.

Influencia de la educación sobre temas de nutrición en las costumbres y gustos por los alimentos.

Creencia de la influencia negativa para la salud, relacionada especialmente con los alimentos enlatados y artificiales.

Creencia firme en el beneficio para la salud de alimentos naturales.

9. Descriptores categoría enfermedad:

Detección de signos y síntomas de algunas enfermedades.

Identificación de signos y síntomas.

Realización de visitas oportunas con autonomía y con tiempo.

Asistencia a controles por conveniencia.

Asistencia a control médico sin presentar sintomatología o espera de aparición de síntomas.

Cumple las prescripciones y recomendaciones formuladas por los profesionales de salud.

10. Descriptores categoría Recreación-descanso:

Reconocer la necesidad de periodos de descanso entre actividades.

Utilización de medidas de descanso..

Recreación como parte importante del autocuidado.

Necesidad de las personas de destinar tiempo y recursos económicos para salidas periódicas como parte de la recreación.

Programación de actividades recreativas en forma periódica.

RECOMENDACIONES

Al concluir este trabajo, la autora considera que, a pesar de las limitaciones, fue

muy enriquecedor y satisfactorio, no sólo por lo que implicó aprender una nueva metodología, reconocer la riqueza de la experiencia de otros, sino porque constituye un abordaje desde el punto de vista de la enfermería.

Se sugiere como parte de las recomendaciones lo siguiente:

☉ Con los resultados descritos en esta investigación, invitar al profesional de enfermería a tener en cuenta en cada encuentro o experiencia de cuidado la vivencia del ser humano respecto al cuidado de su salud; bien sea cuando es independiente para éste o cuando necesita del profesional de la salud para la consecución de acciones de cuidado.

☉ Compartir cada una de nuestras acciones de cuidado, sin desconocer el conocimiento del otro, puesto que es a partir de la construcción diaria, en cada interacción con el otro, que se logra llegar a la meta deseada como es la consecución de la salud.

☉ Hacer de cada encuentro una experiencia de cuidado, a partir de nuestro conocimiento como profesionales de la salud, y del otro como necesitado de nuestro cuidado.

☉ Reconocer la historia del otro, de acuerdo con los resultados de esta investigación, se evidencia y refuerza como necesario en lo relacionado al autocuidado en salud, ya que cada uno, según su visión, lo relaciona teniendo en cuenta los aspectos espiritual, emocional, físico y social. Aspectos que al integrarse y equilibrarse hacen que el ser humano se mantenga en una relación positiva con su mundo interior y exterior.

☉ Comprobar si estos descriptores se ajustan a otros grupos y contextos en nuestra realidad a través de nuevas investigaciones.

☉ Aplicar los descriptores aquí enunciados a nuevas investigaciones con el fin de comprobar la aplicación con otra población similar.

Referencias Bibliográficas

- 1- Tobo Vargas Nohora Isabel, *Prácticas de autocuidado en salud de un grupo de mujeres en edad adulta*, Tesis de grado para optar el título de Maestría. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, 2000. págs. 11 y 12.
- 2- LEDDY SUSAN PEPPER MAE, *Bases conceptuales de la enfermería profesional*, 1989. pág, 192.
- 3- *Ibid*, pág. 205.
- 4- Opcite pág. 203.
- 5- Opcite (2), págs. 201-202.
- 6- Opcite (3), pág. 193.
- 7- Opcite (3), pág. 187.
- 8- Opcite (2), pág. 203.
- 9- Opcite (2), pág. 184.
- 10- Opcite (2), pág. 184.

- 11- Opcite(2), pág. 184.
- 12- Opcite (2), pág. 184.
- 13- Opcite(2), Pág. 184.
- 14- Opcite (2), Pág. 185.
- 15- Opcite (2), pág. 248 -185.
- 16- Opcite (2). Pág. 185.
- 17- Opcite (2) pág. 183.
- 18- Opcite (2). Pág. 188.
- 19- Opcite(2). Pág. 184-192.

Bibliografía

- AVANCES EN ENFERMERÍA, Revista Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Vol. XIII, No. 2, jul-dic. 1995.
- , Vol. XIV, No. 2, jul-dic. 1996.
- GALÁN SARMIENTO, Elsa, *Familia mujer e infancia. Cultura y salud en la construcción de las Américas*, julio de 1992.
- GARCIA, Judith; POSADA, José, *Políticas para una cultura de la salud*, Ministerio de Salud.
- PÁRAMO FERNÁNDEZ, Doris. *Vejez y salud: Alternativas de autocuidado. Atención en salud y autocuidado*. Editores El Poirá. Ibagué, Colombia, 1990. p. 64.
- REY CALERO; CALVO FERNÁNDEZ. *Cómo cuidar la salud. Su educación y Promoción*. España 1998.
- OPS; OMS, *Promoción ,de la salud una antología*. Publicación científica No. 557.
- <http://www.selfcare.com/75PercentBooks01.asp>.
- <http://www.mgh.harvard.edu/womenscareers/html/newsletters/spring99/stories/story10.html>
- <http://w.w.w.hhs.csus.edu/HomePages/NRS/HansonB/>