

Claudia Vega-Michel
Everardo Camacho Gutiérrez

Autocuidado de la salud II



ITESO, Universidad
Jesuita de Guadalajara



Manual
Moderno®

Autocuidado de la salud II

Autocuidado de la salud II

Dra. Claudia Vega-Michel

*Doctora en Ciencia del Comportamiento, opción análisis de la conducta.
Maestra
en Ciencia del Comportamiento, opción Neurociencias, Centro de
Estudios
e Investigación en Comportamiento, Universidad de Guadalajara.*

*Licenciada en Psicología y profesora investigadora, Departamento
de Psicología, Educación y Salud, Instituto Tecnológico
y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO).*

Dr. Everardo Camacho Gutiérrez

*Doctor en Análisis de la Conducta, Centro de Estudios e Investigación
en Comportamiento, Universidad de Guadalajara.*

*Maestro y licenciado en Psicología, Instituto Tecnológico
y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO).
Profesor investigador en el ITESO y miembro del SNI, nivel 1.*

Editor responsable:
Lic. Georgina Moreno Zarco
Editorial El Manual Moderno



ITESO, Universidad
Jesuita de Guadalajara



Manual Moderno[®]

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sonora 206 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F.

Editorial El Manual Moderno, (Colombia), Ltda
Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

Nos interesa su opinión, comuníquese con nosotros:

Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

Av. Sonora 206, Col. Hipodromo, Deleg. Cuauhtémoc. 06100 Ciudad de México, México

(52-55) 52-65-11-00

info@manualmoderno.com

quejas@manualmoderno.com

Autocuidado de la salud II

D.R. © 2019 por Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO)

ISBN: 978-607-8616-11-4

Periférico Sur Manuel Gómez Morín 8585, Col. ITESO, C.P. 45604
Tlaquepaque, Jalisco, México.

Fecha de edición: 15 de noviembre de 2018.

En coedición con:

Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.

ISBN: 978-607-448-738-1 versión electrónica

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida sin permiso previo por escrito de la Editorial.

Para mayor información sobre

Catálogo de producto

Novedades

Distribuciones y más

www.manualmoderno.com

Director editorial y de producción:
Dr. José Luis Morales Saavedra

Editora de desarrollo:
Tania Flor García San Juan

Diseño de portada:
DG. Elena Frausto Sánchez



Prólogo

Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2012, 68% de las muertes a nivel mundial se presentan por enfermedades no transmisibles; 75% de las muertes prematuras de este tipo se dan por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias (WHO, 2016).

En México, el sistema de salud ha logrado mejoras importantes en la reducción de la mortalidad infantil, no así con la prevalencia de enfermedades no transmisibles y las muertes asociadas a éstas, en concordancia con lo señalado por la OMS. La diabetes es el mayor problema de salud en México. La tasa de sobrepeso en adultos aumentó en 9% en 12 años, alcanzando 71% de la población. Uno de cada tres niños tiene obesidad; 15% de los adultos padecen diabetes (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE, 2016]).

Estas estadísticas en México están por encima del resto de socios de la OCDE. ¿Qué sucede en México para explicar la alta incidencia de las enfermedades no transmisibles?

Queda claro que más allá de los determinantes biológicos, los hábitos y los estilos de vida en la sociedad mexicana no son los adecuados para preservar la salud. Se puede afirmar que los mexicanos no saben cómo cuidar su salud de forma adecuada; más aún, los estilos de vida de los mexicanos los hacen más propensos a padecer enfermedades no transmisibles, por encima de la media del resto de países de la OCDE.

Por lo anterior, los documentos que proveen elementos para la promoción de la salud cumplen con una función social de vital importancia para la sociedad mexicana.

Los editores del presente libro tienen ya camino andado en dicha dirección, en la producción de conocimiento científico ligado a los riesgos para la salud y los cuidados de ésta. Más aún, los editores han tomado como reto que dicho conocimiento científico pueda divulgarse hacia público no académico de forma amena, accesible y con base en evidencia científica.

En dicho sentido, en 2014 se publicó el libro *Autocuidado de la salud*, editado por Everardo Camacho y Claudia Vega. En ese volumen se presentaron 12 capítulos sobre el autocuidado de la salud en general y dos capítulos sobre el autocuidado de salud del adulto.

En la presentación de dicho libro, en la Feria Internacional del Libro de Guadalajara 2014, México, los autores y los asistentes reflexionaron sobre la importancia de publicar otro volumen sobre el autocuidado de la salud en poblaciones particulares. La reflexión fue en el sentido que los diferentes grupos poblacionales presentan diferentes riesgos a su salud, por lo cual se requerían estrategias diferenciadas para el autocuidado de su salud.

Tres años más tarde, ese volumen ya está en nuestras manos, poniendo a nuestra disposición capítulos que abordan el autocuidado de la salud de diferentes grupos poblacionales, ya sea por edad o por actividad profesional o lúdica.

Cada uno de los capítulos presenta los posibles riesgos a la salud en dichos grupos poblacionales específicos, pero sobre todo presentan de manera clara, didáctica, breve y amena cómo autocuidar la salud en cada uno de estos grupos.

Las estrategias de autocuidado de salud son un valioso aporte para la promoción de la salud de dichos grupos. Estos aportes se presentan empleando un lenguaje cotidiano que favorece su lectura para cualquier persona con interés en el tema.

Los grupos poblacionales sobre los cuales se mencionan los riesgos para la salud y las estrategias de autocuidado de la salud son las niñas y niños, adolescentes, universitarios (académicos, administrativos y estudiantes), cuidadores de pacientes enfermos crónicos y terminales y profesionales de la salud.

Además, este volumen incluye dos capítulos sobre autocuidado de la salud no en poblaciones en riesgo, sino en tipos de salud no abordados en el primer volumen, a saber, salud sexual y salud mental. Cada uno de ellos sigue la misma estructura de los capítulos antes aludidos, señalando posibles riesgos a la salud y estrategias de autocuidado. Ambos tipos de salud están expuestas a múltiples riesgos y con alta prevalencia en enfermedades asociadas.

El volumen inicia con un tema valiosísimo sobre cómo enseñar el autocuidado de la salud. Promueve la reflexión que el autocuidado de la salud se puede enseñar aun en la edad más temprana, con la intención de crear hábitos de vida saludables.

En general, el volumen de autocuidado de la salud, propone de forma simple más no simplista las estrategias para el autocuidado de salud. El libro es un documento importante para cualquier persona que desee cuidar de manera informada su salud.

Luis Miguel Sánchez Loyo

Referencias

- WHO (2016). *World Health Statistics 2016. Monitoring Health for the Sustainable Development Goals*. World Health Organization. Geneva: WHO Press.
- OECD (2016). *OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016*. Paris: OECD Publishing.

Prefacio

La prevención de enfermedades y la promoción de la salud son aspectos no muy atendidos en el contexto social, que se distingue por un sistema de atención a la salud orientado en especial a la rehabilitación (OPS, 2002). En términos económicos, se afirma que un peso invertido en prevención, son cinco pesos ahorrados en rehabilitación. Esto, sin considerar en una dimensión humana, el dolor y sufrimiento que se puede evitar al no contraer enfermedades de diversa índole.

Con el abatimiento de muchas enfermedades infecciosas de tipo viral y bacteriano, logrado por los avances de la medicina moderna, han prevalecido en la etapa contemporánea varias enfermedades denominadas crónicas, las cuales están vinculadas al estilo de vida prevaleciente, en particular en las grandes ciudades, como por ejemplo: diabetes, cáncer, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares en general.

En un contexto en el que se está sometido a sobredemandas de índole variada por diversas razones, como el hecho de vivir en una concentración urbana de alta densidad, la cantidad de recursos informáticos que permiten de manera rápida atender una multiplicidad de asuntos y problemas, obteniendo un mejor uso eficiente del tiempo y aumentando la productividad, es necesario hacer un alto y analizar si esta eficiencia y productividad va acorde a una mejor calidad de vida y a una promoción de la salud individual. En este alto, vale la pena reflexionar respecto a algunas de las decisiones que se toman en la vida cotidiana y que no necesariamente considera los potenciales efectos o impactos en la propia salud. Un ejemplo simple de ello, es la valoración del efecto que pueda tener, la cantidad de horas que se permanece sentado durante el día. Ya sea trabajando, comiendo o descansando frente a un televisor y cómo ello puede afectar de manera sustancial la salud en el largo plazo. Está claro que muchas de las decisiones que se toman no consideran el estado de salud, y el grado de deterioro de la misma en diferentes poblaciones, implica estilos de vida poco saludables: baja calidad del sueño, consumo de alimentos industrializados de baja calidad, sedentarismo.

Es ahí, donde la **educación para la salud** y el **autocuidado** adquieren una importancia fundamental y una potencial trascendencia en mejorar la salud de las personas de una mejor manera. Con mayor razón, en un contexto en el que la mitad de la población se encuentra situada en condición de pobreza (González, 2017).

Por autocuidado se entiende a las acciones personales que se emprenden y realizan con el fin de mantener la vida, salud y bienestar, como propuso la enfermera Dorothea Orem al referirse al autocuidado de la salud (Orem, 1993).

En el presente libro se han hecho patentes algunos de estos elementos, como producto de la experiencia directa y de investigaciones hechas por personas especializadas en diversos campos.

El objetivo ha sido acercar elementos de discernimiento a cada uno de los lectores para generar un mejor autocuidado. Está claro que no existen recetas o soluciones absolutas. Cada uno, con la información con que se cuenta y las condiciones particulares que se tienen, toca tomar decisiones en la dirección de tener mejor calidad de vida, así como también salud durante los años del propio ciclo vital. Algunas de estas decisiones, no necesariamente serán agradables de manera inmediata, pero implican procesos personales de autorregulación que implican el adueñarse de uno mismo, teniendo dominio de sí y posicionándose cada uno en el mundo, para vivir la propia vida de la mejor manera posible.

En este segundo libro editado sobre el tema del autocuidado (véase Camacho y Vega-Michel, 2014), se ha dividido el material en tres partes: en la primera parte, orientada al autocuidado en etapas de desarrollo específicas se cuenta con tres capítulos. En el capítulo 1, los autores: Marcela Castañeda investigadora de la Universidad Veracruzana y Everardo Camacho, profesor investigador del ITESO proponen una didáctica del autocuidado, basado en competencias y acercan algunos elementos sobre cómo aprender y enseñar a otros este tipo de competencias complejas, en este mundo de hoy que plantea retos de manera continua y para los que de manera formal no han sido educados. También los autores informan una experiencia de enseñanza-aprendizaje del autocuidado en niños a manera de ejemplificación. La relevancia de aprender a cuidar la propia salud y enseñar estas competencias de forma eficaz, tienen una alta importancia en términos de prevención y promoción de la salud.

En el capítulo 2, Pilar Aguilar psicóloga egresada del ITESO y con años de experiencia educativa de niños pequeños con el Método Montessori, comparte cómo en el periodo de la infancia y respetando el nivel de desarrollo de los niños, los padres pueden intencionar diversas condiciones de aprendizaje, que abonen a una gradual adquisición por parte de los niños, de competencias de autocuidado. En el caso de los niños (y también de los adolescentes), la perspectiva natural es que los adultos les cuiden, considerando su falta de capacidad para cuidarse a sí mismos y en este afán generar sobreprotección, promoviendo la dependencia de los adultos e imposibilitándoles que adquieran las habilidades necesarias. En este sentido, las recomendaciones de la autora, orientan a los padres en términos de cuidar lo necesario, sin que ello imposibilite el aprendizaje de los niños, del propio autocuidado.

En el capítulo 3, Mario Guzmán psicólogo clínico de amplia experiencia y con formación doctoral, en su capítulo propone desestigmatizar la concepción de adolescencia que en general se tiene, como si adolescencia fuera sinónimo de problemas. Enfatizando la pertinencia de diálogo de los padres con sus hijos, el autor busca fortalecer una orientación positiva de los padres en donde se pueda ir posibilitando el ejercicio de la libertad de sus hijos, sobre la base de que estén informados de los riesgos potenciales al tomar decisiones equivocadas en el contexto de la vida cotidiana y también de cómo las decisiones acertadas promueven la salud a largo plazo, como una experiencia placentera y plena. Este ejercicio podrá ir empoderando de forma gradual al adolescente para asumirse como responsable en el cuidado de sí mismo.

En la segunda parte del libro, que versa sobre ámbitos específicos del autocuidado, se cuenta con cuatro capítulos:

En el capítulo 4 Leonardo Reynoso académico de la FES-Iztacala y coordinador del posgrado en medicina conductual desde hace varios años y su equipo de investigación han estudiado el ámbito de cómo promover el autocuidado de la salud en escenarios académicos en donde confluyen personal académico, administrativo y estudiantes. En este medio existe un gran porcentaje de incertidumbre e impredecibilidad respecto a las demandas de trabajo, factores que promueven la respuesta de alerta continua, descrita como estrés y que genera muchos trastornos tanto en la dimensión biológica como psicológica de la salud de los individuos. Se proponen estrategias diversas para promover el autocuidado como el proveer de información, el desarrollo de programas de educación para la salud, competencias de solución de problemas y el autocontrol. El diseño de actividades académicas que promueven el sedentarismo tan pernicioso debe contemplar tiempos adecuados para que los universitarios cuiden y promuevan su salud.

En el capítulo 5 Patricia Ornelas con años de experiencia en trabajo psicológico en ambientes hospitalarios y docente del ITESO, desarrolla una serie de propuestas prácticas fundadas en la experiencia y la investigación, para cuidar al cuidador de un enfermo crónico. Se sabe del gran desgaste que implica la atención durante mucho tiempo, de un familiar enfermo y cómo se tiende a que esta responsabilidad recaiga en un miembro en particular de la familia (por lo general mujeres), lo que produce que dicho miembro, esté en gran riesgo de perder su propia salud y calidad de vida. Se proponen estrategias de una buena comunicación familiar, que el cuidador sepa pedir ayuda cuando sea necesario, tener tiempo para sí, tanto para proyectos propios como para descansar y promover las redes de apoyo.

En el capítulo 6 Javier García de Alba antropólogo y con amplia experiencia en la epidemiología y salud pública, y su prestigiado equipo de salud en el IMSS, abordan la problemática del autocuidado de los profesionales de la salud. Aunque suene paradójico, el dicho de que “en casa del herrero azadón de palo” aplica en este campo y de forma reiterada desde muchas experiencias se afirma que los peores pacientes son los profesionales de la salud. De la misma forma, aun cuando tienen información de los riesgos que conllevan ciertas prácticas, ello no es razón para que dichos profesionales no desplieguen comportamientos de riesgo.

Es fundamental en estos profesionales la capacidad de autoobservación, cuando el entrenamiento recibido ha sido, orientado a la atención de otros. El reconocimiento de la fatiga y el *burnout*, saber cuándo es necesario descansar, alimentarse y recrearse son aspectos importantes, así como también reconocerse como modelos (en los patrones de alimentación y tabaquismo, por ejemplo), como aspectos centrales en la ética del autocuidado. Por parte de las instituciones de salud, la programación de horarios que eviten el desgaste de sus profesionales y la promoción de un buen clima laboral son aspectos que le abonan a este campo.

En la tercera parte orientada a ámbitos específicos de la salud, en el capítulo 7 Jorge Rojas, maestro en educación sexual y docente del ITESO, reconoce la complejidad de la sexualidad humana y por lo tanto del autocuidado en este campo. Enfatiza problemáticas que surgen de la dimensión biológica, psicológica y social, así como problemáticas que incorporan también a

estas tres dimensiones, proponiendo la educación como el recurso más relevante para el autocuidado y la identificación de los derechos sexuales como elementos fundamentales de los derechos humanos en general.

Por último, dentro de este mismo eje, la Dra. Diana Arreola psiquiatra que trabaja en la Asociación Civil Humanamente, orientada a la inserción de personas con trastorno psiquiátrico desarrollando talleres psicoeducativos y en la clínica Plexus orientada al manejo del estrés, aborda el ámbito de la salud mental y cómo promover su autocuidado en el capítulo 8. De entrada, reconoce un incremento en los trastornos en la salud mental en el mundo, de muy diversa índole, y la incapacidad para abordar dichas problemáticas de salud desde una perspectiva meramente rehabilitativa. Propone que la inmersión en un entorno en donde se tenga un proyecto de vida, la vinculación con redes de afecto, la actividad física y la capacidad para disfrutar la vida cotidiana son factores protectores que promueven la salud mental de las personas.

Se espera que el presente libro, oriente a los lectores en la toma de decisiones respecto de su propia vida, con la información que aquí se proporciona y que procura tener un sustento en la investigación desarrollada hasta ahora.

El análisis de las diversas problemáticas que viven algunas personas como los adolescentes, universitarios y cuidadores de enfermos crónicos, muestran en su concreción los retos que se enfrentan y que tienen todos en común: que son de largo alcance.

Sólo se vive una vez y todos lo saben. La vida tiene un inicio y un final. El final nos puede asustar un tanto, pero de manera existencial se sabe que quizás el modo en que se viva el final de la vida, tendrá que ver en **cómo** se ha vivido la vida misma. El reto es construir una experiencia de vida gratificante. ¿Cómo se construye eso? Agenciando aquello que en la propia historia se ha aprendido a disfrutar y evitando aquello con lo cual se han tenido experiencias desagradables o aversivas. En los casos en que no se puedan evitar dichas experiencias, tocará disponer a aprender los aspectos que ofrezcan un aprendizaje que enriquezca de forma personal dichos eventos que al inicio fueron valorados como desagradables, así como la disposición de ir aprendiendo y descubriendo otras experiencias agradables. Toda esta construcción pasa por la relación y el vínculo de calidad con los otros, así como por el funcionamiento activo del cuerpo. La noción del envejecimiento exitoso, propuesto por la OMS en 1990, descansa sobre la base de estas dos columnas: redes de apoyo y actividad física. No hay ninguna novedad en estos planteamientos.

En el reconocimiento de la finitud común, los coordinadores de este libro esperan que el material que aquí se presenta ofrezca algunos elementos para relacionarlos con las propias experiencias de vida y el estilo de vida particular, con inteligencia, esperanza y optimismo. La tarea del autocuidado de la salud es de todos, pues todos estamos implicados en ello.

*Claudia Vega-Michel
Everardo Camacho Gutiérrez*

Referencias

- Camacho, E. y Vega-Michel, C. (2014). *Autocuidado de la Salud*. México: ITESO.
- González, S. (2017). Niveles de pobreza en México al alza en este año y en el 2018: CEESP. Periódico La Jornada del 18 de septiembre del 2018. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2017/09/18/economia/024n1eco>. (Último acceso 23 de septiembre).
- Perfil del Sistema de Servicios de Salud México. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Mexico_2002.pdf.
- Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson -Salvat Enfermería.

Colaboradores

Pilar Aguilar Sol

Licenciada en psicología por el ITESO, guía Montessori de Casa de Niños y Taller, campo en el que tiene una larga trayectoria como maestra, directora y asesora en México y EU. Es también entrenadora mundial de adultas para la prevención de violencia contra niñas y mujeres como miembro de *World Association of Girl Guides and Girl Scouts* y ha participado en entrenamientos mundiales en conjunto con ONU Mujeres.

Capítulo 2

Diana Elizabeth Arreola González

Médico, Cirujano y Partero en la Universidad de Guadalajara. Especialidad en Psiquiatría en el Hospital Civil Fray Antonio Alcalde. Especialización en Psicoterapia para Trastornos Graves de Personalidad Asociación Psicoanalítica Mexicana, A.C. Posgrado de Rehabilitación Psicosocial de personas con enfermedad mental grave (Instituto de formación e intervención social). Miembro de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. Miembro del Colegio de Psiquiatras de Jalisco. Miembro del Comité Hospitalario de Bioética de Caisame. Miembro de la Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial.

Capítulo 8

Ana Leticia Becerra Gálvez

Licenciada en psicología por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Maestra en psicología con Residencia en Medicina Conductual por la misma universidad. Actualmente docente y tutora del Programa de Residencia en Medicina Conductual de la FESI-UNAM.

Capítulo 4

María Cristina Bravo González

Licenciada y maestra en Psicología por la UNAM. Responsable académica del Diplomado en Terapia Cognitivo Conductual en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Docente, Supervisora Académica y Tutora de alumnos de la Residencia en Medicina Conductual de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Capítulo 4

Enrique Castañeda Aguilera

Doctor y Maestro en Ciencias de Salud en el Trabajo. Médico especialista en Salud del Trabajo. Parte de la Clínica Familiar No. 79, IMSS Jalisco.

Capítulo 6

Marcela Castañeda Mota

Licenciada en psicología en la Universidad Veracruzana y Maestra en Psicología y Educación

en la misma Universidad. Su doctorado en psicología lo desarrolló en el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la misma Universidad Veracruzana. Coordinadora de la Red de Psicología y Educación junto con la Dra. Acle Tomasini, del Sistema Mexicano de Investigadores en Psicología. Miembro de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta. Profesora de tiempo completo de la Universidad Veracruzana.

Capítulo 1

Mario Guzmán Sescosse

Doctor en Psicología por la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Maestro en Psicoterapia Cognitivo Conductual por el Instituto Mexicano de Psicoterapia Cognitivo Conductual. Maestro en Psicología Analítica por la Universidad Ramón Llull en Barcelona, España. Se desempeña como psicólogo clínico de adolescentes y adultos en la ciudad de Chicago para Agave Studio for Psychotherapy, conferencista para SEEDS Family Services y ha sido profesor universitario de licenciatura y posgrado.

Capítulo 3

Susana de la Rosa Hernández

Licenciada en Psicología, Becaria de la Maestría de Sociomedicina en la Unidad de Investigación Social, epidemiológica y de Servicios de salud del Centro Médico Nacional del IMSS Jalisco.

Capítulo 6

Javier García de Alba García

Doctor en Antropología, Maestro en Salud Pública y Médico Cirujano. Investigador Nacional nivel II. Trabaja en la Unidad de Investigación Social, epidemiológica y de Servicios de salud del Centro Médico Nacional del IMSS-Jalisco. Co-coordinador del Posgrado de Sociomedicina de la Universidad de Guadalajara.

Capítulo 6

Judith García de Alba Verduzco

Licenciada en Psicología, Maestra en Psicología de la Salud. Profesora de la Escuela de Psicología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Capítulo 6

Maetzin Itzel Ordaz Carrillo

Maestría en Psicología con residencia en Medicina Conductual, UNAM. Licenciatura en Psicología, UNAM. Coordinadora académica del Diplomado en Terapia Cognitivo Conductual en la FES Iztacala, UNAM. Docente por la División de Investigación y Posgrado FES Iztacala, UNAM.

Capítulo 4

Jorge Rojas Hernández

Es licenciado en Biología y maestro en Ciencias del Comportamiento por la Universidad de Guadalajara. Maestro en Educación de la Sexualidad Humana por el Centro de Estudios

Superiores en Atención a la Salud y Sexualidad. Profesor de diferentes asignaturas de nivel licenciatura en el ITESO.

Capítulo 7

Patricia Eugenia Ornelas Tavares

Licenciada en psicología clínica por la UASLP, con Maestría en Psicología de la Salud por la UNAM y Doctora en Investigación Clínica por la Universidad de Guadalajara. Diplomado en Cuidados Paliativos por Gafos en España y la Universidad Autónoma de Guadalajara.

Capítulo 5

Leonardo Reynoso Erazo

Médico cirujano y maestro en Modificación de Conducta por la UNAM. Profesor de la UNAM desde 1970. Miembro de la *Society of Behavioral Medicine*, de la *American Psychological Association* y de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta. Coordinador de la residencia en Medicina Conductual de la UNAM.

Capítulo 4

Ana Leticia Salcedo Rocha

Doctora en Ciencias Sociales, Maestra en Salud Pública y Médica Cirujana. Investigadora nacional nivel I. Trabaja en la Unidad de Investigación Social, epidemiológica y de servicios de salud del Centro Médico Nacional del IMSS Jalisco. Co-coordinadora del Posgrado de Sociomedicina de la Universidad de Guadalajara.

Capítulo 6

Luis Miguel Sánchez Loyo

Es doctor en Ciencias del Comportamiento (Neurociencias) en el Instituto de Neurociencias de la Universidad de Guadalajara. Es profesor investigador en la Universidad de Guadalajara y profesor en la Maestría en Psicoterapia del ITESO. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores.

Prólogo

Contenido

[Prólogo](#)

[Prefacio](#)

[Colaboradores](#)

[Parte I. El autocuidado en etapas específicas del desarrollo](#)

[Capítulo 1. El aprendizaje de competencias de autocuidado de la salud](#)

[Competencias y contenidos de aprendizaje](#)

[Secuenciales de aprendizaje](#)

[Una experiencia del aprendizaje de la salud](#)

[Conclusiones y perspectivas](#)

[Referencias](#)

[Capítulo 2. El desarrollo del autocuidado en el niño](#)

[Del nacimiento al año de nacido](#)

[De 1 a 3 años](#)

[De 3 a 6 años](#)

[De 6 a 12 años](#)

[Conclusiones](#)

[Referencias](#)

[Capítulo 3. La promoción del autocuidado en los adolescentes](#)

[Introducción](#)

[¿Qué es la adolescencia?](#)

[Psicopatologías, factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia](#)

[Conclusiones](#)

[Referencias](#)

[Anexo I](#)

[Parte II. Ámbitos específicos del autocuidado](#)

Capítulo 4. El autocuidado de la salud en ámbitos específicos

Concepto de autocuidado

Autocuidado en universitarios

Comportamientos de riesgo en universitarios

Propuesta

Estrategias conductuales para el autocuidado en población universitaria

Referencias

Capítulo 5. El autocuidado en población universitaria

El cuidado del enfermo crónico

La demanda del cuidado

La importancia del autocuidado

Estrategias de autocuidado

Conclusiones

Referencias

Capítulo 6. Algunas consideraciones respecto al autocuidado de los profesionales de la salud

Introducción

Cuidado

Cuidado de la Salud

Autocuidado

Cuidado de necesidades y Kairós

El autocuidado en el personal del área de la salud

Situación de salud del equipo de salud

Patología antes de terminar sus estudios y al iniciar su carrera

Aspectos éticos del autocuidado

Conclusiones

Referencias

Parte III. Ámbitos específicos de la salud

Capítulo 7. Autocuidado de la salud sexual

Introducción

[Salud sexual y sexualidad](#)

[Problemáticas generales en las dimensiones de la salud sexual](#)

[Lo normal y lo anormal en la sexualidad humana](#)

[Visión existencial-humanista de la sexualidad](#)

[Conductas válidas y conductas no válidas](#)

[Educación sexual como estrategia para mejorar la salud sexual a nivel social](#)

[Los derechos sexuales⁶ son parte de los derechos humanos universales y contribuyen a una mejor salud sexual colectiva](#)

[Estrategias de autocuidado en la salud sexual a nivel individual: algunas conclusiones](#)

[Referencias](#)

[Capítulo 8. Salud mental y su autocuidado](#)

[Introducción](#)

[Factores de riesgo](#)

[La familia](#)

[El trabajo](#)

[Economía](#)

[Política](#)

[Datos publicados por la OMS](#)

[Dimensión rehabilitativa](#)

[Dimensión preventiva](#)

[Dimensión promocional](#)

[Autocuidado](#)

[Conclusiones](#)

[Referencias](#)

Parte I

El autocuidado en etapas específicas del desarrollo

Capítulo 1

El aprendizaje de competencias de autocuidado de la salud

Marcela Castañeda Mota
Everardo Camacho Gutiérrez

Introducción

El ser humano al nacer es uno de los animales más dependientes y con procesos biológicos inacabados, como lo es la maduración del cerebro, por ejemplo (Papalia y Feldman, 2012). Ello implica en consecuencia que su viabilidad para sobrevivir depende del cuidado de otros para atender sus necesidades básicas: alimentación, cobijo, higiene y afecto. Se entiende por cuidado a la solicitud y atención para hacer bien alguna cosa, y de manera específica en este caso se entenderá como: la atención que se da a alguien, (Diccionario de la Real Academia Española, 1927) (Diccionario del español usual en México, 2002 citado por De Alba, *et al.* en este mismo libro). Pues como menciona Tobón (2003, citado por De Alba, *et al.*) las decisiones que se toman para promover, cuidar, fortalecer o reestablecer la salud; son conductas que se aprenden a lo largo de la vida cotidiana y responden a la capacidad de supervivencia en la cultura a la que se pertenece.

Es importante puntualizar este aspecto, porque una condición necesaria para el autocuidado de la salud y su aprendizaje, requiere de manera primaria el cuidado de la salud eficiente por parte de otros, de manera semejante a como se aprende a hablar, primero, se requiere aprender a escuchar (Vigotsky, 2001). Dicho cuidado inicial está asignado como rol principal a los progenitores y hermanos en los inicios de la vida y después promovido por el contexto escolar.

Cuando se enfatiza este cuidado inicial eficiente por otros como condición necesaria, es pertinente resaltar que dicha condición no es suficiente, pues se requiere luego de un proceso en el cual el individuo tenga la oportunidad de aprender a tomar decisiones respecto a su comportamiento o quehacer, para aprender con base en el ejemplo de los otros (modelamiento: Bandura, 1983), la experiencia propia directa (moldeamiento: Skinner, 1979) y la retroalimentación de los otros (Irigoyen, *et al.*, 2002), sobre la base de ensayos iniciales, de manera en que el niño de forma gradual vaya ganando en autonomía y eficiencia en este ámbito.

En este sentido, la didáctica del autocuidado entendida como el método y las condiciones para enseñar a otros acciones personales a emprender y realizar “con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar” como propuso la enfermera Dorothea Orem al referirse al autocuidado de la salud (citado en Roldan, 2011), requiere todo un proceso educativo a partir de la experiencia cotidiana y que implica en sus niveles más complejos el aprendizaje de la autorregulación (Rachlin, 1973; Mischel, 2015), en la manera en que los individuos interactúan con el mundo y sus objetos, con otros y con ellos mismos.

Mejorar la salud, es una responsabilidad que cobró importancia a partir de la década de 1970-79, propuesta por la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 1978), para lo cual estableció como meta social de los gobiernos, que todos los ciudadanos del mundo en el año 2000, tuvieran un grado de salud con el propósito de que los individuos alcancen una vida social económicamente productiva, con una política mundial denominada “Salud para todos en el año 2000”, utilizando acciones en la atención primaria en salud.

Por consiguiente, la psicología de la salud, se convirtió en una disciplina que permitió la aplicación de los principios de su objeto de estudio (mencionados arriba como modelamiento, moldeamiento y retroalimentación) a los problemas de la salud dirigidos a los cuidados de la promoción, mantenimiento y restauración de la misma, considerando a su vez mediante la investigación, el poder identificar los comportamientos necesarios en el mantenimiento de la salud y la aplicación de programas educativos eficaces (Marks, 1995).

La educación para la salud entonces se define como un proceso planificado y sistemático de comunicación, orientado al proceso de enseñanza y aprendizaje para facilitar la elección y mantenimiento de las prácticas saludables y evitar así las prácticas de riesgo, mejorando con ello la calidad de vida de las personas, la salud biopsicosocial garantiza que los individuos puedan realizar un desarrollo óptimo de todas sus actividades (Valadez, *et al.*, 2016). Esta educación debe ser permanente y constituye un campo de trabajo de la psicología de la salud, ya que permite proporcionar las estrategias de aprendizajes necesarios en beneficio de su vida (Costa & López, 1998). El uso del modelo de las competencias puede resultar una estrategia efectiva para llevar a cabo programas de enseñanza de la salud. Por ejemplo, Rodríguez (2004) informa una evaluación de competencias en adultos, en la que encuentra que las personas que tienen mayor competencia, también cuentan con mejor estado de salud, por el contrario, que la enfermedad crónica correlaciona con la falta de capacidad de las personas para enfrentar situaciones de riesgo para enfermar.

En el presente capítulo primero se enumeran algunas competencias que se consideran esenciales para ejercer el autocuidado de la salud por parte de los niños, a continuación se explican algunos procesos secuenciados del aprendizaje que posibilitan la adquisición de dichas competencias de autocuidado, en tercer lugar, se informa una experiencia positiva en el contexto de un preescolar de cómo los mismos niños asumen una tarea de autocuidado, y por último se plantean algunas conclusiones y perspectivas en torno a la didáctica del autocuidado de la salud.

Competencias y contenidos de aprendizaje

En el sistema educativo actual, atendiendo a las reformas educativas, iniciadas en el 2001 en México, se ha considerado en la programación de la enseñanza, la utilización del modelo de competencias (Reimers, 2006).

Para ello, se tomó en cuenta la propuesta de Tobón (2006), quien señala que el término competencia viene del latín *cum* y *petere*, que significa una capacidad para concurrir, coincidir en una dirección y poder seguir una trayectoria definida, es decir una situación de respuesta directa y situada en un momento determinado. Además, indica como necesario, que las competencias aportan elementos para superar carencias importantes de la enseñanza tradicional, por ejemplo, en el sistema educativo mexicano, no se incluye lo esencial, lo significativo; existe también una ausencia de vinculación entre el conocimiento y la práctica, y los sistemas de evaluación son autoritarios, rígidos, y con baja objetividad entre otros aspectos a mejorar.

Por lo que diversos educadores pueden utilizar dicho modelo de competencias, ya que permite la capacidad para responder con éxito a exigencias complejas en un contexto particular, movilizand o conocimientos, aptitudes y prácticas, componentes sociales y actitudes de los participantes.

Las competencias pueden garantizar la funcionalidad de los aprendizajes, ya que van más allá de la adquisición de conocimientos relacionados con las materias enseñadas en las escuelas, y ésta se logra cuando los alumnos se dan cuenta de que el aprendizaje es útil para poder comprender mejor el mundo que les rodea e intervenir con eficacia (Bacarat y Graciano, 2002).

En este modelo de enseñanza, el aprendizaje se dirige al **saber hacer**, con una dimensión de carácter demostrativo y también con una dimensión de carácter actitudinal, que convergen en distintas áreas, en distintos momentos y niveles de aprendizaje y de esta manera se reconoce su carácter integrador, sobre distintos tipos de contenido y constituye un factor básico para el desarrollo de propuestas globalizadoras o interdisciplinarias en la enseñanza (Escamilla, 2009).

Tobón (2009) describe seis componentes básicos que un modelo de enseñanza por competencias debe considerar en su utilización:

1. **Competencia:** logro o desempeño general ante cualquier área disciplinar, profesional o social.
2. **Unidad de competencia:** desempeño concreto de una actividad o problema en alguna área disciplinar.
3. **Elementos de competencia:** desempeños precisos de las actividades que demuestran la acción de una unidad de competencia.
4. **Indicadores de desempeño:** criterios que representan la idoneidad con la cual se puede realizar la unidad de competencia, es decir representa a cada elemento de competencia.

5. **Saberes esenciales:** contenidos concretos en el campo cognoscitivo, afectivo-motivacional (ser) y actuacional (hacer) para que se puedan cumplir los elementos y los indicadores de desempeño elaborados de la competencia.
6. **Evidencias:** pruebas objetivas de tareas, que realiza el estudiante para demostrar el dominio de la competencia y de cada uno de sus elementos. Pueden ser de conocimiento, de actitud, de hacer y de productos concretos del aprendiz.

Los programas que consideren las competencias, son atractivos, pero exigentes y rigurosos con los requisitos presentados, buscando siempre al principio, su estrategia de enseñanza, por ejemplo, en los niños el juego, la pintura, la imitación, son excelentes ayudas en el desarrollo del aprendizaje significativo que garantiza el uso de una competencia, es decir, a través de este enfoque globalizador se encuentra una vía de establecimiento en la enseñanza.

Bajo esta consideración es justificable por completo el uso de las competencias en el aprendizaje para la salud, ya que permiten indicar lo que el **sujeto hace**, permitiendo a su vez la garantía de una motivación y evaluación objetiva, porque pueden ser descritas en un conjunto de acciones, referidas a las conductas que deben aprender las personas para lograr y mantener su bienestar físico, psicológico y social, y en el mejoramiento de su cultura de salud (Rootman & Raeburn, 2000).

Por lo cual Tardif (2008), resume ciertas características para desarrollar programas por competencias:

1. Determinar una descripción de las mismas, de forma específica y concreta.
2. Especificación del nivel de logro esperado, por cada una de las competencias al término del programa de formación.
3. Especificación del conjunto ordenado de los indicadores de cada competencia.
4. Selección de conocimientos, actitudes, valores en objetivos de desempeño y acciones y evidencias a realizar por el aprendiz.
5. Determinación y selección de la metodología didáctica con duración planeada.
6. Determinación de las modalidades de evaluación de las competencias del curso.

Esta última etapa es necesaria, ya que las competencias se deben evidenciar por medio de la evaluación. De acuerdo con Escamilla (2009) la evaluación es un factor de gran trascendencia en el manejo de este modelo educativo y señala que debe ser un proceso continuo, objetivo y participativo de los alumnos. Por consiguiente, el operacionalismo debe considerarse en los diferentes objetivos educativos, su definición operacional debe tener cada uno de los conceptos en la comunicación, a menos que se esté dispuesto a adoptar el vago uso popular. El uso de los objetivos que van a estar basados en las competencias identificadas, deben contener las operaciones que puedan demostrar criterios concretos para su aplicación y evaluación. Además, es necesario para facilitar la demostración funcional ante los aprendices, y facilitar el aprender

haciendo, y descubriendo por ellos mismos, la función social de lo enseñado. Siguiendo esta estrategia de enseñanza aprendizaje, tanto los educadores como los aprendices, evitarán un lenguaje coloquial, que puede distraer el nivel de ejecución tanto del alumno como del maestro; por lo que la alternativa de ocupar este modelo de competencias puede cumplir una enseñanza directa, concreta, sin ambigüedades para evitar dificultades en la comprensión y manejo de los contenidos de la educación. Skinner (1985), había señalado que todo concepto, ya sea externo o “interno”, como son las emociones se puede describir con claridad si los conceptos utilizados se definen de forma operacional. Esta propuesta en el uso del lenguaje no es sólo metodológica, es fundamental en la comunicación humana y la más efectiva en un discurso didáctico.

A continuación, se enumeran algunas competencias importantes en el autocuidado de la salud:

La administración del tiempo: la regulación de las actividades como vigilia y sueño, tiempo para las tareas y el espacio para la recreación son aspectos fundamentales en el autocuidado de la salud. El niño pequeño que quiere seguir jugando no sabe atender a su condición personal de cansancio, hasta que cae rendido. No tiene una noción del tiempo y es responsivo sólo a las condiciones inmediatas sobre la base del placer y el displacer. Poder dedicar tiempo a diferentes actividades en el día es algo que se va aprendiendo de manera gradual y que implica poder anticipar y planear lo que se hará en el futuro (Vanderkam, 2015).

Saber observar y autoobservarse: la condición corporal es otra competencia importante en la tarea de autocuidarse, por ejemplo, en el proceso de saciedad y privación de alimento. Cuando el niño se sienta a la mesa, frente a una panera repleta de panes atractivos con chocolate y grageas chispeantes y le pregunta a su madre cuántos panes puede comer y la madre le responde: “los que tú quieras”, el niño mordisqueará varios panes hasta que el exceso de consumo se lo impida. El tener dolor de estómago después, le enseñará mediante una experiencia directa que uno tiene límites y que el cuerpo retroalimenta respecto de la saciedad, de manera que en ocasiones futuras podrá ir aprendiendo de la experiencia propia, anticipar las consecuencias y responder a las señales de su propio cuerpo para dejar de consumir en exceso.

Saber reconocer los límites personales es importante no sólo en el contexto de la alimentación, sino ante cualquier situación de riesgo. Los excursionistas que ascienden montañas lo primero que aprenden es a cuidar de la seguridad del grupo, sabiendo que hay que reconocer las condiciones cambiantes del clima y que esto va primero, que el conquistar una cumbre. En muchos adolescentes, aparece a continuación la percepción de omnipotencia y que uno es diferente al resto de personas y que por lo tanto el riesgo no aplica a la condición personal (p. ej., al combinar el alcohol con el volante). En cierta época los niños no tienen miedo, porque desconocen los riesgos a los que se exponen. Sin afán de promover que los niños sean miedosos o que esta emoción los domine, el tener experiencias en la infancia en donde el niño pueda reconocer sus límites y que si los sobrepasa hay malestar y dolor, se vuelve un elemento importante para su vida futura, de forma que se vuelva precavido (Pozzi y Valdez, 2008). Este fue uno de los factores importantes que reconoció Baden-Powell al crear el movimiento de los Boy Scouts, junto con el valor de los vínculos con otros, que se menciona más adelante.

Saber prevenir: enfermedades, por ejemplo, mediante la asistencia periódica al especialista (pediatra en el caso de los niños, pero igualmente dentista, oftalmólogo) es una práctica que es útil. En México los datos epidemiológicos sobre las caries muestran que la mayor parte de las personas acuden al dentista sólo cuando tienen dolor, momento que en muchas ocasiones es demasiado tarde para salvar las piezas dentales. Incorporar esta competencia de cuidado de sí, mediante la revisión periódica ahorraría mucho sufrimiento posterior. La mayor parte de las personas evitan ir al médico porque consideran que es mejor evitar el dolor que se genera en la atención y soportar un dolor mínimo que se puede enmascarar con un analgésico, que lo que hace es bloquear en la corteza cerebral la información de las neuronas especializadas en transmitir las sensaciones dolorosas que tienen la función de avisar que hay un problema de salud en el cuerpo. Para los orientales, el dolor no es visualizado como algo inherentemente malo que hay que evitar a toda costa (como es el caso en occidente) sino que es un recurso para fomentar el autoconocimiento. Un popular proverbio chino dice que “a los niños hay que educarlos con un poco de dolor y un poco de hambre”.

Saber tener higiene: mediante tareas habituales de autocuidado como el baño, limpieza de dientes o corte de uñas, son hábitos que se instalan en la niñez y que después se pueden transferir a otras dimensiones, como el mantener limpio (y por lo tanto con higiene) el espacio del hogar o de la oficina en la vida adulta. Estos hábitos de aprendizaje que implican destrezas motoras pueden aprenderse cuando los adultos saben instruir a los pequeños al respecto.

Saber discriminar la relación con adultos y otros niños: ello implica el diferenciar el trato y distancia con personas ajenas al entorno familiar y reconocer los límites respecto de lo que pueden pedir los otros y lo que no y comunicarlo de manera asertiva. Esta competencia protege a los niños contra potenciales, robos, agresiones e incluso abusos sexuales (Pardo-Torres, *et al.*, 2010).

Es importante también la promoción de actividades donde el niño genere vínculos de afecto con pares, así como con sus familiares, pues la relación gratificante con los otros, se vuelve relevante en términos del apoyo que significa como red social. Convivir con padres y hermanos en vacaciones o fines de semana, así como en la hora de los alimentos va generando vínculos y tradición que va quedando en la historia de los niños.

Saber recrearse: el juego es un excelente medio para promover estas relaciones, al tiempo que éste puede ser además fuente de gratificación, aprendizaje para que, en un futuro, el ocio sea fuente de descanso, recuperación y esparcimiento (Díaz, 2007; Gabriel de Araujo, *et al.*, 2013). En la vida adulta, algunas personas se vuelven adictas al trabajo y durante el fin de semana, en las vacaciones o en el proceso de jubilación no saben qué hacer con su tiempo libre porque no desarrollaron esta competencia (Vanderkam, 2015).

Saber activarse físicamente: si el juego implica movimiento, permite además de estimular la estructura ósea del niño, factor importante en el crecimiento, posibilita importantes mejoras en el sistema cardiovascular. Adquirir el hábito de mover el cuerpo, es relevante cuando en la cultura urbana actual, la mayor parte de las actividades escolares y de recreación son sedentarias

(p. ej., en el salón de clase o al ver televisión o la computadora para jugar). En un país con una prevalencia de obesidad infantil de las más altas en el mundo, es urgente promover el autocuidado mediante la activación física y la correcta alimentación. Es posible modificar patrones de obesidad en escolares mediante intervenciones orientados a la actividad física y la nutrición en contextos escolares orientados al autocuidado (Luna-Rojas, *et al.*, 2011; Ratner, *et al.*, 2013).

Saber disfrutar de lo bueno de la vida: cuando un niño disfruta lo que hace y goza por compartir con los otros qué quiere, eso que hace, además del gozo inherente a la actividad, también aprende a poner atención respecto a aquellos elementos de su medio o contexto que pueden de forma potencial generarle más disfrute en el futuro y a minimizar a aquellos elementos que puedan formar experiencias aversivas. Así se aprende a ser optimista y los optimistas tienen más probabilidades de tener mejor salud (Seligman, 2011)

Saber autorregularse: si el niño aprende a calcular cómo el comer en exceso puede generarle mayor malestar, en el futuro que placer en el presente, o si sabe esperar a tener una actividad gratificante (como ir a jugar al parque) hasta que desarrolle su tarea, actividad normal menos gratificante, entonces el niño estará en el camino de autorregular su comportamiento, factor importante en términos del autocuidado personal de su salud y que lo protegerá en términos de no establecer relaciones adictivas en un futuro. Esta competencia tiene que ver con lo que ha sido reconocido en otros contextos como la templanza, que consiste en moderar los apetitos y el uso excesivo de los sentidos, sujetándolos a la razón y que contraviene a las estrategias de mercado que buscan esclavizar al segmento de los niños, como potenciales consumidores de sustancias que disparan la dopamina cerebral, sustancia que se segrega bajo situaciones placenteras. El alto consumo de refrescos en México, al que no escapan como consumidores los niños, en buena parte tiene que ver con la dotación de edulcorantes que generan relaciones adictivas en los consumidores.

Secuenciales de aprendizaje

El aprendizaje que se tiene en la vida escolar y cotidiana, ha sido adquirido por diferentes medios y estrategias de enseñanza. Cada día se experimentan los sucesos de manera diferente en su interacción y de cierta manera el conocimiento se va ampliando y renovando. En la interacción dinámica con el medio, el desarrollo de comportamientos se ha ido estableciendo por diferentes modelos de enseñanza, algunos organizados inclusive por una teoría formal del aprendizaje, pero otros por el sentido común que se sigue. Uno de los temas que ha preocupado a la psicología es la manera en que se forman y se aprenden los diversos comportamientos que muestran cómo se establecen, cómo se mantienen, cómo se desaparecen o bien cómo alcanzan una transferencia efectiva, (Jaswal & Markman, 2003). Por ello, se han derivado estrategias de enseñanza aprendizaje derivadas en especial de una posición mentalista como las expuestas por Bruner, Murphy, Ausubel entre otros, y aquellas que no consideran los procesos cognoscitivos mediadores en ellas, como las propuestas por Skinner, Keller, Ferster, Sherman y Kantor; las cuales enfatizan la sistematización del entorno del aprendiz, ya sea en su análisis molecular y, o molar.

Con independencia de la posición teórica que se pueda asumir, una estrategia eficaz de enseñanza-aprendizaje tiene que garantizar el establecimiento de los comportamientos que el educador ha planeado, y esto incluye una acción, un acto derivado de la estrategia de enseñanza-aprendizaje y debe incluir una sistematización basada en la evaluación, la definición operacional de los conceptos que refieren lo que se va a aprender, la ejecución de las respuestas programadas, las contingencias utilizadas y el logro de una transferencia (Ribes, 2010).

Las competencias enumeradas en la sección anterior pueden promoverse con base en el establecimiento de varias condiciones ambientales y de interacción con el niño y que a continuación se enumeran:

Modelamiento. El reconocer que se educa con el ejemplo, no es un factor menor. La manera en que se comporten los padres con respecto a sus patrones de sueño, de alimentación, de trabajo y de recreación son poderosos ejemplos que influirán de una manera decisiva en las preferencias de los hijos, desde recién nacidos.

Las prácticas de vida de los padres también serán promotores de la salud o de la enfermedad de los hijos. Si el padre es adicto al cigarro, el hijo se convertirá en un fumador pasivo, además de que se ha demostrado que las madres que fuman durante el embarazo, tienen bebés más pequeños en tamaño, pues la nicotina afecta el desarrollo del feto. El ejemplo arrastra, con lo cual padres con hábitos de cuidado de la salud, es más probable que tengan hijos con competencias de autocuidado. Las preferencias de los hijos se construyen mucho en función de las influencias paternas. Estas influencias en ocasiones llegan a ser excesivas, imponiendo una carga pesada de las expectativas paternas con respecto a los hijos y su desempeño (p. ej., en algún deporte).

Ensayo y error. Cuando un niño puede tomar decisiones, como por ejemplo determinar cuánto tiempo dedica a sus tareas escolares y cuánto a su recreación tiene la posibilidad de recibir las consecuencias de sus decisiones. Si administra bien su tiempo y dedica suficiente a sus tareas, tendrá como consecuencia una evaluación positiva de su aprendizaje escolar, así como la satisfacción de haberse divertido un rato. Esta consecuencia aumenta la seguridad en el niño volviéndolo más autoeficaz (Bandura, 1999) y por lo tanto preparándolo para enfrentar otras situaciones de decisión un poco más complejas.

En el caso contrario, como en el ejemplo del niño que quiere comerse todas las piezas de la panera, la retroalimentación es aversiva o desagradable y entonces aprenderá a evitar estas consecuencias regulando la cantidad de panes a consumir.

Retroalimentación y moldeamiento. El que un niño pueda de forma gradual tomar decisiones respecto a su propio comportamiento y que dichas decisiones sean retroalimentadas por los adultos es una condición excelente para promover el aprendizaje. Por ejemplo, puede instruir al niño diciéndole: “cuando termines tu lección de piano podrás comerte este chocolate” (ejemplo paradigmático propuesto por Schoenfeld en 1990, un psicólogo muy reconocido, para promover el aprendizaje del autocontrol). Si el padre sale del hogar, el niño puede contravenir la instrucción o ajustarse a ella. Cuando el niño aprende que su comportamiento puede estar regulado por instrucciones verbales de sus padres, está en condiciones de transferir dicho aprendizaje para generar para sí autoinstrucciones y entonces autorregularse a sí mismo.

En el caso de los hábitos de higiene se puede observar cómo el niño se baña o se cepilla los dientes y retroalimentar respecto a lo que ha hecho bien y a lo que tiene que corregir. En este ámbito es muy importante el reconocimiento y el afecto de los padres para motivar a sus hijos reconociendo lo bueno, pero también señalando lo corregible.

Es importante en la comunicación con los niños instruirlos de forma que puedan discriminar las situaciones bajo las cuales cierto comportamiento es pertinente. Por ejemplo, cuando se le permite decidir sobre qué ropa ponerse, es común que los niños seleccionen la ropa sobre el criterio del gusto personal (p. ej., los colores llamativos), en lugar de considerar las condiciones del clima y cómo la ropa en su función protectora, es adecuada bajo ciertas condiciones climáticas y no lo es bajo otras.

Por otra parte, también es relevante un programa de desvanecimiento (Sundell y Sundell, 1981), es decir el diseño de situaciones de aprendizaje donde los niños puedan decidir primero sobre aspectos simples y con una supervisión continua del adulto, hasta llegar a continuación a permitir que decidan sobre situaciones complejas (como por ejemplo qué va a comer la familia en algún día y si cumple los criterios nutricionales) y en las que la supervisión del desempeño por parte del adulto sea esporádica e intermitente, hasta poder llegar al punto de que el mismo individuo se autoinstruya y se autosupervise de manera autónoma.

Autorregulación. En términos de evaluación y estrategia de enseñanza el test de la golosina diseñado por Mischel (2015), es una excelente tarea que es predictiva en términos de las

competencias de autorregulación adquiridas por parte de los niños y las consecuencias futuras en su vida de tenerlas o no tenerlas, en particular en el terreno de la salud.

Dicho test es muy simple: el adulto que se encuentra en una estancia junto con un niño pequeño, le dice: “voy a salir de la estancia y tú te quedarás aquí sólo, te puedes comer este malvavisco, si te lo comes seguro que lo disfrutarás y si aprietas este timbre yo vendré enseguida, pero si no lo haces, y cuando regrese no te lo has comido, entonces te daré dos malvaviscos”.

Este elemento autorregulatorio implica la competencia de saber demorar satisfacciones inmediatas *versus* demoradas, así como la magnitud de los satisfactores que se puedan recibir. Desde el punto de vista cognoscitivo esta competencia implica el aprendizaje de la estimación temporal de la demora en comparación con el grado de satisfacción obtenible al consumir un malvavisco de manera inmediata. En términos neurológicos implica desarrollar la capacidad de inhibición de la respuesta más probable (el consumo inmediato) y que de manera funcional se ejecuta en la estructura de la corteza prefrontal del cerebro y que distingue evolutivamente a los homínidos de otras especies.

Cuando un niño logra inhibir el consumo de un malvavisco y sabe esperar a que el adulto regrese para darle dos malvaviscos y logra transferir este aprendizaje a las esferas de su vida cotidiana, es muy probable que dicha persona haya desarrollado competencias para el autocuidado de su propia salud.

A continuación, se informa una experiencia de aprendizaje en el contexto de un preescolar que muestra cómo los niños pequeños son capaces de aprender a cuidarse a sí mismos.

Una experiencia del aprendizaje de la salud

En el campo de la salud, Castañeda (2014) estableció una estrategia de enseñanza aprendizaje basado en competencias con el objetivo de evaluar el efecto de la aplicación de un Programa de Promoción de la Salud a Nivel Preescolar (PPSP) en el nivel de logro de ejecución de competencias en niños de segundo grado de preescolar. Se aplicó una matriz de valoración de competencias basada en el Programa de Educación Preescolar del 2011.

Participaron 16 niños preescolares de la ciudad de Xalapa, Veracruz, México. Se utilizó un diseño de dos grupos (experimental y control) con preprueba y posprueba. Cada grupo se conformó con ocho participantes que fueron asignados de forma aleatoria a cada grupo. Los resultados mostraron diferencias de ejecución entre ambos grupos y la prueba de Wilcoxon obtuvo el valor de 28, significativo a 0.020, comprobando la efectividad del programa. La estrategia demostró su efectividad y posibilidad de utilizarse en otros campos.

Además conforme a este estudio se pudo derivar una línea de investigación, la cual podría probar que a través de una estrategia de enseñanza aprendizaje por competencias, podían utilizarse a niños como promotores de salud, como lo demuestra el estudio de Castañeda (2015); la investigación tuvo como propósito evaluar la ejecución de 14 niños preescolares formados como promotores de salud a través de un programa conductual de un diseño A B, fueron registrados en su conducta de promotores de salud, y recibieron su correspondiente capacitación; denominándoles “guardianes de la salud”. Durante el recreo ofrecieron a sus compañeros instrucciones, modelos y alabanzas, para que todos realizaran actividades de ejercicio físico, higiene, alimentación saludable, seguridad y cooperación.

Después de 10 sesiones, los registros demostraron un incremento significativo en la conducta de los promotores, planteando la metodología eficaz del análisis conductual, que mediante estos procedimientos se puede educar a niños como formadores de otros niños en la promoción de su propia salud. Integrar niños como promotores de salud, es premisa central en su formación integral de aprendizaje para la vida y en la actualidad por desgracia hay un mínimo de investigación sobre este campo.

Conclusiones y perspectivas

Por último se puede concluir que un niño puede aprender a autocuidarse cuando:

- En su historia personal fue bien cuidado por sus padres.
- Tiene un buen ejemplo de cómo los padres se cuidan a sí mismos y los imita.
- Tiene consecuencias su comportamiento sobre su salud y bienestar.
- Tiene la posibilidad de tomar decisiones en orden de lo más simple a lo complejo y los adultos le retroalimentan sobre su desempeño.
- En su historia personal los padres les han permitido ejercer su libertad y tomar sus decisiones para ensayar por sí mismos. Aquellos padres que son sobreprotectores generan niños altamente dependientes y en ocasiones muy enfermizos, aunque parezca paradójico pues el sobrecuidado no les permite entre otras cosas tener experiencias por sí mismos y generar anticuerpos al estar en contacto con objetos o espacios poco higiénicos (Bernier, et al., 2010).
- Asume la responsabilidad de sí mismo, y se compromete de manera activa con su salud.
- Asume que dicha tarea requiere cierto esfuerzo o “costo” y atención y está dispuesto a ejercerlo porque sabe que la gratificación es mayor.
- También ha aprendido a disfrutar de su vida y lo que hace de manera cotidiana en ella y percibe que tiene cierto grado de control para que así sea en el futuro.

La investigación que se desarrolle en el futuro podrá retroalimentar en qué medida las presentes propuestas conceptuales y metodológicas han sido útiles para promover el autocuidado de la salud en los niños como parte de su proceso educativo.

Referencias

- Bacarat, M.P. y Graciano, N.A. (2002) *El concepto de la competencia*. Bogotá, Colombia: Sociedad Colombiana de Pedagogía.
- Bandura, A. (1983). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid, España: Espasa Calpe.
- Bandura, A. (1999, 2007). *Autoeficacia: como afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao, España: Descleé de Brower.
- Bernier, A., Carlson, S. y Whipple, N. (2010). From external regulation to Self-regulation: Early Parenting Precursors of Young Children's Executive Functioning. *Child Development* 81(1), 326-339.
- Castañeda, Granados, Salas y Romero (2014). *Aplicación de un programa de promoción de la salud en niños preescolares*. PSIENCIA. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica* 7, 17-34.
- Castañeda, Ferrant y Fleming (2015) *Propuesta de un Programa de formación de niños preescolares como promotores de salud: estudio exploratorio*. Presentado en el XXV Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta (SMAC), México.
- Costa, M. y López, E. (1998) *Educación para la Salud*. Madrid: Pirámide
- Díaz, M. (2007). La importancia del juego en el desarrollo infantil. *Revista de Psicología Educativa* 13,133-149. México: UNAM.
- Diccionario de la Real Academia Española. (p. 626) Espasa Calpe. Madrid. 1927.
- Diccionario del español usual en México. (pp. 305-306) El Colegio de México. 2^{da} reimpresión. México. 2002.
- Escamilla, A. (2009) *Competencias básicas en la programación de aula: infantil y primaria (3-12 años)*. Barcelona. Graò.
- Gabriel de Araujo, M., Nascimento-Cassiano, A., Miranda de Holanda, C., Souza de Queiroz, P. y Giovannini, P. (2013). Health Education in the childhood education: an active methodology in approaching of the extensionist action. *Journal of Nursery UFPE on line* 7,306-313. Brasil.
- Jaswal, V., & Markman, E. (2003). The relative strengths of indirect and direct Word Learning. *Developmental Psychology* 39(4),745-760.
- Irigoyen, J., Carpio, C. Jiménez, M., Silva, H., Acuña, K. y Arroyo, A. (2002). Variabilidad en un entrenamiento con retroalimentación parcial en la adquisición de desempeños efectivos y su transferencia. *Revista Sonorense de Psicología* 16(2),23-31.
- Luna-Rojas, JA., Colín-Barrios, A., Domínguez-Hernández, V., Hernández- Guzmán, MS. y Martínez-Escobar, MDT. (2011). Conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en escolares de 9 a 12 años. *Revista CONAMED. Suplemento de enfermería* 16,12-16.
- Marks, D. (1995) *The training needs of professional health psychologist*. En J. Rodríguez-Marín, (ed) *Health Psychology and Quality of Life Research. Proceedings of the 8th Annual Conference of the EHPS*. Murcia: Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad de Alicante y Sociedad Valenciana de Psicología Social.
- Mischel, W. (2015). *El test de la golosina: cómo estudiar y manejar el autocontrol*. Madrid: Debate.
- Organización Mundial de la Salud (1978) *Atención Primaria de la Salud*. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, Ginebra, OMS.

- Papalia, D. y Feldman, M. (2012). *Desarrollo Humano*. México: McGraw-Hill.
- Pardo-Torres, M., Santacruz-Pardo, K., Ramos-Anacona, y Arango-Martínez, C. (2010). Conceptos claves en un programa educativo. *Avances en Enfermería* 28, 109-119.
- Pozzi, E. y Valdés, R. (2008). Ayudemos al niño a crecer bien. En: Niños contentos. Guía para el cuidado y desarrollo del niño de 6 a 12 años. Vol. 2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF): Uruguay.
- Rachlin, H. (1977). *Introducción al Conductismo Moderno*. Madrid, España: Debate.
- Ratner, R., Durán, S., Garrido, M., Balmaceda, S., Jadue, L., y Atalah, E. (2013). Impacto de una intervención en alimentación y actividad física sobre la prevalencia de obesidad en escolares. *Revista de Nutrición Hospitalaria* 28, 40-53.
- Reimers, F. (2006). *Aprender más y mejor. Políticas, programas y oportunidades de aprendizaje: en Educación Básica en México*. México: SEP.
- Ribes, E. (2010). *Teoría de la Conducta 2. Avances y extensiones*. México: Trillas.
- Rodríguez, M.L. (2004). *Psicología y enfermedad: una aproximación a través del modelo psicológico de la salud biológica*. Tesis doctoral en Investigación Psicológica. Universidad Iberoamericana.
- Roldán, J.F. (2011). Estudio métrico para la escala de requisitos de autocuidado (ERA) basado en la teoría de E. Orem para pacientes diagnosticados con esquizofrenia. *Tesis de doctorado en ciencias de la enfermería*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Rootman y Raeubum (2000). *The concept of health*. Toronto, Canada: Saunders WB.
- Seligman, M. (2011). *La auténtica felicidad*. España: Zeta bolsillo.
- Schoenfeld, W. (1990). Autocontrol. En E. Ribes y P. Harzem (Coordinadores). *Lenguaje y Conducta*. (pp. 40-65) México: Trillas.
- Skinner, B.F. (1979). *Contingencias de Reforzamiento*. México: Editorial Trillas.
- Skinner, B.F. (1985). *Aprendizaje y Comportamiento: Una Antología*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Sundell, M. y Sundell, S. *Modificación de conducta humana: Introducción sistemática a los conceptos y aplicaciones*. México: Limusa.
- Tardif, J. (2008). Desarrollo de un programa por competencias: De la intención a su implementación. *Profesorado. Revista de Currículum y Formación de Profesorado*, (3), 1–16. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=56712875003> (Último acceso 14 de agosto de 2015).
- Tobón, O. (2003). *El autocuidado una habilidad para la vida*. Universidad de Caldas.
- Tobón, S. (2006) *Formación basada en competencias*. Colombia: Ecoe.
- Tobón, S. (2009). *El proceso de la evaluación de las competencias. Diplomado en gestión curricular y diseño de módulos por competencias*. Colombia: CIFE.
- Valadez, I., González, J.A., Vargas, V., Alfaro, N., Fausto, J., Luévanos, A., Laureano, J. y Rodríguez, J.G. (2016). *La Educación para la Salud en Procesos de Intervención Participativa*. México: Gobierno del Estado de Jalisco.
- Vanderkam, L. (2015). *Que hace la gente exitosa antes del desayuno*. México: Aguilar.
- Vigotsky, L.S. (2001). *Pensamiento y lenguaje*. Barcelona, España: Paidós.

Capítulo 2

El desarrollo del autocuidado en el niño

Pilar Aguilar Sol

Introducción

Bajo la premisa definida en el capítulo anterior, de que para que un niño desarrolle competencias de autocuidado, requiere ser un niño bien cuidado por padres que también son modelos para el niño de cómo desarrollar el autocuidado, en el presente capítulo dado que el recién nacido es altamente dependiente, en particular de la madre, se explicitan factores de cuidado inicial. De igual manera, cómo se van generando cambios en su desarrollo, así como la construcción de situaciones que posibiliten mediante ejercicios simples e iniciales el aprendizaje del autocuidado en el niño, para que sobre esta base se construyan competencias más complejas.

Del nacimiento al año de nacido

Es indispensable empezar hablando de los niños como seres que nacen después de 40 semanas de gestación dentro del útero materno, para pasar otras tantas de gestación externa (Quattrocchi, 1991). Dicha etapa es por lo común pasada por alto, debido a la posible insensibilidad y las características del desarrollo por parte de los adultos. Durante esos nueve meses de la vida ex útero, requiere de la cercanía de los padres, pero en especial de la madre.

Dejando de lado los aspectos de equidad de género, es la mujer la que pare y amamanta, dejando muy clara la división de tareas. Corresponde entonces a la madre la satisfacción de las necesidades fundamentales del recién nacido (alimentación, sueño, aseo), siendo tarea del padre la de filtrar al mundo exterior. Mamá amamanta, carga pegada al cuerpo con ayuda de un rebozo, acoge y lo duerme. Papá saluda con amabilidad a las visitas, contesta el teléfono, atenúa la luz y acerca la manta. Ambos proveen la voz, el afecto, arrullo, canto, paseo (Quattrocchi, 1991).

Los primeros seis meses aprende a integrarse a la vida familiar, teniendo en cada espacio de la casa un lugar para recostarse mientras contempla lo que sucede alrededor, se puede proveer de una colchoneta o canasto para permitir el movimiento. Aún no es momento para integrarlo a la vida comunitaria o social más amplia, esa que implica grupos de gente, ruido y exceso de estímulos a los sentidos en desarrollo (Montessori, 1964).

Durante este primer semestre es tiempo para sólo ofrecerle leche materna en la cantidad que él lo demande, pero estableciendo en lo posible una rutina con horarios estables para dar seguridad a ambos, buscando hacerlo en lugares tranquilos con pocos ruidos y distracciones. El sueño es aún más importante que cualquiera de las otras necesidades fundamentales y despertarlo para alimentarlo o cambiarlo sería inadecuado. A los tres y hasta los seis meses duerme en promedio nueve horas durante la noche y una siesta de hasta cinco horas durante el día (Montessori, 1964) (Hirshkowitz, Whiton, Albert, Alessi, Bruni, DonCarlos, *et al.*, 2015) (Paruthi, Brooks, D'Ambrosio, Hall, Kotagal, Lloyd, *et al.*, 2016).

Alrededor de los seis meses aprende a sentarse. Es el primer momento en que observa el mundo erguido sin depender de brazos y coincide con el instante en que la leche materna deja de ser su único alimento necesario, ya puede probar alimentos sólidos y tiene la capacidad para agarrar un vaso muy pequeño con una poca de agua para beber (Montessori, 1964). A partir de ahí es importante prepararlo en el último trimestre de gestación externa para independizarse de mamá.

De los seis a los nueve meses es aún tiempo de llevarlo atado con un rebozo o ponerlo en una colchoneta donde pueda moverse libremente con supervisión, girar, arrastrarse según las actividades de mamá. Conviene evitar las carriolas y andaderas que detienen su desarrollo. Durante este trimestre el bebé ya puede jugar en la tina, seguir movimientos de manos que le enseñan los adultos junto con cantos, diálogos y gestos. Los padres durante esta etapa podrían

considerar la ablactación y dejar de amamantarlo o eliminar el uso del biberón (*American Academic of Pediatrics*, 2012). Este tiempo es común confundido entre la necesidad del niño y la comodidad de los adultos. El niño ya puede ingerir líquidos en vaso o taza del tamaño adecuado que pueda tomar entre sus manos, pero de manera equivocada resulta más cómodo dar un biberón o pecho que requiere de menos preparación y supervisión. Se lleva un gran esfuerzo el tener una mesa muy baja con una silla al tamaño de su cuerpo y la altura de sus piernas apoyadas al piso, con brazos laterales para mantenerlo seguro al mismo tiempo que puede sentarse solo. Preparar alimentos que pueda tomar con la mano y meter a su boca, servirles en un plato y enseñarlo a mantenerlo sobre la mesa, servir agua varias veces, pero en cantidades muy pequeñas, todo esto acompañado de un diálogo de explicaciones, órdenes sencillas y claras viéndolo a la cara agachándose el adulto hasta llegar a la altura de sus ojos (Montessori, 1964) (Green, Samy, Miqdady, Salah, Sleiman, Abdelrahman, *et al.*, 2015).

Lo que dicta la experiencia para comer, es poner a su alcance alimentos adecuados a nivel nutricional y variado, para que ellos **elijan qué y cuánto comer**, partiendo de dos o tres opciones que se le hayan preparado, cubriendo los principales grupos de nutrientes que son vitaminas y minerales, proteínas y carbohidratos (Robin, *et al.*, 2015). Permitirles decidir les da la seguridad de ser respetados y se refuerza así la apertura para probar alimentos nuevos. Si eligen no comer algún alimento, es importante tener la tranquilidad de no insistir. Los niños no se suicidan de hambre.

Cerca de los nueve meses el niño logra gatear, ya ha terminado de gestarse en el exterior, es tiempo para los padres de aprender a soltar (Salazar-Collazo, 2010). El gatear por sí mismo es uno de los primeros ejercicios donde él hace algo por sí solo y comienza a aprender que puede hacerlo, comienza también el desarrollo de la identidad como una persona individual. Cuando los padres comienzan a dejarlos realizar estos ejercicios por sí mismos, es un ejemplo de lo que sucederá en la vida del hijo durante los años que vendrán.

Gatear es la señal clara de que puede separarse de mamá y explorar el mundo. Es tiempo de proveer un espacio amplio, sin riesgos, con estímulos elegidos como un espejo grande a nivel del piso y fijo a la pared, pocos juguetes de materiales naturales como tela, madera y metal a su alcance sobre estantes bajos de madera o dentro de canastas, historias contadas siempre en el mismo tono y secuencia por la voz de papá y mamá. Tiene todo en su cuerpo y en su ambiente para interactuar, sacar conclusiones a través del refinamiento de todos sus sentidos (Polk Lillard & Lillard Jessen, 2003).

Respecto al sueño, el niño de un año ya duerme alrededor de 11 horas seguidas durante la noche con una siesta de tres o cuatro horas durante el día en promedio (Karp, 2012), siendo común que despierten por lo menos una vez pudiendo volver a dormirse con facilidad.

De 1 a 3 años

De los 12 a 14 meses aproximadamente será la gran conquista de caminar (Salazar-Collazo, 2010). Es oficial, su independencia se ha consolidado, es una persona aparte y sigue ahora conocerlo todo, explorar el mundo con sus sentidos. Es a través de éstos que recibe las impresiones para acomodarlas en su cerebro en un patrón accesible para uso futuro (Polk, 1996).

Las etapas siguientes son marcadas por sus intereses de manera clara y contundente. Cuando quiere caminar, necesita caminar sin importar a dónde llegue o lo qué encuentre, una vez que llega se quiere regresar y recorrer una y otra vez el espacio para perfeccionar la marcha. De la observación del adulto resultará precisa la satisfacción de sus necesidades y lo que pueda hacer por sí mismo.

Es ahora cuando resulta indispensable eliminar las ayudas innecesarias para estimular su crecimiento. Si puede agarrar los cubiertos para comer, es momento de que coma solo, aunque falte precisión en sus movimientos, que algunos alimentos lleguen a su boca con el tenedor y otros con la mano. Que tome líquidos en vaso con poca cantidad, evitando vasos entrenadores. Que sus alimentos tengan horarios fijos, de preferencia cinco veces al día. Que goce de libertad de movimiento para todo lo que pueda hacer solo como subir, bajar, cargar, empujar, incluso limpiar las superficies que ensucia y recoger sus pertenencias, éstos comienzan a ser los primeros comportamientos relacionados con el cuidado de sí mismo (Montessori, 1964) (Papalia & Feldman, 2012).

Cuando se habla de eliminar ayudas es importante tener en cuenta que cuando resuelve situaciones cotidianas por sí mismo, enfrentando los errores y probando otras opciones, a nivel neuronal ocurren conexiones para afianzar las huellas de aprendizaje que en los siguientes movimientos le darán mayor precisión (Stoll, 2005).

A los adultos corresponde preparar su entorno con los elementos que le provean de dicha autonomía como tener muebles de su tamaño, guardar sus objetos a baja altura incluyendo sus utensilios para comer, libros, juguetes, incluso adornar con imágenes reales o pinturas a su altura en las paredes de casa.

Cerca de los dos años y hasta los tres es momento para dejar el pañal (Papalia & Feldman, 2012). La mejor preparación para este proceso ha sido involucrarlo en su vestir desde que camina, permitiendo que se ponga y quite las prendas de ropa que pueda y asegurándonos que éstas sean sencillas para él. Resortes suaves, evitar botones y hebillas, buscar zapatos de fácil manipulación. Si el niño tiene las habilidades para bajar pantalones o faldas, será más fácil que una vez iniciado el control de esfínteres logre todo el proceso. El adulto durante los siguientes años estará lo suficientemente cerca para ayudarlo cuando lo solicite (Polk, 1996), evitando hacerlo si no se le pide, aunque lo vea intentar de manera repetida sin lograrlo. No se trata de que se frustre, pero tampoco de ofenderlo con ayudas que de forma implícita le anuncian que no

puede.

A esta edad el adulto modela la manera de lavar los dientes, lavar la cara, cepillar el pelo, sonarse la nariz. Una forma adecuada es hacerlo uno mismo y después pedirle que lo haga el imitando los movimientos. Ofrecer ayuda si es necesario, ya que el mensaje que debe quedarle claro es que el adulto permanecerá en caso de que lo requiera, sin invadir su intento, pero reforzando su tranquilidad al ser acompañado (Polk, 1996) (Jones, 2009).

Los alimentos en esta edad varían de forma notoria en cantidad durante ciclos cortos. Un niño puede comer grandes cantidades durante varios días para después pasar otros tantos consumiendo apenas unos bocados. Tienen apertura para probar diferentes sabores, texturas, olores, y temperaturas siendo indispensable evitar forzarlo a comer. Los alimentos de todos los grupos se ofrecen de manera atractiva y en piezas del tamaño de su boca, permitiendo que él mida la cantidad que consume y dejándolo que ponga los bocados él mismo en su boca dándole la seguridad de que puede tomar sus decisiones respecto a la comida. Gracias a esto en el futuro será capaz de autorregularse sanamente en calidad y cantidad de alimentos (Polk, 1996).

Respecto al sueño, entre uno y tres años nunca debe ser despertado por el adulto. Debe dormir lo necesario estableciendo horarios lo más estables posibles (Karp, 2012). Es decir, si acostumbra dormir 11 horas durante la noche, es necesario hacer una rutina de cena y baño con tiempo suficiente para acostarlo a la hora precisa en que despierte al día siguiente por sí mismo en el momento que pueda adaptarse a la rutina del resto de la familia. Si acostumbra una siesta de entre 30 minutos y dos horas, conviene acostarlo a una hora en la que no llegue a malhumorarse de cansancio y que a la vez tenga tiempo suficiente para terminar su rutina y volver a tener sueño para la noche.

De 3 a 6 años

A los tres años de edad se cierra una compuerta de desarrollo que no vuelve a abrirse en la vida, aunque la adolescencia puede resultar reparadora. El bebé es entonces cuando cambia a niño y es momento de más diálogo y menos intervenciones del adulto. Es una compuerta que estando aun en el mismo plano del desarrollo, deja atrás el haber aprendido a controlar su cuerpo con la mente en el desarrollo de la marcha y el equilibrio, el control de esfínteres, la afinación de los sentidos y el lenguaje. Si estos aspectos han sido satisfechos de la manera adecuada, la siguiente etapa, a partir de los seis años, será de ejercer dichos aprendizajes refinándolos y especializándolos (Papalia & Feldman, 2012). Las oportunidades de que desarrolle de manera óptima sus capacidades se presentan durante esta etapa con la intensidad de enfocar enteramente su energía en lograr algo. Esta etapa comienza a sentar las bases de que el niño se da cuenta de que puede cuidarse por sí mismo (Papalia & Feldman, 2012), puede repetir y practicar en muchas ocasiones hasta lograr estructurar a través del autocuidado la persona en la que se va a convertir.

Un niño de tres años es capaz de levantarse solo de la cama, en especial si es adecuada a su tamaño como sería un colchón sobre el piso. Puede elegir su ropa teniendo a su alcance sólo la que es de su talla y adecuada para el clima, así como ponérsela completa. Para esto no hace falta hacer grandes cambios en la casa ni invertir mucho dinero. Basta con usar el sentido común para acomodar cajas, canastas o ganchos con la ropa cerca del piso. Comprar la ropa cómoda y desechar aquella que no sea adecuada. Evitar el gasto y espacio que tendría una cuna o cama mientras llega el momento en el que el colchón en el piso pueda colocarse sobre una base, cerca de los seis años de edad.

El sueño sigue siendo la más importante de las necesidades fundamentales a satisfacer. Un niño de esta edad sigue requiriendo de 10 a 12 horas de sueño seguidas durante la noche. (Hirshkowitz, *et al.*, 2015) (Paruthi, *et al.*, 2016). La siesta es poco común, pero hay algunos que todavía la requieren. La rutina debe ser muy precisa, ya que los cambios en ella les alteran. Conviene que se duerma siempre a la misma hora para que despierte por sí mismo todos los días para integrarse a su rutina que a esta edad incluye la escuela. Los fines de semana ellos no reconocen la diferencia, deben seguir con los mismos horarios, por lo que ayuda prever lo que pueden hacer al levantarse esos días, aunque otros miembros de la familia sigan dormidos.

Muchos de los trastornos en el comportamiento a esta edad, es por falta de sueño. Si un niño hace un berrinche, lo primero sería revisar si ha tenido un sueño reparador suficiente.

En cuanto a la alimentación, se sugiere que se le ofrezcan pocas opciones y que de ellas, se sirva él mismo en su plato lo que considere que puede terminarse haciendo uso de recipientes y utensilios fáciles de manipular y al tamaño de su mano. Tres opciones de distintos grupos de nutrientes pueden ser adecuadas. A esta edad puede pedírsele que pruebe de todo lo ofrecido para volverse a servir de lo que le gusta más, agregando así un poco más de complejidad en términos de elección y de asumir consecuencias. Esto tendrá una repercusión en la conducta de

autocuidado, cuando el niño tiene suficientes estímulos enriquecidos en el ambiente y la libertad de elegir para satisfacer sus necesidades, aprende a confiar en sus propias elecciones sin depender de la aprobación del adulto para equilibrar la toma de decisiones en términos de alimentación equilibrada.

Por ejemplo, a la hora de la comida se ponen al centro de la mesa tres recipientes, uno con proteína como pollo o lentejas, otro con vegetales como podrían ser calabazas asadas en rebanadas y otro con cereales como arroz, todos con una cuchara o pinza que el niño pueda manipular. Si desea probar porciones muy pequeñas, conviene dejarlo, sabiendo que ello implica que pudiera servirse un solo grano de arroz. Si no quiere probar alguno de los platillos, no insistir ni dar largas explicaciones. Si quiere servirse más de los otros platillos, pedirle que, para ello, haya probado de todo. Aquel que no le guste o que no haya probado no se le ofrece en la siguiente comida, sino en otra ocasión y preparado de otra manera para invitarlo a probar.

Sin duda los alimentos pueden convertirse en un medio de manipulación y si los padres lo manejan de manera adecuada, los niños serán capaces de decidir y asumir consecuencias con claridad. Si no desean comer, asumirán la consecuencia de pasar hambre hasta el siguiente alimento que estará a pocas horas. Puede poner su mesa y quitarla al terminar, servirse agua de una jarra a un vaso, ambos de vidrio que logre tomar en sus manos. Conviene que los alimentos que así lo permitan en la rutina, sean en familia y con los diálogos que acompañan la consolidación de la socialización y de reglas de cortesía o modales (Robin, *et al.*, 2015).

Notarán que no se mencionan postres ni su uso como premio por haber consumido los demás platillos. Es importante que el consumo de azúcar, en especial refinada sea limitado. El azúcar de las frutas puede ofrecerse como parte de todas sus comidas. La experiencia sugiere que los postres pueden consumirse en ocasiones y sin estar condicionados a nada para evitar que se conviertan en elementos de manipulación o consuelos emocionales que en etapas posteriores podrían llegar a ser consumidos en manera desmedida.

Es hasta los seis años de edad que se puede normalizar en los niños los hábitos de alimentación sana, buenos modales, haciendo énfasis en explicarlos o presentarlos y modelarlos con el ejemplo como masticar con la boca cerrada, tomar bocados pequeños, usar los utensilios y servilleta, sentarse derecho en la silla con los pies al piso, evitar levantarse durante la comida (Montessori, 1964). Incluso el sentido comunitario a través de tareas por el bien de todos como poner servilletas para todos, limpiar la mesa o preparar parte de los alimentos que se van a consumir. Esta edad es ideal para pelar y cortar frutas con cuchillos reales, pero con poco filo (se puede rebajar con lija o esmeril), mezclar agua de sabores naturales como exprimir limones y revolver un poco de miel o mascabado, untar panes o tostadas con frijoles, entre otros.

La edad preescolar es momento para instalar conductas no negociables como lavarse las manos antes de cada alimento y después de ir al baño, cepillarse los dientes, cepillarse el pelo, bañarse. Son no negociables todas aquellas tareas o conductas referentes a la salud e integridad física, las cuales en ningún momento puede el niño elegir no hacer. En el caso de las manos, se le sirve el alimento cuando se ha lavado las manos, de tal manera que sin tener que

condicionarlo, se presenta como una secuencia lógica que no puede suceder sin el paso anterior (*National Research Council (US)*, 1984). En el cepillarse los dientes y debido a que en muchos casos el adulto cree que no es necesario hacerlo cuando son muy pequeños, se sugiere aprender a sujetarlos y lavarles la boca con un cepillo dental infantil, e irlos invitando a que lo hagan ellos, pero siempre pasando al final con la precisión del adulto para mostrar la manera adecuada. Al bañarse pueden ellos a partir de los tres años enjabonarse y tallarse con esponja, así como lavarse el pelo, siendo el adulto quien hace una última enjabonada en especial en las partes íntimas y pelo para asegurar la higiene. Cuando es evidente que el niño puede hacerlo con precisión, se puede retirar la ayuda alrededor de los cuatro o cinco años de edad. La secuencia de estos comportamientos: dejar hacer, supervisar y modelar son fundamentales para que aprendan el autocuidado (Montessori, 1964).

El establecer que todos los miembros de una comunidad, empezando por la familia, deben contribuir al bien común, más allá de lo que beneficia sólo al niño, cobra sentido en esta etapa. El hacer sentir que pertenece (Fulgum, 1986). Este valor se aprende con el ejemplo y puede practicarlo con tareas sencillas como alimentar a la mascota teniendo un recipiente que mide con exactitud la cantidad a servir en el plato, regar plantas con regaderas ligeras, barrer con escoba pequeña y recoger la basura con una brocha o cepillo corto que la suba con facilidad a un recogedor, pulir metales o madera con sustancias naturales evitando productos tóxicos o sacudir con plumero los objetos que estén a su alcance (Tiret & Hodges, 2016). Es un paso más en el crecimiento de aprender a cuidar de uno mismo y llevarlo hacia los demás. Este sentido comunitario es el resultado de las habilidades de autocuidado que, habiéndose afianzado, definen la autonomía e identidad que permite incluirse en una sociedad teniendo un papel importante en ella.

A los seis años se cierra otra compuerta en el desarrollo que es aún más notoria que la de los tres años, por eso es importante consolidar las conductas descritas con anterioridad relacionadas con sueño, alimentación y vestir.

De 6 a 12 años

A partir de la edad de educación primaria que serán los siguientes seis años, si bien no se presentan cambios tan notorios como el caminar o hablar, sí se presentan cambios en la socialización de las habilidades adquiridas (Polk, 1996). Las horas de sueño siguen siendo importantes de manera que no sea necesario despertarlos por la mañana, muestra de que han dormido lo suficiente. Esto sólo garantiza un mejor rendimiento escolar y una actitud armónica hacia los demás. El niño a esta edad debe ser responsable de llevar a cabo toda su rutina de sueño con el acompañamiento del adulto, pero sin su intervención en ayuda y lo menos posible en recordatorios. Para entonces se ha establecido la necesidad del desvestirse, bañarse, vestirse solo con la ropa de dormir, lavar sus dientes, ir al baño, prepararse para el día siguiente y todas aquellas conductas que han de convertirse en hábitos.

Una sugerencia acerca de las horas necesarias de sueño por edad y el horario en que deben realizarse sería la siguiente:

A partir de los seis años y considerando que las necesidades pueden ser distintas de un niño a otro, el mínimo de horas de sueño, deben ser ocho durante la noche.

Los alimentos han de ser aún más variados en la medida en que lo acepten, recordando que las cantidades responden a su propio criterio permitiéndoles servirse solos los alimentos, ya que es común que pasen por etapas contrastantes de altas o bajas cantidades, respetando cuando no quiera comer algo sin dejar de invitarlo, explicando en esta edad los alimentos que corresponden a cereales, leguminosas y los de origen animal, verduras y frutas, enfatizando la necesidad de consumirlos de manera equilibrada en cada alimento para crear una conciencia de consumo que, no obstante durante la adolescencia se desequilibre o altere, quedará instalada con claridad para la etapa de juventud en la que se evitarán con mayor probabilidad de éxito los trastornos alimenticios (Robin, *et al.*, 2015) (Papalia & Feldman, 2012). Ahora los alimentos son motivo de aprendizaje cultural por lo que se puede experimentar con recetas e ingredientes menos comunes, incluso de culturas diferentes a la suya y regímenes como el vegetariano, vegano o conocer sobre intolerancias y alergias que pueden tener algunas personas, como lo sugiere la experiencia personal.

Durante la niñez es común que eviten las actividades sistemáticas de aseo teniendo más excusas o maneras de escabullirse. Durante esta etapa siguen siendo no negociables, teniendo mayor posibilidad de diálogo debido a los conocimientos que van adquiriendo en la etapa de educación primaria y dando al adulto mayores posibilidades de manejar fundamentos científicos o culturales al respecto, incluso consultando especialistas que les proporcionen explicaciones específicas como médicos, nutriólogos o terapeutas.

De los 6 a los 12 años se ha crecido de tamaño y aumentado la fuerza, ya no es tiempo de someterlo para que satisfaga sus necesidades, sino de presentárselo como una regla que tiene consecuencias lógicas (*National Research Council (US)*, 1984). Si no se lava los dientes, no se

puede realizar el siguiente paso como sería salir o dormir. Si es un problema recurrente, la consecuencia es acudir a un odontólogo pediatra que lo enseñe a hacerlo de forma adecuada y le explique las consecuencias de la falta de higiene bucal.

En cuanto a la vestimenta, sigue siendo importante tener disponible la ropa apropiada en talla y clima para darle la opción de elegir según el medio al que asista. Si en su escuela llevan uniforme, es momento de que prepare el día anterior el adecuado según el día de la semana, asegurarse que esté limpio y completo. Conviene tener a la mano lo necesario para bolear zapatos y enseñarle a hacerlo. Esto último no sólo a manera de una buena presentación y aseo, sino como una actividad que tiene una secuencia lógica de elementos variados que le implica preparar su espacio, realizar la actividad viendo un resultado evidente al terminar con zapatos lustrados y preparase mentalmente para la jornada escolar. Un gran número de padres afrontan las consecuencias de la falta de preparación del uniforme, evitando así que sus hijos se hagan responsables. El adulto en este aspecto debe ser una ayuda cercana que provea la ropa aseada y supervise que el niño aliste todos los elementos sin hacer la preparación por ellos, esto posibilitará que el niño aprenda, como se ha comprobado en la experiencia en múltiples casos.

Si en su escuela no llevan uniforme, es importante proveerle de ropa limpia, en buen estado y adecuada a su talla y clima. Sobra decir que, si el clima es frío y tiene camisas o blusas de tirantes, las elegirá sin problema alguno y entonces el adulto le pedirá que se cambie. Es mejor que tenga prendas adecuadas al clima para poder elegir sin frustrarse después. Lo mismo sucede con la talla, cuando una prenda ya no les queda, es importante involucrarlos en el proceso de regalarlas, venderlas o tirarlas según sea el caso, dejándoles claro que ya no es momento de seguirla usando. Si en la escuela hay algún código de vestimenta, es importante que el niño sepa cuáles son las reglas para que las cumpla y evitarle consecuencias.

Durante la etapa de educación primaria los niños están más expuestos a otras maneras de pensar, creencias y costumbres. Resulta importante entonces reforzar las conductas positivas que van en congruencia con las reglas de la familia y dialogar las que no sean adecuadas, así como sus consecuencias (*National Research Council* (US), 1984). Los niños a esta edad pueden ser más conscientes y responsables de sus propias necesidades, pero aun necesitan de la cercana compañía de los padres en todo momento. El niño podrá entrar con éxito a la adolescencia si ha tenido completo el desarrollo de habilidades de autocuidado en compañía de las reglas y entendiendo lo que sucede si no se cumplen, es por ello que el diálogo continuo es importante como lo ha mostrado la propia experiencia. Con ello la niñez será una base consolidada para los cambios venideros. Unos niños con estos antecedentes estarán sanos y satisfechos, por lo tanto en paz.

Un niño en este proceso deberá aprender lo siguiente para poder cuidarse a sí mismo. El primer año de vida es indispensable satisfacer las necesidades fisiológicas para que las competencias de aprendizaje lleguen después.

De 1 a 3 años

- Caminar.
- Utilizar cubiertos para comer.
- Llevarse por ellos mismos, con cubiertos los alimentos a la boca.
- Tomar líquidos en vaso.
- Que sus alimentos tengan horarios fijos, cinco veces al día.
- Tener libertad de movimiento por sí solo: subir y bajar, cargar, empujar.
- Recoger sus pertenencias.
- Limpiar superficies que ensucia.
- Control de esfínteres.
- Comienza a vestirse solo con prendas de ropa que sean sencillas para él.
- Con modelado de un adulto: lavarse los dientes, cara, cepillar su pelo y limpiar su nariz.
- Conciliar el sueño por sí mismo, y dormir 12 horas durante la noche, más una siesta.

De 3 a 6 años

- Levantarse solo de la cama.
- Elegir su ropa.
- Dormir entre 10 y 12 horas por sí mismo y la siesta es poco común.
- Servir sus propios alimentos.
- Tener la libertad de decidir y elegir sus propios alimentos.
- Poner y quitar los utensilios para comer.
- Servirse agua de una jarra a un vaso.
- Buenos modales (saludar, dar gracias, masticar con boca cerrada, entre otros).
- Pelar, cortar, mezclar, revolver, untar los alimentos.
- Lavarse las manos, cepillarse el pelo, bañarse.

De 6 a 12 años

- Llevar a cabo su rutina de sueño: conciliar por sí solo el sueño, dormir lo suficiente, despertar por sí solo.
- Ser responsable de su aseo, vestirse y preparar lo necesario para llevarlo a cabo.

- Se sirven sus propios alimentos, consumen alimentos de forma equilibrada de distintos grupos, experimentar el aprendizaje cultural de diferentes alimentos.
- Preparar su ropa de manera adecuada al clima y la situación.
- Es capaz de darse cuenta de las consecuencias de sus decisiones.

Conclusiones

En cualquiera de las etapas de cero a 12 años, el niño necesita tener sus necesidades satisfechas para estar en armonía. Observarlos y escucharlos es la mejor manera de detectar lo que pueda hacerle falta y proveer (Papalia & Feldman, 2012).

Por lo común los padres afirman escuchar a sus hijos; sin embargo, terminan las frases o responden las preguntas que ellos mismos hicieron al niño. Una práctica sana es tener diálogos en los que se espera a que respondan preguntas, aunque para ello se lleven más tiempo del que pueda parecer necesario, compartirles actividades o pensamientos para que ellos se sientan inclinados a hacer lo mismo en lugar de responder preguntas que generan respuestas monosilábicas o rutinarias. Aceptar sus preguntas respondiendo lo necesario y a la vez pidiendo que ellos den su opinión de la misma pregunta para conocer sus pensamientos. Usar palabras complejas, ya que contrario a lo que se cree, es en edades tempranas (uno a cuatro años) que pueden memorizarlas, comprenderlas y repetirlas. Preferir información real a la fantasía para que en los diálogos haya un aprendizaje efectivo (Montessori, 1964).

Un niño que ha tenido lo necesario durante la infancia, formará a un adulto seguro, sano y empático. Es claro que las disfunciones de la adultez, tienen su origen en su mayoría en necesidades no satisfechas en la infancia, por una sobreprotección mal entendida, aunque bien intencionada.

Hay que apostar a criar adultos sanos, competentes en el autocuidado, aportando las acciones necesarias y adecuadas para cada edad.

Referencias

- American Academic of Pediatrics. (2012). *Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics*, 129(3). Retrieved de <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/3/e827.abstract>
- Fulghum, R. (1986). *All I really need to know I learn in kidergarden*. New York: Ballantine Books.
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., Ware, J. C. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: Methodology and results summary. *Sleep Health*, 40-43.
- Jones, S. S. (2009). The development of imitation in infancy. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences* 364(1528),2325–2335.
- Karp, H. (2012). *The Happiest Baby Guide to Great Sleep*. USA: *Harper Collins Publishers*.
- Montessori, M. (1964). *The Montessori Method*. New York: Shocken Books Inc.
- National Research Council (US). (1984). Chapter 5, Middle Childhood In The Context Of The Family. Panel to Review the Status of Basic Research on School-Age Children. (W. Collins, Ed.) Washington (DC): *National Academies Press*.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. (2012). *Desarrollo Humano*. México: McGraw-Hill.
- Paruthi, S., Brooks, L., D'Ambrosio, C., Hall, W., Kotagal, S., Lloyd, R., Wise, M. (2016). Recommended Amount of Sleep for Pediatric Populations: A Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine. *Journal of clinical sleep medicine*, 12(6),785-786.
- Polk Lillard, P., & Lillard Jessen, L. (2003). *Montessori from the start. The child at home, from birth to age three*. New York: Schocken.
- Polk, P. (1996). *Montessory Today*. New York: Shocken Books Inc.
- Quattrocchi, S. (1991). *Un ser humano*. Chile: Cuatro Vientos.
- Robin, G., Gamal, S., Mohamad, M., Mohamed, S., Rola, S., Hatim, A., Yvan, V. (2015). How to Improve Eating Behaviour during Early Childhood. *Pediatric gastroenterology, hepatology & nutrition*, 18(1),1-9.
- Salazar-Collazo, T. (2010). *El desarrollo del niño en el primer año de vida*. VARONA, 50,65-70.
- Stoll, A. (2005). *Montessori the Science behind the genius*. New York: *Oxford University Press*.
- Tiret, H., & Hodges, R. (2016, Septiembre 29). *The benefits of kids doing chores*. Recuperado de: Michigan State University Extension: http://msue.anr.msu.edu/news/the_benefits_of_kids_doing_chores

Capítulo 3

La promoción del autocuidado en los adolescentes

Mario Guzmán Sescosse

“¡No sé qué esperan de mí! ¡Pareciera que sólo pueden ver lo que no les gusta, como si no tuviera nada bueno!
¡Estoy harto de que siempre vean lo malo, pero no lo bueno!”
(Adolescente de 17 años expresándose de sus padres)

“Mi hijo no es responsable, le tengo que pedir las cosas 10 veces, todo es un problema con él, no se le puede pedir nada porque todo termina en pleito. No valora todas las oportunidades que le damos para que pueda ser exitoso en la vida, le damos todo lo que nosotros no tuvimos y no lo aprovecha”.
(Madre del adolescente de 17 años quejándose de su hijo)

“No necesitamos ver a nuestros adolescentes como, esencialmente, depositarios de problemas. En lugar de enfocarnos en sus debilidades, podemos concentrarnos en sus fortalezas.”
(Richard M. Lerner, experto en adolescencia)

Introducción

Un elemento fundamental en la relación entre padres e hijos adolescentes, es el poder establecer una comunicación clara y sincera entre ambos. Dicha comunicación, implica el reconocimiento de parte de los padres, en algunos momentos los diálogos que se establezcan tendrán tintes de relación entre dos adultos, pero en otras ocasiones las respuestas de los hijos, serán en un tono infantil. Esto es parte del proceso del crecimiento natural del adolescente (Casco y Oliva, 2005).

Unas columnas básicas sobre las que se puede construir dicha relación comunicativa, son la confianza y el respeto hacia el adolescente. En algunas interacciones, el temor a las potenciales amenazas del ambiente, invaden a los padres, lo que les lleva a desconfiar de la capacidad de los hijos para discernir y elegir de forma adecuada en situaciones de riesgo, como el estar en una fiesta bebiendo alcohol y no reconocer la incapacidad para manejar de regreso a casa. Estos ejercicios de desconfianza, los percibe el adolescente y esto no construye una adecuada comunicación. La inseguridad que experimentan los padres puede deberse tanto a los riesgos objetivos a los que se enfrentan los jóvenes, como a las dudas en la educación que se les ha proporcionado, puede incluso ser un ejercicio de sobreprotección que no siempre es educativo. Algunos padres olvidan cómo veían la vida, cuando tenían la edad de los hijos, y la capacidad con la que afrontaron los retos y cuidaron de sí mismos.

Es sobre esta base, y el sesgo perceptual de los padres señalado antes, que el presente capítulo propone a los padres el diseño de situaciones que permitan el adecuado ejercicio de libertad de sus hijos adolescentes y cómo estas situaciones posibilitan el aprendizaje del autocuidado en ellos, bajo el contexto social que les rodea y las características de desarrollo de esta etapa de la vida.

La adolescencia suele ser vista por algunos como una etapa de dificultades y riesgos. En la sociedad se escuchan frases como; “es la época de la choca, pues chocan con todo y con todos” o frases entre los padres como; “¡ya verás cómo te va en la adolescencia de tus hijos, es muy difícil, todo es un problema con ellos!” Aún más, los medios de comunicación, los programas en la televisión y las películas suelen enviar el mensaje de que la adolescencia es un momento difícil tanto para el hijo, como para los padres y para la sociedad. En ocasiones se ha presentado a los adolescentes como personas incapaces de tomar sanas decisiones y que por lo tanto no saben cuidarse exponiéndose a riesgos en su salud, y en la de los demás; sexo, drogas, alcohol, quebranto de reglas, fracaso escolar y conductas fuera de la ley son algunas de las preocupaciones que los papás de adolescentes suelen tener. Sin embargo; ¿estas preocupaciones están basadas en lo que realmente sucede en la adolescencia o en la creencia que se ha desarrollado de los adolescentes? ¿Es verdad que no saben tomar decisiones y que de manera constante se exponen a peligros innecesarios? ¿Es la adolescencia una etapa donde de forma inevitable tendrán problemas importantes y no sabrán cuidar de sí mismos?

La investigación más reciente (Lerner, 2007; 2013 & Steinberg, 2014) en la adolescencia muestra que las creencias y las ideas que los medios y la sociedad han transmitido de la

adolescencia son incorrectas, al menos inexactas. Los adolescentes, muchos de ellos, sí saben cuidarse, sí pueden tomar buenas decisiones y son seres con múltiples cualidades positivas. Sin duda hay otro tanto que pasa por importantes dificultades, pero; ¿por qué para unos es más complicado que para otros? La forma en ¿cómo los padres y los mismos adolescentes perciben esta etapa y la afrontan influye en el resultado que se tenga? ¿Influyen los factores sociales, familiares, individuales y ambientales en el desarrollo de una adolescencia tormentosa o una con pocas complicaciones?

Quizá se puede aprender a ver esta etapa no como un problema, sino como una oportunidad. Como un momento de grandes cambios y grandes aprendizajes para los hijos y para los padres. En este capítulo se analizarán algunos resultados de dichas investigaciones con la intención de desmitificar a la adolescencia de su connotación negativa. Además, se proponen estrategias para incrementar el autocuidado del adolescente y mejorar la paternidad de quienes tienen hijos en esta etapa.

¿Qué es la adolescencia?

La adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta. En dicha etapa se presentan importantes cambios fisiológicos, neurológicos, psicológicos y sociales. La persona pasa de ser un niño a convertirse, de forma gradual, en un adulto. Su aprendizaje, relaciones, interacción con el mundo y con la sociedad, su forma de verse a sí mismo y a los demás, se transforman como resultado del proceso de crecimiento y maduración física, sexual y psicológica (Steinberg, 2014).

La adolescencia inicia junto con la pubertad. En las niñas se sabe que la pubertad ha llegado con la menarquia (aunque su inicio es previo en la telarquia o crecimiento mamario. Muñoz-Calvo & Pozo-Roman, 2011). En los niños es más complejo identificar su inicio, pues al no tener un correlato tan evidente como el periodo menstrual resulta difícil ubicar el momento específico de la llegada de la pubertad. Sin embargo, la investigación ha señalado una diferencia de uno a dos años en los hombres con respecto a las mujeres.

La entrada a la pubertad ha sido cada vez en edades más tempranas. Hoy las niñas tienen en promedio su menarquia a los 12 años, las chicas de hace un siglo (a principios del siglo XX) la tenían a una edad promedio de 15 años (Steinberg, 2014). Pero si se tiene en cuenta que la telarquia ocurre en promedio tres años antes de la llegada de la menarquia se puede concluir que hoy las niñas están iniciando su pubertad a la edad de nueve años.

Este inicio temprano de la pubertad está relacionado con aspectos nutrimentales, hormonales y ambientales que facilitan la maduración sexual a edades más tempranas que en el pasado (Steinberg, 2014). Sin embargo, conlleva grandes retos pues para la sociedad una persona de 12 años sigue siendo vista como una niña y no como un ser maduro desde el punto de vista sexual. Esta discrepancia entre la expectativa social y la temprana madurez sexual que se observa entre las niñas y los niños puede ser una fuente de estrés y confusión si no es manejada de forma apropiada.

Como se señaló, la adolescencia inicia junto con la pubertad entre los 9 y 12 años y concluye con el inicio de la edad adulta; sin embargo, aquí se presenta una discrepancia más; desde el punto de vista social se considera adulto a aquel que ha cumplido 18 años (en algunos países 21 años), pero muy pocas personas considerarían a un chico o chica de 18 años capaces de tener una familia, sostenerla, proveer de lo que necesitan y además de completar su desarrollo físico y psicológico de manera adecuada y de aportar a la sociedad con tal responsabilidad a esa edad. Por otro lado, nuestra cultura considera a una persona de 18 años lo suficiente grande para participar de actividades como; la guerra, votar políticamente, manejar un automóvil, comprar un arma, tomar alcohol y tener vida sexual, pero no lo suficiente grande como para tener trabajos con una remuneración que le permita ser independiente y capaz de tomar decisiones sobre sí mismo y su familia. Cualquier joven de 18 años que sale a buscar empleo se enfrentará a diferentes problemas que le hacen en la práctica imposible desarrollar una vida de adulto; “¿tiene usted experiencia laboral mínima de cinco años? ¿Tiene usted estudios universitarios?

¿Tiene usted flexibilidad de horarios y días laborales? ¿Tiene usted flexibilidad para viajar de un lugar a otro?”.

Pareciera que la edad adulta asignada legalmente se encuentra en contradicción con lo que desde el punto de vista social se considera adulto y lo que en la vida real se espera de una persona. De igual forma el final de la adolescencia ha cambiado con el tiempo; hoy los adolescentes lo son por más tiempo que nunca antes (Steinberg, 2014), ¿por qué?

La humanidad ha pasado de grupos basados en la supervivencia, las funciones agropecuarias y artesanales a sofisticadas y masivas sociedades tecnológicas, comerciales y de alta exigencia académica. Un niño o una niña hace 100 o 200 años pasaban de la infancia a la edad adulta de manera más rápida que lo que hoy lo pueden hacer los de esta época. Sus funciones y expectativas sociales empezaban a edades más tempranas porque requerían menos sofisticación y aprendizaje académico que el que hoy se requiere. En esta época un joven de 18 años de edad difícilmente puede llevar una vida plena y responsable de adulto; la sociedad contemporánea no está pensada para eso. Esta realidad social ha sido manejada de manera negativa; los medios, políticos, empresarios y algunos otros actores de la sociedad se han apresurado a decir qué es la generación de los “ninis” ni estudian, ni trabajan. Se ha visto a estos jóvenes como un ejemplo más para reafirmar el prejuicio social de que la adolescencia es una etapa negativa, casi patológica.

Sin embargo, las cosas no son tan negativas como se piensa. Hoy los 18 años son poco para ser autosuficientes, pues es deseable que después de los estudios de preparatoria los adolescentes continúen su formación académica universitaria profesional o técnica para después incorporarse al medio laboral. Desde el punto de vista neurológico esto es una extraordinaria idea. Se sabe que el cerebro consta de una capacidad llamada neuroplasticidad (genera nuevas conexiones neuronales y por lo tanto aprende y modifica conocimientos, habilidades y conductas) esta función se mantiene la mayor parte de la vida de un individuo, pero dicha capacidad está sobre todo presente en la adolescencia; hasta los 25 años (Steinberg, 2014). Es durante este tiempo (además de los años posteriores al nacimiento) donde el cerebro será capaz de desarrollar las habilidades y conocimientos necesarios para aplicarse después en la vida adulta. Es decir, es bueno que un niño de 18 años no pueda hacerse cargo de su vida por completo, pues de hacerlo no podría dedicar el tiempo necesario para estimular y desarrollar el cerebro que necesitará por el resto de su vida.

Nuestra sociedad tecnológica exige, como en ningún otro momento de la historia, personas más sofisticadas, entrenadas y con habilidades de gran complejidad que sólo podrán adquirirse en el proceso de enseñanza y aprendizaje. Por lo tanto, es deseable que las personas de 18 años no estén trabajando de tiempo completo, o haciéndose cargo de una familia, se sugiere que estudien en las universidades y en los institutos tecnológicos, aprendiendo las herramientas necesarias para sobresalir en la sociedad. Por ello se equivocan quienes desafortunadamente han llamado a estos jóvenes “ninis”, para la sociedad sería de mayor beneficio que los adolescentes estudien en lugar de trabajar tiempo completo, de ahí la necesidad de promover y proveer el sistema educativo y económico adecuado para que los jóvenes puedan lograrlo.

Dicho esto, y teniendo en cuenta a la investigación más reciente en el desarrollo psicológico, la adolescencia se sitúa como una etapa que va de los 10 años de edad a los 25 años (Steinberg, 2014); ¡son 15 años! para una persona en una sociedad urbanizada y contemporánea lo que le lleva pasar de la infancia a la edad adulta; 15 años para desarrollar las fortalezas y las habilidades que necesitará para poder lograr la satisfacción y el desarrollo personal en su vida.

Psicopatologías, factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia

La idea de que la adolescencia es una etapa conflictiva, donde el comportamiento del adolescente es por naturaleza desorganizado y hasta patológico viene de los primeros teóricos que enfocaron su interés en esta época del desarrollo humano (Lerner, 2007). Ana Freud y Eric Erickson se cuentan entre los primeros autores que propagaron la creencia de que la adolescencia es una etapa de estrés y tormenta (*stress and storm*) y que inevitablemente todos tendrían que cursar por conductas problemáticas.

Por desgracia existe un rezago en el número de estudios epidemiológicos, que permitan conocer a fondo el desarrollo, la prevalencia y la incidencia de los trastornos mentales o psicopatologías en la adolescencia. En distintos países no se cuenta con estudios suficientes que podrían facilitar una comprensión objetiva de los factores de riesgo, de los trastornos psicológicos y de los sistemas de atención que reciben los adolescentes (Benjet, Borges, Medina-Mora, Blanco, Rojas, *et al.*, 2009). En cambio, lo que se tiene, en no pocas ocasiones, son estudios de muestras extraídas de contextos que no permiten generalizaciones, así como metodologías que pueden dificultar el entendimiento claro de los adolescentes y sus problemas psicológicos.

Esta carencia es en particular cierta para México, donde el único estudio (o al menos el encontrado por este autor) diseñado para comprender la prevalencia de los problemas mentales del adolescente se realizó en el 2005 a forma de encuesta con población urbana de la zona metropolitana de la ciudad de México por Benjet, Borges, Medina-Mora, Blanco, Rojas, *et al.*, (2009). Es difícil generalizar los resultados a la población de todo el territorio nacional, pues las circunstancias de vida, de familia, enseñanza, medio ambiente y de salud son muy distintas entre un adolescente de una zona urbana tan compleja como la del estudio, frente a la de un adolescente de una zona rural o de una zona urbana, pero con condiciones de vida muy distintas a las de la ciudad de México. Además, los resultados deben interpretarse con cautela, pues como señalan sus autores; “es posible que los adolescentes tengan un sesgo en esta etapa del desarrollo que los hace más propensos a exagerar los síntomas o la discapacidad relacionada con ellos”. Así pues, esta carencia de información apropiada impide tener una idea clara y objetiva de los factores de riesgo y las psicopatologías de los adolescentes mexicanos lo que contribuye al estereotipo negativo del que ya se habló y a la toma de decisiones no basada en evidencia.

Entendiendo las limitaciones antes mencionadas, se presentan los resultados de los jóvenes del estudio mencionado. El 51.3% de los adolescentes entrevistados cumplieron criterios para algún trastorno mental alguna vez en la vida. Los trastornos más comunes son la fobia específica 27.9%; fobia social 14.3%; cualquier trastorno de ansiedad 40.6%; impulsividad 20.0%; afectivo 10.7%; por sustancias 4.8%.

Incluso si los resultados de este estudio fueran confiables o retrataran la realidad de los adolescentes mexicanos actuales es necesario evitar que estos números contribuyan al estereotipo negativo (aún sostenido por no pocas personas) de que la adolescencia es una etapa inevitablemente problemática.

Durante décadas también los psicólogos sostuvieron la idea de que la adolescencia era sobre todo muy problemática y hubo quienes buscaron comprender la conducta desde la naturaleza: genes, hormonas, neuroanatomía, entre otras y quienes buscaron hacerlo desde la crianza, en especial en el enfoque conductista de estímulo y respuesta. Estas aproximaciones se estudiaban de manera aislada y eran reduccionistas, pues pensaban que desde un sólo factor se podía explicar la conducta de los adolescentes. Hoy esa aparente oposición por fortuna cuenta con poco respaldo, pues la investigación ha mostrado que no hay un sólo factor explicativo de la conducta, sino múltiples (NAMI, 2017., Merikangas, Nakamura y Kessler, 2009). La interacción entre naturaleza y crianza es enorme y los acompaña por siempre. De tal forma que si las estadísticas señaladas fueran representativas de todos los adolescentes mexicanos se tendría que cuestionar con seriedad qué se está haciendo mal, pues la prevalencia de los trastornos no sería sólo por la adolescencia, sino por todas las variables que coexisten en dicha etapa; desarrollo neurológico, psicológico, hormonal, social, familiar, académico, religioso, cultural, deportivo, entre otras. Si realmente México tiene una prevalencia tan alta de trastornos psicológicos entre sus adolescentes en definitiva algo se está haciendo mal, pues la mayoría de los países tienen una tasa más baja.

En EUA (Perou, R., Bitsko, R., Blumberg, S., Pastor, P., Ghandour, R., *et al.*, 2013; Merikangas, K., Nakamura, E. & Kessler, R., 2009), por ejemplo, sólo 20% de los adolescentes que fueron entrevistados cumplían los criterios diagnósticos para algún trastorno mental alguna vez en su vida (compararlo con 51.3% de los adolescentes mexicanos); los trastornos de ansiedad se presentan en sólo 8% de los adolescentes (compararlo con 40.6% de los mexicanos de la misma edad); los trastornos de conducta y de impulsividad son de 10% entre los jóvenes de EUA (compararlo frente 20.7% de los informados en México); los trastornos afectivos representan 11% de los niños estadounidenses (en México es 10.7%); 8.3% de los adolescentes estadounidenses presenta criterios para los trastornos por sustancias (frente a 4.8% de los mexicanos).

Con base en estos informes más del doble de los adolescentes mexicanos (en términos porcentuales) tienen o tendrán trastornos psiquiátricos frente a los jóvenes de la misma etapa en EUA. Sólo en los trastornos afectivos y en los de sustancias, los mexicanos presentan menos problemáticas psicológicas que los adolescentes de dicho país, lo cual resulta llamativo pues por lo común son los trastornos afectivos y los de sustancias los que acaparan más la atención social y de los medios e incluso de los servicios de atención (tabla 3-1).

Tabla 3-1. Comparativo de la prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes entre México y EUA

Padecimiento	México	Estados Unidos
Cualquier trastorno de ansiedad	40.6 %	8%
Trastornos de la conducta e impulsividad	20.7 %	10%
Trastornos afectivos	10.7 %	11%
Trastornos por sustancias	4.8 %	8.3%
Algún trastorno mental alguna vez en su vida	51.3 %	20%

Benjet, Borges, Medina-Mora, Blanco, Rojas, *et al.* (2009) y Perou, R., Bitsko, R., Blumberg, S., Pastor, P., Ghandour, R., *et al.*, 2013; Merikangas, K., Nakamura, E. & Kessler, R., 2009.

De tal forma que sería deseable enfocar más esfuerzos en aquello que se puede transformar, en lo que se puede incidir de manera positiva; ambiente familiar, alimentación, aprendizaje, habilidades sociales, integración social, desarrollo deportivo, en concreto; el ambiente salutogénico que le permita promover y desarrollar lo mejor de él, que le admita un autocuidado integral de sí mismo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012). Además, la mayoría de los trastornos mentales tienen su origen en la adolescencia, pero es necesario reiterar que el problema no es la adolescencia, sino el contexto en el que se experimenta.

Si se comparan los resultados de los adolescentes que alguna vez en su vida presentarán una psicopatología (51.3% para los mexicanos y 20% para los estadounidenses) frente a los adultos que alguna vez presentarán un trastorno mental (45.9% de los adultos latinoamericanos Campo-Arias & Cassiani, 2008) se puede comprobar que en realidad los adolescentes no son más propensos que los adultos en los padecimientos psiquiátricos. Esta información puede contribuir a desestigmatizar al adolescente y ver que su salud mental, en realidad no es más negativa que la del adulto.

Un aspecto importante de atender en los adolescentes son los factores de riesgo y de protección con los que pueden contar. La OMS (2012) señala que la promoción y la protección de la salud mental debe incluir una serie de estrategias multisectoriales como; fomento de los atributos nucleares del individuo en las etapas formativas de la vida (autoestima y capacidad de recuperación); el reconocimiento temprano y la prevención de problemas emocionales o de comportamiento, en especial en la infancia y la adolescencia; provisión de las condiciones de vida y de trabajo que permitan el desarrollo psicosocial y la autodeterminación (sobre todo entre las personas vulnerables); promoción de interacciones positivas dentro y entre los grupos sociales; protección social para los pobres; leyes y campañas contra la discriminación; y la promoción de los derechos, las oportunidades y el cuidado de las personas con trastornos mentales.

No es objeto de este capítulo analizar el estado de cada una de estas estrategias en México, pero se sabe que existen numerosas carencias en cada una de ellas. Por ejemplo, 55.2% de los adolescentes en el país son pobres; uno de cada cinco no tiene ni siquiera para la alimentación mínima requerida (Reyes, 2014). No se puede esperar que las estadísticas de salud mental en los adolescentes mexicanos mejoren, si no se progresa como nación, estas condiciones son básicas para su sano desarrollo físico y mental.

El bienestar psicológico debería ser una prioridad para los gobiernos, familias, escuelas y sociedad en general. Sin ello se compromete gravemente la habilidad de desarrollar y mantener relaciones sociales, de estudiar, trabajar y tomar decisiones sobre cómo llevar una vida plena (OMS,2012).

El bienestar psicológico se entiende cómo; “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS,2005)”. De nuevo es necesario recordar que el problema no es la adolescencia, sino las condiciones en las que se desarrolla; sin bienestar psicológico la adolescencia puede ser una etapa turbulenta, no sólo para el adolescente, sino para la sociedad y lo mismo se podría decir de las demás etapas. De ahí la urgente necesidad de pasar de métodos que en su mayoría se han enfocado a la prevención y asistencia de los conflictos que no han dado los resultados deseados (Lerner, 2007), a métodos que además de atender el conflicto puedan promover e intervenir en el bienestar psicológico.

Dicha promoción pasa por identificar los determinantes de la salud mental y del bienestar psicológico; comprendiendo cuáles son los factores de riesgo y los de protección para los adolescentes, y para la población en general, de forma que se busque disminuir los primeros e incrementar los segundos (tabla 3-2).

Tabla 3-2. Determinantes de la salud mental y el bienestar psicológico

Áreas	Factores de riesgo	Factores de protección
Atributos individuales	• Baja autoestima • Inmadurez cognitiva o emocional • Dificultades en la comunicación • Enfermedades médicas y abuso de sustancias	• Autoestima y autoconfianza • Habilidades en solución de problemas y manejo del estrés y la adversidad • Habilidades de comunicación • Salud y aptitud física
Circunstancias sociales	• Asilamiento social • Procesos de duelo • Negligencia social • Conflictos familiares • Exposición a la violencia o a formas de abuso • Bajo nivel económico o pobreza • Dificultades y fracasos escolares • Estrés laboral y desempleo	• Apoyo social, familiar y de amigos • Parentalidad positiva e interacción familiar • Seguridad física y estar a salvo • Seguridad económica • Logros académicos • Satisfacción y logros laborales
Factores ambientales	• Pobre acceso a los servicios básicos • Injusticia y discriminación • Inequidad social y de sexo • Exposición a la guerra o desastres ambientales	• Igualdad de accesos a servicios básicos • Justicia social, tolerancia e integración • Equidad social y sexual • Seguridad física y estar a salvo

Basado en OMS (2012).

Existen otros factores de riesgo específicos en la adolescencia que deben ser tomados en cuenta: uso y abuso de tabaco, alcohol y psicotrópicos; actividad sexual y ausencia de la figura paterna.

El uso y abuso de tabaco, alcohol y sustancias psicotrópicas es en especial dañino en esta época, debido al desarrollo cerebral que es importante hasta la edad de 25 años (Steinberg, 2014). Incluso la marihuana que hoy se busca legalizar para efectos recreativos puede tener importantes consecuencias para los adolescentes por ser los más vulnerables a desarrollar adicción a su consumo y por los efectos cognitivos y neurológicos a mediano y largo plazo (Lisdahl, Wright, Kirchner-Medina, Maple & Shollenbarger, 2014). Problemas de alteración en la memoria verbal, en la capacidad de controlar los impulsos, en la toma de decisiones, en la capacidad de mantener el tipo de información en la mente y manipularlo, la capacidad de mantener su atención en el tiempo, aumento en los síntomas del estado de ánimo, como depresión y ansiedad, así como el aumento de problemas con el sueño, son algunas de los efectos nocivos que se han identificado en los consumidores adolescentes de esta droga. Incluso se ha mostrado que si se inicia antes de los 18 años puede haber una afectación del coeficiente intelectual en una caída de hasta ocho puntos. (Lisdahl, Gilbert, Wright, & Shollenbarger, 2013; Lisdahl, Wright, Kirchner-Medina, Maple & Shollenbarger, 2014).

La violencia es otro factor de riesgo importante en la adolescencia. La exposición a contenidos violentos en la televisión es de 25 actos violentos por una hora y los estudios han mostrado una correlación entre dicha exposición y problemas de conducta en niños y adolescentes (Johnson, Cohen, Smailes, Kasen, & Brook, 2002). De hecho, 22.5% de los adolescentes que miraron entre una y tres horas de televisión al día cometieron actos de violencia, en comparación con 5.7% que pasaron menos de una hora delante del televisor. Para las personas que ven más de tres horas, el número aumentó a 28.8%. Además, la exposición a situaciones reales de violencia y quizá traumáticas entre los adolescentes mexicanos se cuenta hasta en 69% (Benjet, Borges, Medina-Mora, Blanco, Rojas, *et al.*, 2009), por lo que es de esperarse que tenga un impacto nocivo en su desarrollo integral.

La conducta sexual puede ser un factor de riesgo de suma importancia en la adolescencia debido a la transmisión de enfermedades sexuales, a los embarazos no deseados y a la insatisfacción psicológica que puede conllevar una iniciación sexual a edades tempranas o el entablar relaciones sexuales carentes de afectividad, intimidad y compromiso, González-Garza,

Rojas-Martínez, Hernández-Serrato y Olaiz-Fernández (2005) encontraron que hasta 55.7% de las adolescentes que iniciaron vida sexual han estado embarazadas. Según cifras de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en México a diario se dan 1 252 partos de madres que oscilan en un rango de edad entre 12 y 19 años (Reyes, 2014). Sin duda esto representa un grave problema para el adolescente que tendrá que truncar sus estudios y enfrentar desafíos como la pobreza, y los conflictos sociales y psicológicos que se observan en madres tan jóvenes. Pero también representa un problema para el recién nacido quien difícilmente contará con el ambiente apropiado para desarrollarse, e incluso para la sociedad pues tanto el adolescente como el recién nacido estarán vulnerables y con un desarrollo y aporte a la sociedad comprometido.

Por último es necesario resaltar la ausencia de la figura paterna como un importante factor de riesgo en la adolescencia. Con un incremento de un punto porcentual por año en los índices de divorcio, cada vez hay más familias donde la ausencia física y psicológica de la figura paterna se convierte en lo habitual. Además, las excesivas jornadas laborales, las distancias urbanas y los horarios de los trabajos y de las escuelas llevan a que no pocos adolescentes tengan una mínima interacción con la figura paterna. Distintos estudios y autores (Arevalo, 2009; Paterna, Martínez & Rodes, 2005; Borisenko, 2007; Zoja, 2001) han señalado la correlación entre la ausencia de la figura paterna y el desarrollo de trastornos del desarrollo, de aprendizaje y emocionales/conductuales como establecimiento de límites y normas; bajo rendimiento escolar; trastornos lingüísticos, de aprendizaje y cognoscitivos; dificultades en la lectura-escritura, retraso escolar y repitencia; conductas transgresoras; dificultades en la comunicación; depresión y ansiedad; hostilidad y conductas desafiantes; deterioro de los procesos psicológicos y conductuales como la motivación, atención, comprensión, memoria, responsabilidad, disciplina, persistencia, planificación, organización, entre otras.

Como se señaló desde el inicio de este trabajo es necesario comprender que los conflictos que se presentan durante la adolescencia no son a causa de esta etapa de transición entre la infancia y la adultez, sino por una serie de complejas interrelaciones en variables individuales, sociales, familiares y ambientales. El adolescente al igual que el adulto o el niño es un ser que ejecuta y procesa la realidad al mismo tiempo, es tanto sujeto como objeto de su realidad. De ahí la importancia de que las estrategias busquen incidir tanto en las variables externas (sociales, familiares y ambientales) como en las variables internas (biológicas y psicológicas) del adolescente de tal manera que se pueda incidir en su potencial físico, psicológico y social. En lugar de buscar cambiar a los adolescentes, se deberían enfocar los esfuerzos a cambiar las condiciones en las que se desarrollan.

Teoría y práctica del desarrollo positivo de la juventud o el positive youth development.

A finales de 1990 existió un cambio académico sustancial en la forma de entender y estudiar la adolescencia. Gracias a la comprensión de la plasticidad cerebral y a los hallazgos de la investigación en el comportamiento, salud y patología de los adolescentes se pudo mostrar que éstos pueden cambiar y tener un desarrollo con resultados positivos para sí mismo y para su

comunidad.

A este cambio académico se le llamó desarrollo positivo de la juventud (DPJ) o *positive youth development* en inglés, autores como Hamilton (1999), Larson (2000), Steinberg (2013), Lerner *et al.* (2005), iniciaron una nueva era de estudios y publicaciones que permitirían conformar una visión más objetiva y optimista de la adolescencia.

El DPJ consiste en tres aspectos interrelacionados, pero a la vez independientes: 1) un proceso del desarrollo, 2) una filosofía o aproximación para la programación juvenil y 3) como una instancia para los programas desarrollados para la juventud que buscan elevar la salud o el progreso positivo de la juventud.

Esta perspectiva se conoce como “sistema del desarrollo relacional”; lo que implica una influencia mutua entre el individuo y el contexto en el que se desarrolla. Dentro de este modelo resalta el llamado las “**cinco Cs**” (o “*five Cs*” en inglés) desarrollado por Lerner *et al.*, (2005). Esta propuesta consiste en el supuesto de que existen cinco cualidades (cinco Cs) que si son desarrolladas conllevan a una sexta cualidad y a una disminución de las conductas de riesgo y un desarrollo positivo de los adolescentes.

Las cinco Cs son: 1. **Competencia:** visión positiva de uno mismo y sus acciones en áreas específicas incluyendo las habilidades sociales y académicas. 2. **Confianza:** sentido interno positivo y generalizado de autoestima y autoeficacia 3. **Conexión:** vínculos positivos con personas e instituciones que se ven reflejadas en intercambio entre el individuo y sus pares, familia, escuela, comunidad y en donde ambas partes contribuyen a la relación positiva 4. **Carácter:** respeto por las normas sociales y culturales, poseer estándares de conductas correctas, sentido de lo que es correcto e incorrecto (moralidad), e integridad 5. **Cuidado:** sentido de simpatía y empatía por los demás.

La investigación ha mostrado que si se promueven estas cinco Cs se disminuyen las conductas de riesgo de la adolescencia (uso y abuso de tabaco, alcohol y psicotrópicos; actividad sexual de riesgo y conductas delictivas y violentas) y se genera una sexta cualidad llamada, **contribución:** contribuir a uno mismo, a la familia, a la comunidad y a las instituciones de la sociedad civil.

Dentro de este modelo se entiende que las fortalezas individuales y los recursos ecológicos presentes en el contexto familiar, escolar y comunitario, facilitarán el desarrollo de las cinco Cs, que a su vez contribuirá a la disminución de conductas de riesgo (figura 3-1).

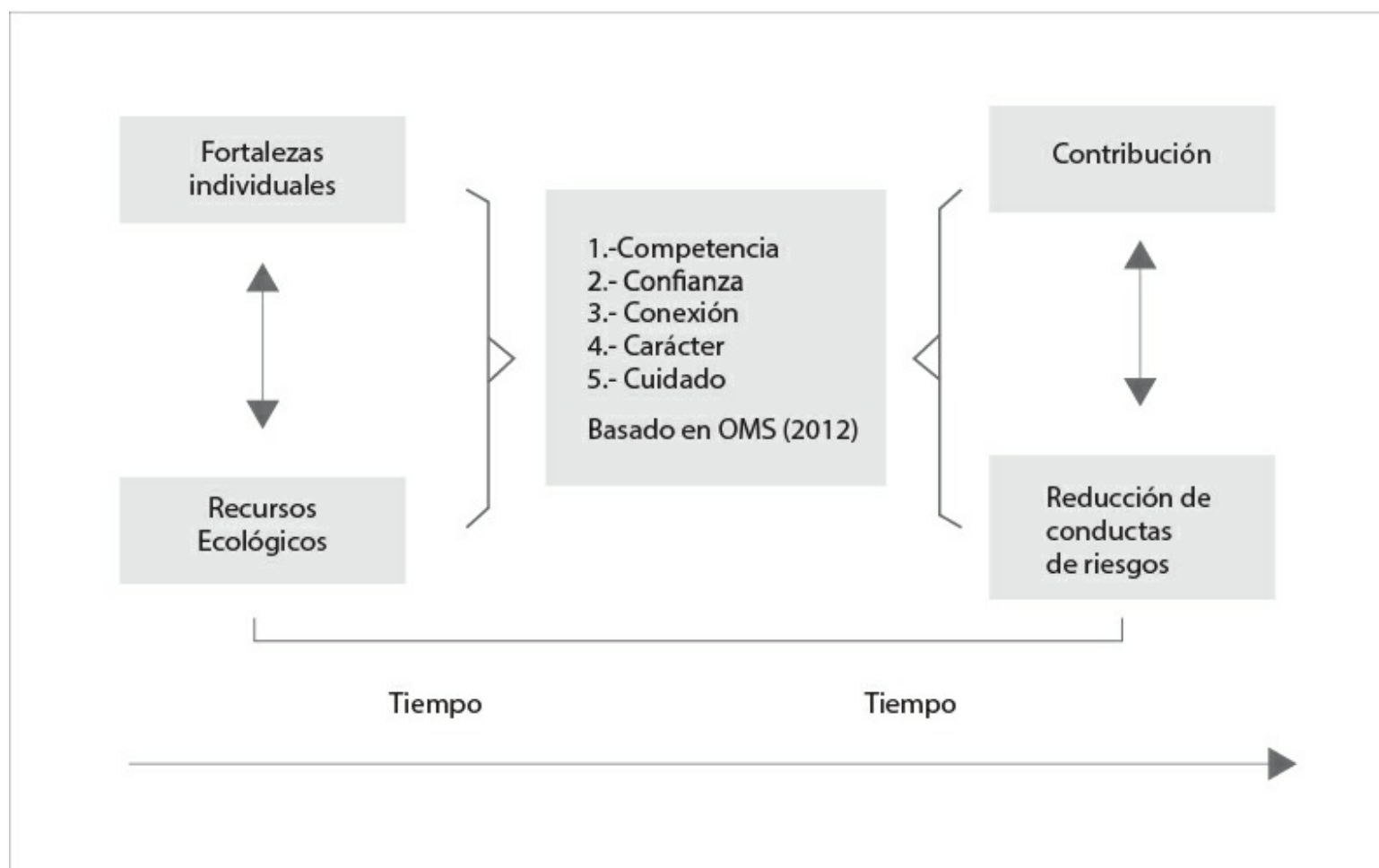


Figura 3-1. Modelo del desarrollo positivo de la juventud (Lerner, 2013).

La capacidad de cambio ha mostrado ser una fortaleza central que puede desarrollarse a través de la influencia del contexto en el que viven, aprenden y juegan los adolescentes (Lerner et al., 2011). Para ello es necesario que existan tres elementos que han sido llamados por DPJ como los “tres grandes”: 1) relaciones positivas y sostenidas entre los adultos y los adolescentes; 2) actividades que desarrollen o promuevan las habilidades para la vida; 3) la oportunidad para que los adolescentes o los jóvenes puedan desarrollar esas habilidades para la vida en las actividades comunitarias tanto como participantes y a la vez como líderes.

Para probar el modelo de DPJ y de las cinco Cs, se diseñó la intervención *4-H study of positive youth development* (programa extraescolar consistente en tiempo de aprendizaje extraescolar, experiencias de liderazgo y tutorías o vínculo con un mentor) que se condujo de manera longitudinal desde el 2002 hasta el 2010 con 7 000 jóvenes de distintas razas, religiones, niveles socioeconómicos y sexo de 42 estados de EUA donde se compararon los que escogieron la intervención mencionada frente a los que no para identificar y medir el desarrollo y cambio de las cinco Cs, de la contribución, conductas de riesgo, depresión, compromiso activo ciudadano, competencia académica, compromiso escolar, conductas de salud, relación con mentores, ciencia y tecnología, así como autocontrol intencional. Dentro de los resultados obtenidos resaltan los siguientes: los participantes del programa 4-H presentaron cuatro veces más posibilidades de hacer contribuciones a su comunidad; dos veces más probabilidades de estar comprometidos cívicamente; tres veces más de involucrarse en actividades de ciencia y tecnología; dos veces más de hacer decisiones positivas a la salud.

Además de estos resultados, el estudio permitió concluir que las cinco Cs son parte esencial del DPJ; que el autocontrol intencional o la autorregulación conductual y cognitiva (ACC) es el componente básico del DPJ; los adolescentes con mayor optimismo desarrollan más DPJ y ACC; el compromiso escolar se predice por el ACC, quienes tienen mayor compromiso escolar obtienen mejores calificaciones, menos conductas delictivas y menos problemas de sustancias; los recursos ecológicos (relaciones sostenidas y positivas con adultos como padres, tutores, profesores, entrenadores, líderes religiosos, actividades comunitarias, familiares y escolares, y acceso a los servicios como transporte y seguridad) fueron el factor más importante en predecir DPJ y contribución, ésta es el resultado clave del DPJ y facilita el compromiso activo ciudadano; aquellos con mayor DPJ son los que puntúan más bajo en conductas problemáticas y de riesgo.

La importancia de estos estudios radica en poder comprender que la relación con los adultos y el medio en donde se desarrollan los adolescentes son fundamentales para su sano desarrollo.

Por lo tanto, es necesario hacer un cambio en la forma de percibir la adolescencia y comprender la responsabilidad social, familiar, escolar y gubernamental de proveer oportunidades donde los jóvenes se involucren en actividades de su interés que faciliten su aprendizaje, liderazgo y participación comunitaria bajo la tutoría e influencia de figuras adultas que funcionen como modelos sociales para los adolescentes. La ausencia en la adolescencia de esas oportunidades, de figuras socialmente deseables y de las condiciones básicas de su entorno ecológico contribuyen a los conflictos de esta etapa, el problema no es la adolescencia y mucho menos el adolescente. El autocuidado del adolescente pasa por el cuidado que como sociedad se le da a los jóvenes.

Conclusiones

Se presenta a continuación una serie de recomendaciones prácticas para los padres de adolescentes que busquen promover el autocuidado en sus hijos. Además, estas propuestas pueden favorecer la interacción entre los padres de adolescentes y sus hijos, así como facilitar el DPJ:

1. Desarrollar un modelo de crianza (Baumrind, 1971) **autoritativo o democrático** donde se estimule la madurez de los hijos, se pongan límites con consecuencias congruentes a la conducta y se hagan respetar las normas, pero siendo comprensivos, mostrando afecto y fomentando la comunicación con los hijos. Se recomienda utilizar una disciplina basada en reforzadores positivos y motivaciones intrínsecas y extrínsecas.
2. Evitar los modelos de crianza autoritarios (que se caracterizan por padres que imponen sus normas sin lugar a la discusión, castigan de forma severa las conductas inadecuadas, son muy exigentes en cuanto a la madurez de sus hijos y dejan escaso margen para la comunicación y la expresión de afecto) y permisivos (son el otro extremo, exigen poco a sus hijos tanto en cumplimiento de normas como en madurez, y en cambio son muy afectuosos y tienen un gran nivel de comunicación con ellos, cayendo en la complacencia e incluso reforzando las conductas indeseables en los hijos).
3. Desarrollar una comunicación asertiva con los hijos donde de una expresión de manera clara, directa y concreta se busquen soluciones y acuerdos en las diferencias con ellos. El modelo A-B-C (A: expresa tus emociones y pensamientos sobre la conducta del hijo o la situación particular; B: identifica la conducta o situación de preferencia evitando la acusación; C: genera y expresa una propuesta o alternativa de solución) de Malkin (2001) puede ser un recurso importante en la comunicación asertiva. A continuación, se muestran dos ejemplos de situaciones comunes en donde se aplica dicha técnica:

Ejemplo 1

(A) En ocasiones me siento molesto e ignorado cuando (B) te pido que me ayudes con la limpieza de la casa y decides ignorar mi petición. (C) En adelante te pido que no lo hagas, pues eso afecta nuestra relación. Dime qué hora y qué días es mejor para ti para que así puedas cumplir con lo que te pido.

Ejemplo 2

(A) Tu madre y yo hemos estado muy preocupados (B) porque no teníamos ninguna noticia tuya a pesar de que quedaste de comunicarte con nosotros. (C) Si tú no respetas las normas y los acuerdos que tenemos no podrás contar con los privilegios que te damos; sin embargo, nos interesa saber qué paso y cómo se puede ayudar o qué acuerdos se necesitan para llegar

a que esto no vuelva a suceder.

4. Dos elementos esenciales han sido mostrados en la investigación del desarrollo positivo de la juventud; la relación con los adultos y el medio ambiente donde se desenvuelve el adolescente. Por lo que se sugiere buscar espacios de convivencia e intimidad con los hijos desarrollando y fomentando actividades que a ellos les interesan. Además, es deseable promover las actividades que contribuyen a la comunidad y al medio ambiente en donde se desarrollan.
5. Mantener una comunicación no invasiva y propositiva con los hijos sobre las conductas de riesgo en la adolescencia. En el anexo I se muestra una carta (tomada de Guzmán, 2017) que puede servir como ejemplo de ello.

Las estrategias presentadas no garantizan que los adolescentes no tendrán conflictos o que sabrán cuidar de sí mismos en todo momento. Sin embargo, en la medida en que se sigan estas recomendaciones de diálogo y trabajo, haciendo a un lado los prejuicios de que es una etapa problemática *per se*, se abre la posibilidad de que aprendan a autocuidarse en un medio ambiente con potenciales riesgos.

Referencias

- Arévalo, L (2009) Función paterna perspectivas educativas. *EDUCERE • Investigación arbitrada* 12:46.
- Baumrind, D (1971) Current patterns of parental authority *Developmental Psychology*, 4,1-103.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, ME., Blanco, J., Rojas, E., et al (2009). La Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente. En: Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S (eds). *La epidemiología de salud mental en América Latina y el Caribe*. Washington DC: Pan American Health Organization.
- Borisenko, J (2007): Fatherhood as a Personality Development Factor in Men. *The Spanish Journal of Psychology* 10(1),82-90.
- C. Paterna, C. Martínez y J. Rodes (2005): creencias de los padres sobre lo que significa ser padre. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* 39(2),275-284.
- Campos-Arias, A. & Cassiani, C. (2008) Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 37(4).
- Casco, F. y Oliva, A. (2005) Valores y expectativas sobre la adolescencia: discrepancias entre padres, profesores, mayores y adolescentes. *Infancia y Aprendizaje* 28(2),209-220.
- González-Garza, C., Rojas-Martínez, R., Hernández-Serrato, M., Olaiz-Fernández, G. (2005) Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. *Salud Pública México* 47(3),209-218.
- Guzmán, M (2017) *La transformación del adolescente*. Manuscrito no publicado. Chicago, Il.
- Johnson, Jeffrey G.; Cohen, Patricia; Smailes, Elizabeth M.; Kasen, Stephanie; & Brook, Judith S. (2002). Television viewing and aggressive behavior during adolescence and adulthood. *Science* 295(5564),2468-2471.
- Lerner, R. (2007) *The good teen; rescuing adolescence from the myths of the storm and stress years*. Crown Publishers. New York.
- Lerner, R. & Lerner, J (2013) *The positive development for youth; comprehensive findings from the 4-H study of positive youth development*. Tufts University. Recuperado de: <http://www.4-h.org/about/youth-development-research/positive-youth-development-study/>(Último acceso 27 de diciembre de 2015).
- Lisdahl, K. M., Gilbert, E. R., Wright, N. E., & Shollenbarger, S. (2013). Dare to delay? The impacts of adolescent alcohol and marijuana use onset on cognition, brain structure, and function. *Frontiers in psychiatry* 4,53.
- Lisdahl, K. M., Wright, N. E., Kirchner-Medina, C., Maple, K. E., & Shollenbarger, S. (2014) Considering Cannabis: The Effects of Regular Cannabis Use on Neurocognition in Adolescents and Young Adults. *Current addiction reports*, 1(2),144-156.
- Malking, C (2011) The ABC's of assertiveness. Recuperado de: <https://www.psychologytoday.com/blog/romance-redux/201108/the-abcs-assertiveness> (Último acceso 30 de diciembre de 2015)
- Merikangas, K., Nakamura, E. & Kessler, R. (2009) Epidemiology of mental disorders in children. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 11(1).
- Muñoz-Calvo, MT. & Pozo-Roman, J. (2011); Pubertad normal y sus variantes. *Pediatría Integral* XV (6),507-518.
- OMS (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. World Health

Organization; Geneva, Switzerland.

Perou, R., Bitsko, R., Blumberg, S., Pastor, P., Ghandour, R., et al (2013) Mental Health Surveillance Among Children —United States, 2005-2011. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 62,(2).

R. Rodriguez, G. Pérez y A. Salguero (2010) El deseo de la paternidad en los hombres. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá* 28(1),113-123.

Reyes, J. (2014) México, líder en embarazos adolescentes de la OCDE. *El Economista*. Recuperado de: <http://eleconomista.com.mx/sociedad/2014/09/24/mexico-primer-lugar-ocde-embarazos-adolescentes> (Último acceso 17 de agosto de 2017).

Steinberg, L. (2014) *Age of opportunity*. Houghton Mifflin Harcourt. Boston.

Zoja, L (2001). *The Father: Historical, Psychological, and Cultural Perspectives*. London & New York: Brunner-Routledge.

Anexo I

Querida hija:

Con el tiempo he visto cómo has crecido y te has convertido en una joven capaz, inteligente y apasionada. Disfruto mucho de ver tus talentos, tu entrega y tu perseverancia en las cosas que son de tu interés. Te felicito por tu forma de ser y el empeño que pones en la vida.

Como parte de tu crecimiento ahora tendrás que tomar decisiones y enfrentar retos. Las drogas, alcohol, sexo, estudios y familia son temas que ahora los verás diferente a como lo hacías en la infancia y estoy seguro que cuando estés en estas situaciones sabrás tomar las mejores decisiones. Sólo te quiero compartir mis ideas sobre estos temas, pues es probable que en los medios y entre tus compañeros te den una versión distinta.

Probablemente has escuchado que la droga, en especial la mariguana, no hace daño y que es una forma exagerada el no legalizarla. Algunos dicen eso porque tienen intereses económicos y políticos, otros porque han encontrado en la droga una forma de relajarse, de sentirse “bien”, pero también de evadir sus problemas y otros porque no tienen información suficiente. La realidad es que, sí tiene efectos negativos, algunas investigaciones han mostrado que distintas funciones cerebrales, incluyendo la memoria y la inteligencia se ven afectadas. Existen otras formas de relajarse, de sentirse bien y de enfrentar los problemas ¿recuerdas qué bien se sintió cuando hablaste con tu mamá o con el consejero de la escuela lo que tanto te preocupaba? Los problemas se resuelven afrontándolos, no evadiéndolos y yo he visto lo bien que lo haces cuando decides afrontar.

También habrás escuchado que no tiene nada de “malo” llevar una vida sexual y que por lo tanto tú puedes tener relaciones sexuales con quien tú quieras cuando tú quieras y disfrutar de ellas. Efectivamente hija, no tiene nada de “malo” la sexualidad. Tú y sólo tú puedes decidir con quién experimentar tu sexualidad, pero te quiero compartir algunos datos. La edad promedio de iniciación sexual en nuestro país es de 16 años por lo que cada día hay 1 250 nuevas mamás en el país en edades entre los 12 y los 19 años. Hasta 55.7% de las adolescentes que iniciaron vida sexual han estado embarazadas. Además, existen diversas enfermedades de transmisión sexual de las que el condón o los anticonceptivos no te van a proteger; herpes, VPH, entre otras. Pero, sobre todo, hay muchas personas que en lugar de encontrar una experiencia de amor, aceptación y felicidad encuentran lo opuesto por haberse precipitado en su decisión de con quién experimentar la sexualidad. Hay cuatro cosas muy importantes al momento de decidir llevar tu vida sexual: 1. ¿Quién? (¿lo conozco lo suficiente para saber que me ama, me respeta y me acepta como soy? ¿Sé que podrá hacerse responsable junto conmigo en caso de un embarazo o de una enfermedad de transmisión sexual? ¿Realmente hay un compromiso entre él y yo?) 2. ¿Dónde? (¿tenemos un lugar donde podemos cuidar nuestra intimidad, donde no nos exponemos y permitimos que ésta sea una experiencia de amor y satisfacción?) 3. ¿Cuándo?

(¿me siento presionada de tener relaciones porque si no “se buscará a otra”? ¿Realmente es este el momento donde las relaciones sexuales enriquecerán mi vida o por el contrario la pueden complicar con preocupaciones, métodos anticonceptivos, conflictos de pareja, entre otros? ¿Está dentro de mis planes en la adolescencia asumir un compromiso así?) 4. ¿Cómo? (¿me siento obligada? ¿Me pide hacer o experimentar cosas que no quiero? ¿Respetar mis decisiones? ¿Me siento presionada por mis amistades o por la sociedad?).

Como podrás ver hija, difícilmente encontrarás respuestas positivas y claras a los 15 o 16 años a estas preguntas. Mientras más pospongas tu iniciación sexual, más y mejores decisiones podrás tomar de ¿Quién? ¿Dónde? ¿Cuándo? y ¿Cómo?

En cuanto a los estudios sólo quiero decirte que tú y sólo tú decidirás hasta dónde quieres llegar y a qué te quieres dedicar. No se trata de títulos académicos, ni siquiera de las calificaciones que obtengas. Se trata de que puedas desarrollar tu interés por conocer, por aprender cosas nuevas, por descubrir la vida. Siempre te apoyaré en ello y sé que serás capaz de explorar para encontrar tus intereses y comprometerte en ello.

Por último, hija quiero hablarte de la familia. Tú eres parte fundamental de nosotros y nos interesa mucho que te sientas querida, aceptada e integrada entre nosotros. Ten la seguridad de que puedes decirnos lo que piensas, en lo que estás de acuerdo y en lo que no, y de que a pesar de nuestras diferencias siempre te aceptaremos y querremos. Pero también necesitas saber que buscamos hacer acuerdos y que hay normas y límites, que como en cualquier lugar, tendrás que seguir para poder tener los beneficios que te ofrecemos en la familia.

Tal vez en momentos sea difícil o no coincidas con esas normas o límites, si es así necesitamos hablarlos para ver qué se puede hacer con ellos, pero al final son necesarios para que todos nos sintamos alegres y satisfechos en esta familia.

Me despido hija, de nuevo te digo que me siento muy orgulloso y satisfecho de ver en quién te has convertido y de ver todas tus cualidades. Si necesitas algo siempre estaré para tí.

Te quiero; tu papá.

Parte II

Ámbitos específicos del autocuidado

Capítulo 4

El autocuidado de la salud en ámbitos específicos

*Leonardo Reynoso Erazo,
Ana Leticia Becerra Gálvez,
María Cristina Bravo González
y Maetzin Itzel Ordaz Carrillo*

Introducción

A partir de la década de 1970 se produjo un enorme crecimiento y expansión de las universidades mexicanas; el número de instituciones de educación superior (públicas y privadas) era de 1 892 en el ciclo escolar 2004-2005 (Arzate y Romero, 2007). El aumento en el número de instituciones estuvo apareado con un incremento creciente en la matrícula de alumnos; baste señalar que en el ciclo escolar 2006-2007, el número de estudiantes de licenciatura era superior a 2.5 millones y en el ciclo 2010-2011, la matrícula estaba por encima de los tres millones. Estas cifras por consecuencia llevaron a un aumento del número de docentes, administrativos y personal de apoyo; con relación a los docentes, existían 330 mil en México, donde 81 550 eran de tiempo completo y trabajaban en instituciones públicas (Tuirán, 2011).

Los derechos y obligaciones de los miembros de las comunidades universitarias pueden variar entre instituciones, aunque por lo general son similares entre éstas. Para fines prácticos y de inclusión, se denominará a las personas de las distintas universidades (públicas o privadas) como universitarios y dentro de éstos se distinguirán tres grupos: alumnos, docentes/investigadores y administrativos, existiendo características particulares entre ellos, por ejemplo, los alumnos tienen un paso temporal en la universidad, su presencia se limita a periodos por lo general no mayores de siete años, a diferencia de los otros dos grupos, que pueden tener permanencia de varios lustros. Y en esta visión de temporalidad, la edad promedio de estos grupos puede variar, con lo que las condiciones de salud/riesgo/enfermedad pueden ser diferentes. No obstante, en tanto población mayoritariamente mexicana, pueden compartir riesgos similares en cuanto a las estadísticas nacionales en lo referente a mortalidad, a partir de lo cual se puede establecer en una línea de vida la probabilidad de riesgo de padecer y por consecuencia morir por alguna de las causas más frecuentes.

Los universitarios, en tanto comunidad, interactúan de manera cotidiana en el campus durante al menos medio día, lo cual supone la exposición a distintos inmunógenos y patógenos conductuales, que podrían acortar o extender la línea de vida.

Concepto de autocuidado

Haug, Wykle y Namazi (1989), definieron autocuidado como el tratamiento para un síntoma percibido, señalando que la explicación para las conductas de enfermedad diferirán dependiendo de la seriedad y percepción de los síntomas; Lema, Salazar, Varela, Tamayo, Rubio y Botero (2009), conceptualizan al autocuidado como aquellos comportamientos voluntarios que realiza la persona para beneficio de su salud, en el sentido de conservarla o hacer cuanto esté en sus manos (cuidar la higiene, tomarse los medicamentos según la prescripción médica, realizarse estudios, explorar el propio cuerpo, llevar a cabo medidas de seguridad, como el uso de cinturón de seguridad, atender a las señales de tráfico, entre otros) para impedir que aparezcan lesiones, detectar a tiempo síntomas o señales de enfermedad o que se facilite una pronta recuperación en caso de que exista una afectación, y señalan que todos estos comportamientos implican un mayor nivel de responsabilidad personal. Santacreu (2014), señala que “hemos de cuidarnos a nosotros mismos, conocer de qué depende nuestro estado de salud, adoptar hábitos o costumbres saludables, enseñar a nuestros vecinos a cuidarse (normas de higiene, contaminación de aguas, polución del aire), porque si no se hace, a pesar de nuestros cuidados personales, se puede enfermar debido a la dejación o al desconocimiento de los demás” (pág. 9). Vega y Camacho (2014), señalan que para el autocuidado de la salud debe ofrecerse información, ya que una dimensión importante de la educación implica que el individuo se haga cargo de sí mismo, puesto que “cada vez somos más conscientes de que en un buen porcentaje la salud es responsabilidad de nosotros y nuestro estilo de vida” (pág. 12) para tomar decisiones y las consecuencias que conlleva en el plano de lo inmediato, así como a largo plazo.

Las personas, como entes sociales, presentan una serie de comportamientos cotidianos, más o menos estables, acordes al contexto en el que se desenvuelven y que se puede denominar de forma genérica estilo de vida; el comportamiento cotidiano, como respuesta a las exigencias del contexto, permite a las personas desenvolverse dentro de normas sociales; en esta situación, si las demandas exceden los recursos con los que cuenta la persona, ésta será valorada como estresante, por lo que entonces se puede señalar, de manera general, que el comportamiento puede moverse de las actividades consideradas como estilo de vida a viceversa. La figura 4-1 muestra un diagrama esquemático de estas relaciones.



Figura 4-1. El comportamiento cotidiano planeado y problemático.

Estilo de vida

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera al estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos. Propone la siguiente definición: “Los estilos de vida son patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo con su capacidad para elegir y a sus circunstancias socioeconómicas” (OPS, 2013).

Por lo general las personas jóvenes se perciben como saludables, además de que la noción de riesgo o conducta de riesgo apenas es considerada como parte de su comportamiento cotidiano. Las conductas cotidianas conforman el estilo de vida, es decir, aquellos patrones de comportamiento individual que tienen consistencia en el tiempo, que se presentan en condiciones más o menos constantes, que se encuentran moduladas por el contexto social e histórico y que pueden constituirse en factores de riesgo o de protección dependiendo de su naturaleza (Camacho, Echeverría y Reynoso, 2010).

Las conductas relacionadas con la salud-enfermedad se refieren a toda acción que influya en la probabilidad de consecuencias fisiológicas inmediatas o a largo plazo que modifiquen el bienestar físico; estos comportamientos pueden promover o impedir un funcionamiento óptimo. No es raro observar que en el repertorio de conducta de un individuo existan de manera simultánea conductas saludables como el alimentarse de forma sana y realizar actividad física cotidiana de lunes a viernes, mientras que puede realizar conductas de riesgo los fines de semana, como comer cantidades excesivas de grasas, beber alcohol hasta la intoxicación, fumar

o tener sexo sin protección, por lo que un individuo que realiza una determinada conducta de salud no garantiza que lleve a cabo otros comportamientos saludables en todos los contextos o situaciones.

Si bien es cierto que el estilo de vida se desarrolla en los primeros años de vida gracias al modelamiento de los padres, a continuación el individuo recibe una serie de influencias en el ámbito escolar, ya sea por los maestros (e indirecta por los programas educativos) así como por los grupos de amigos, que pueden reforzar conductas como la alimentación saludable o el juego organizado o el sedentarismo y el uso del tabaco o alcohol, aunque cada persona es capaz de evaluar los riesgos y beneficios de determinado comportamiento y los practica de manera voluntaria.

Entre los elementos que constituyen el estilo de vida se han considerado las conductas y preferencias relacionadas con los siguientes aspectos: el tipo, horario y cantidad de alimentación; el tipo y cantidad de actividad física; el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas; las actividades de cuidado de la salud; el uso de artefactos de protección específica; el tiempo y la intensidad de la jornada laboral; el tipo y duración de las actividades recreativas; las relaciones interpersonales; las prácticas sexuales, por citar algunos. De acuerdo con lo anterior, el estilo de vida se encuentra compuesto por múltiples dimensiones (López, Ariza, Rodríguez y Murguía, 2003).

Estrés

Las universidades establecen una serie de fechas límite para una diversidad de procesos académico-administrativos y de apoyo (desde la inscripción de los alumnos, la entrega de programas por parte de los docentes, la asignación de grupos, aulas, horarios de trabajo, supervisión, evaluación del rendimiento escolar, entrega de informes, entre otros), además de las tareas propias del docente que desarrolla actividades de investigación, entre las que se pueden citar: periodos para solicitud de apoyos financieros, redacción de las solicitudes, desarrollo de las investigaciones (ya sea en laboratorios o en escenarios naturales), redacción de informes finales sobre la investigación, elaboración de artículos científicos o de divulgación, entrega de informes de actividades, que en su conjunto, pueden desencadenar respuestas de estrés.

Los universitarios se encuentran inmersos en un ambiente estresante, en tanto que sus principales actividades tienen fechas límite y las labores cotidianas están regidas por horarios. Imagine el lector jornadas discontinuas de un docente, que debe preparar dos o tres clases diferentes por día, para alumnos de distintos semestres. ¿Cuántas horas invierte un docente en leer, estudiar, analizar, sintetizar y elaborar una clase? Por otra parte, ¿Cuántas horas dedican los alumnos a leer, estudiar y comprender una clase? La clase tradicional (entendida como la reunión de docente y alumnos en un aula, laboratorio o en práctica de campo en un lugar específico) requiere que los participantes lleguen a tiempo, con independencia de la lejanía del aula con la vivienda. El proceso de enseñanza/aprendizaje se genera dentro de límites espaciales y temporales, lo que implica la necesidad de iniciar, actuar y concluir dentro de éstos, lo cual

agrega componentes de urgencia de tiempo y necesidad de revisar, estudiar, comprender y evaluar los contenidos. Es condición frecuente que los universitarios decidan postergar la entrega de trabajos y realizarlos de inmediato antes de las fechas límite, o decidan estudiar sólo la noche anterior al examen, tal como el modelo animal del pichón en programas de intervalo fijo. Este comportamiento de procrastinar (entendido como la tardanza innecesaria en la realización de las tareas y entrega de las mismas), influye de forma negativa en la salud de los universitarios, pues incrementa el estrés y reduce su rendimiento académico y laboral. Y la evaluación se agrega como otro elemento generador de estrés, en tanto que docentes y alumnos han comprendido a la evaluación como una medición punitiva cuya finalidad consiste en otorgar una calificación que permita al alumno continuar (o no) con su devenir académico.

Ante las condiciones planteadas antes puede aparecer el estrés, ya que la evaluación de este tipo de situaciones, entendidas como la búsqueda de metas o el enfrentarse a retos posibilita que quien se encuentra inmerso en esta carrera se considere sin las respuestas suficientes y adecuadas para enfrentarse a las mismas; por lo general el estrés aparece de manera episódica, pero de presentarse de forma crónica podría manifestarse como daño a la salud. Así pues, el estrés es el resultado de cómo se valoran y enfrentan situaciones problemáticas (Reynoso-Erazo, 1989). La figura 4-2 esquematiza de manera general el proceso de estrés y la forma de enfrentarlo.

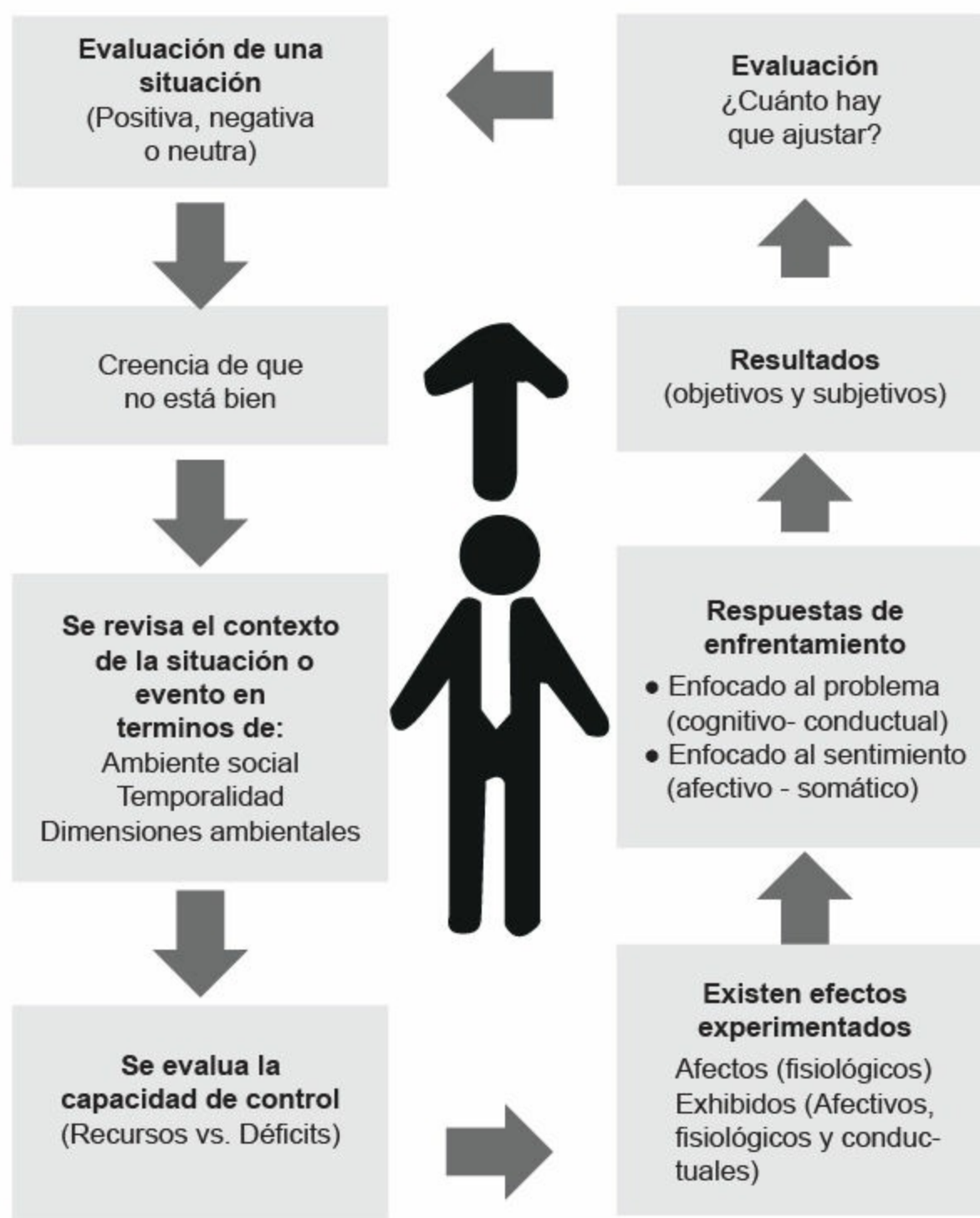


Figura 4-2. Un modelo de estrés y cómo enfrentarlo

La forma en que un sujeto se enfrente ante una situación estresante dependerá de los recursos de que disponga y de las limitaciones que dificulten el uso de los mismos en el contexto de una situación determinada. Decir que una persona tiene muchos recursos significa que puede tener un gran número de ellos, pero que además tiene habilidad para aplicarlos ante las distintas demandas del entorno. El manejo del estrés supone al menos cubrir tres condiciones fundamentales: poseer información sobre el acontecimiento, que la persona tenga la sensación de control sobre las cosas y disponer de una red de apoyo social (Reynoso y Seligson, 2005).

El autocuidado entendido como autocontrol. Si bien el cuidado de la salud es responsabilidad de los sistemas de salud y del trabajo de los profesionales encargados de la educación y atención de calidad, son los individuos los únicos que pueden poner en marcha diferentes mecanismos conductuales de regulación, organización y adaptación a las situaciones ambientales por medio

del aprendizaje y de la experiencia.

En términos de la adaptación conductual, los individuos tienen la capacidad de moldear de forma voluntaria sus conductas, identificar los estímulos que preceden una situación de riesgo y por supuesto evaluar las consecuencias resultantes de la ejecución u omisión de dicho comportamiento.

En este sentido, el cuidado de la salud debe entenderse como un mecanismo de interacción complejo, en el cual se presentan una serie de intercambios entre los individuos, las demandas del contexto y la interacción entre otros miembros del mismo, como se esquematiza en la figura 4-3.

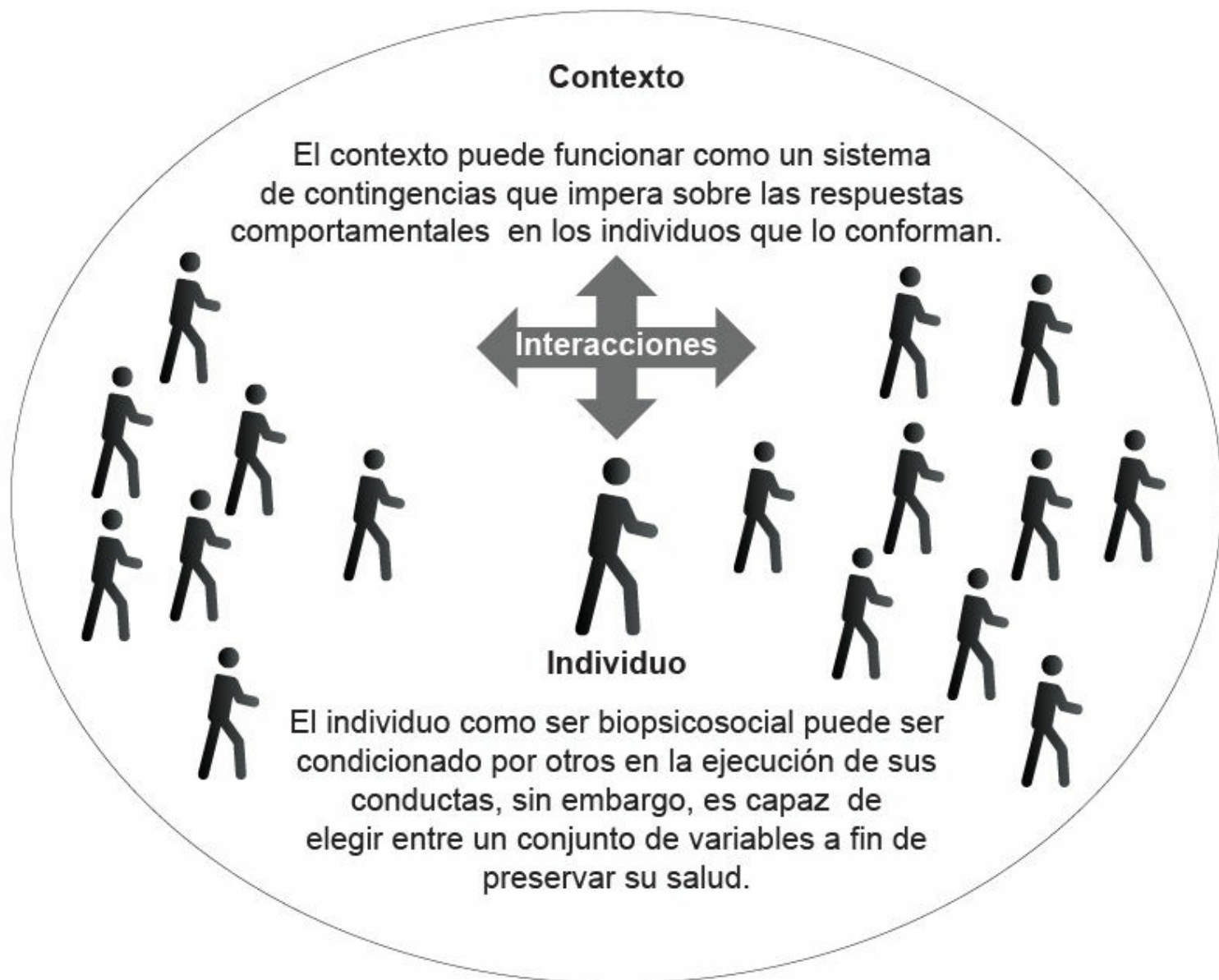


Figura 4-3. Interacciones individuo- contexto

En este entendido, los individuos pueden poner en marcha estrategias de cambio conductual ante las situaciones percibidas como novedosas, peligrosas o amenazantes.

Estas habilidades de cambio se caracterizan por un conjunto de cogniciones (creencias previas, actuales y potenciales en relación a la situación, ejecución de la conducta y

consecuencias), emociones (entendidas como las variables que motivan al cambio y alcance de las metas personales) y comportamientos (conjunto de actividades que se ponen en marcha para lograr el cambio) (Rentería, 2012).

Autocuidado en universitarios

A pesar del enorme número de universitarios, existen pocos estudios informados sobre estilo de vida, estrés, calidad de vida, prevención de enfermedades y autocuidado; a continuación, se presentan los que consideran los autores relevantes.

Lee y Loke (2005), estudiaron conductas prosalud y bienestar psicosocial en estudiantes universitarios en Hong Kong, utilizando una muestra de 247 participantes, aplicaron la versión china del *Health Promotion Life Style Profile II* (perfil del estilo de vida promotor de la salud II) y encontraron que pocos estudiantes tienen sentido de responsabilidad hacia la salud, comprometidos con alguna forma de actividad física o de ejercitarse de manera regular. De igual forma, menos de la mitad consumen de forma regular frutas y verduras a diario. Menos de la mitad tiene habilidades para el manejo del estrés y tres cuartas partes de ellos calificaron sus relaciones interpersonales como significativas y que les llenan de manera emocional.

Lema *et. al.*, (2009), describieron los estilos de vida de 598 estudiantes universitarios; encontraron que los hombres llevan a cabo más prácticas saludables que las mujeres. Las conductas de riesgo fueron: escasa realización de ejercicio, consumo de bebidas gaseosas, comidas rápidas, realizar dietas sin supervisión profesional, automedicación y la presencia de tristeza, decaimiento, aburrimiento, angustia, estrés o nerviosismo.

Cerecero, Hernández, Aguirre, Valdés y Huitrón (2009) diseñaron un estudio de casos y controles de trabajadores de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMex), buscando relación entre estilos de vida y la incidencia de algunas enfermedades crónicas de relevancia epidemiológica en México. La muestra se conformó por 1 026 trabajadores que participaron en la medición basal, en su mayoría (85%) habitantes de la ciudad de Toluca; encontraron niveles importantes de sobrepeso/obesidad y antecedentes de diabetes mellitus.

Lumbreras *et. al.*, (2009) evaluaron el estilo de vida y el riesgo para desarrollar enfermedades crónicas, adicciones, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no planeados, violencia de pareja y enfermedades ocupacionales, en estudiantes de la Universidad Autónoma de Tlaxcala. Realizaron un estudio transversal en 2 659 universitarios por medio de un cuestionario autoaplicable. Encontraron sobrepeso en 23% y obesidad en 6%; 63% no realiza ninguna actividad física, 20.1% informó fumar de manera cotidiana, 22.6% refirió consumir bebidas alcohólicas con frecuencia. Señalan que los resultados evidencian la necesidad de consolidar políticas universitarias en relación a proveer a los estudiantes -dentro de los horarios en la universidad- información básica sobre el cuidado de su salud y la práctica de actividades deportivas como parte de su formación, así como asegurar una alimentación saludable y el acceso a actividades artísticas y a eventos culturales dentro de los espacios universitarios.

García *et. al.*, (2009) estudiaron el estilo de vida de 40 sujetos de una universidad mexicana y señalan que la importancia de realizar estudios sobre estilos de vida en grupos permite presentar un perfil de sus condiciones y allegarse de evidencias referentes a las características comunes de

las personas, con el propósito de diseñar, desarrollar y ofrecer programas de prevención y de tratamiento para modificar riesgos a la salud.

Camacho, Echeverría y Reynoso (2010) estudiaron el estilo de vida del personal de una institución educativa de nivel superior de Guaymas, Sonora, México. Participaron 86 sujetos y los resultados mostraron diversos riesgos: los que suponen la probabilidad de aparición de enfermedad, los que coexisten con alguna o los que pueden ser factores de riesgo que la provoquen. Alrededor de 22% de los participantes reportaron no contar con antecedentes hereditarios ni comportamientos de riesgo, de los cuales 42% presentaban un factor protector (el ejercicio); mientras que 78% de los participantes indicaron que cuentan con algún riesgo por sus antecedentes hereditarios o por su estilo de vida.

Pancich, Angel, Monroy y Reynoso (2011) realizaron un estudio exploratorio de estilos de vida en jóvenes universitarios; participaron 181, a los cuales se les aplicó el Cuestionario de Evaluación de Factores de riesgo, se les pesó, midió estatura, cintura y presión arterial y encontraron 28% de sobrepeso y 15% obesidad (mayor en mujeres que en hombres), consumo de alcohol, la tercera parte de la muestra no realiza ejercicio, la tercera parte se automedica y no acuden al dentista.

A continuación, Reynoso, Bravo, Mora y Bojórquez (2014), buscaron relaciones entre peso, talla índice de masa corporal y circunferencia de cintura y encontraron que los participantes con cifras anormales de presión arterial presentan en general cifras mayores de peso, circunferencia de cintura e índice de masa corporal.

En resumen, los estudios citados revelan distintos comportamientos de riesgo para el desarrollo de enfermedades en universitarios.

Comportamientos de riesgo en universitarios

A pesar de los recursos disponibles en las universidades, son pocos los universitarios que ponen en marcha conductas de autocuidado; las posibles razones por las cuales la adquisición y mantenimiento de comportamientos saludables resulta ser difícil pueden ser las siguientes:

Edad y estilos de vida: la edad de los estudiantes universitarios se ubica en un rango entre 18 y 24 años de edad, por lo que conductas de riesgo tales como consumo de alcohol, tabaco y drogas, comportamientos sexuales de riesgo (como consecuencia enfermedades de transmisión sexual y embarazos no planeados), ingestión de alimentos poco saludables y déficit en la práctica de ejercicio físico son característicos (Lumbreras *et al.*, 2009).

Periodos escolares, rendimiento y estrés: las universidades tienen fechas específicas en las cuales los estudiantes tienen que someterse a la entrega de documentos, exámenes parciales, exámenes finales, además de que deben cumplir con un promedio de horas en prácticas profesionales supervisadas y un servicio social durante o al término de la carrera. Todas estas condiciones de ajuste y el cumplimiento de los criterios para poder inscribirse o continuar con los estudios pueden ser situaciones que condicionen la presencia de estrés el cual de no ser regulado puede provocar insatisfacción con respecto a la carrera, bajo rendimiento académico y abandono escolar. Por otra parte, docentes y administrativos deben cumplir con un conjunto de actividades dentro y fuera de las instalaciones universitarias. Muchos de ellos cuentan con una familia que mantener y cuidar, algunos tienen un segundo empleo y otros tantos presentan padecimientos crónicos que modifican su rendimiento (físico y laboral).

Estilos de comportamiento previos: es común encontrar que los universitarios posean un patrón de conducta poco saludable previo (incluso desde la educación primaria básica), el cual se consolida con el tiempo ante las situaciones novedosas de no iniciar un cambio para el control de dichas actividades.

Uso de recursos tecnológicos y sedentarismo: el uso de recursos tecnológicos facilita las actividades cotidianas, posibilita el acceso a la información y ayuda a los seres humanos a mantener interacción aun pese a la distancia, sin embargo, favorece la presencia de sedentarismo y en consecuencia sobrepeso y obesidad. Otros padecimientos que pueden presentarse tienen que ver con la calidad de la visión (irritación en ojos, visión borrosa y dolor ocular), molestias posturales (ya que por lo regular se tiende a adoptar una postura encorvada cuando se trabaja frente a la computadora) y cefaleas intensas. En el caso de docentes y administrativos, la mayoría de sus tiempos de trabajo se realizan en la oficina, la movilidad física es limitada y la ingestión de alimentos se realiza muchas veces en la misma área laboral, lo que puede condicionar obesidad y problemas músculo esqueléticos por la mala postura.

Manejo de los tiempos, rutinas y hábitos: si se examina la rutina diaria de los universitarios resulta que el tiempo es un elemento importante, el cual de no aprovecharse de forma adecuada puede provocar cambios en el comportamiento. Si se piensa por ejemplo en el tiempo que tienen

que dedicar en trasladarse a las instalaciones universitarias, lo que dedican a la elaboración de proyectos y tareas y por supuesto el tiempo que se usa en la elaboración de alimentos en casa y la actividad física. ¿Realmente tiene el universitario tiempo y habilidades para crear y poner en práctica algún programa de actividades diario? Pareciera un gran reto, sin embargo, con un adecuado entrenamiento y un apropiado autocontrol se puede lograr.

Alimentos poco saludables de fácil acceso: en suma, al punto anterior la accesibilidad que tienen los universitarios a los alimentos no saludables es en mayor medida superior al acceso que se tiene a los alimentos saludables, no sólo por la disponibilidad de los establecimientos que venden esta comida, sino por el gasto económico que representa (por lo regular los “antojitos” y comida rápida tienen un menor costo).

Acceso al consumo de otras sustancias tóxicas: hoy en día es muy común el consumo de alcohol y el fumar, incluso este tipo de comportamientos tienden a incrementarse en periodos específicos (los fines de semana o de quincena). El acceso rápido a este tipo de sustancias representa un problema; es un secreto a voces que cerca de las universidades se pueden adquirir bebidas alcohólicas (envasadas o preparadas), cigarrillos e incluso algunos tipos de droga.

Uso de instalaciones deportivas: a pesar de que las autoridades universitarias han tratado de impulsar las actividades recreativas y deportivas, pocos universitarios son los que solicitan una inscripción formal para beneficiarse de dichas actividades. En la actualidad en muchas universidades se dispone de material y aparatos *ad hoc* para realizar actividad física, muchos de ellos incluso se encuentran a la vista de todos, en lugares estratégicos y a la sombra y aun así pocos son los que los utilizan. Algunas instancias académicas han promovido programas de educación física y nutricional de los estudiantes, sin embargo, han resultado poco exitosos no sólo por la percepción generalizada de que este tipo de actividades representan un costo de respuesta, sino por la falta de mediciones y seguimientos sistemáticos de los alumnos interesados.

Ante estos hallazgos, es claro que existen riesgos a la salud de los universitarios y que se muestran en los distintos resultados de los estudios previos; el sobrepeso y la obesidad se presentan como una amenaza que se extiende de forma progresiva y que se presenta tanto en los jóvenes estudiantes como en los docentes y administrativos. Cabe preguntarse si el sobrepeso/obesidad se encuentra relacionado con inadecuados hábitos alimentarios, por actividad física insuficiente o por ambas condiciones.

Propuesta

Las actividades cotidianas de los universitarios forman parte de su estilo de vida; dentro de éstas pueden coexistir conductas de protección a la salud y otras de riesgo; en el contexto de la sobrecarga de trabajo estas actividades (entendidas como conductas) podrían generar estrés o coadyuvar a la intensificación del mismo, dentro del contexto universitario puede no existir una adecuada disponibilidad de alimentos. Aunado a ello, la presión social de los pares podría fungir como un elemento que dificulte la realización de comportamientos saludables, así como la disponibilidad de tabaco y alcohol. Si bien es cierto que para el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas se requiere de la participación de la genética, herencia y raza, el estilo de vida y el estrés pueden facilitar, favorecer o retrasar la aparición de enfermedad. La figura 4-4 presenta de manera esquemática algunos de los factores que pueden intervenir en la aparición de enfermedad en los universitarios, y a la vez ofrece elementos para proponer alternativas de prevención y autocuidado.

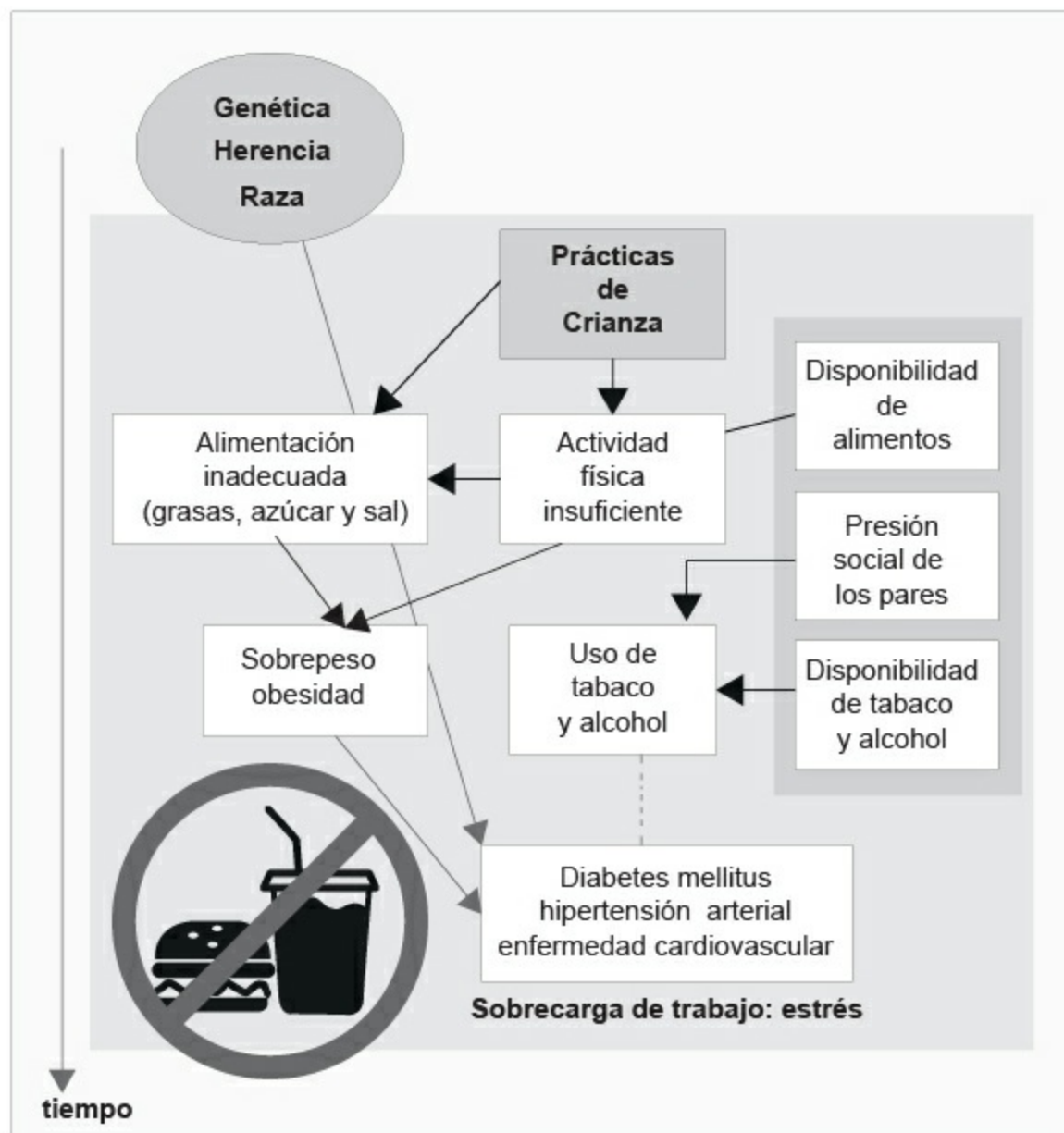


Figura 4-4. Algunos factores que pueden alterar la aparición de enfermedad

Ante este escenario general: ¿Cómo enfrentan el estrés los universitarios? ¿Son capaces de jerarquizar, priorizar y tomar decisiones para resolver problemas? ¿Cuentan con recursos? De lo anterior se desprende que una línea de trabajo en el autocuidado debiera consistir en ofrecer alternativas para el manejo del estrés, sea éste crónico, agudo episódico o la mezcla de ambos.

Para enfrentar las diversas situaciones estresantes se requiere de una buena salud, pero: ¿Cuántas personas tienen antecedentes hereditarios de enfermedades crónico-degenerativas? y ¿En cuántas el sedentarismo y la alimentación inadecuada los ubica como población en riesgo de padecer problemas de salud? Docentes y alumnos se encuentran en el contexto universitario: ¿Este ofrece condiciones contextuales (estructura, servicios, espacios, tiempos) que favorecen las prácticas saludables?

En virtud de la enorme cantidad de universitarios, de su diversidad como individuos y de sus objetivos y metas, el autocuidado de la salud debiera suponer al menos cumplir con las siguientes metas:

1. Ofrecer información sobre factores de riesgo y protectores de enfermedades crónico-degenerativas.
2. Ofrecer diversos programas de actividad física con fines recreativos.
3. Asesorar a la comunidad universitaria en materia de alimentación y nutrición.
4. Ofrecer alternativas saludables de alimentación dentro del campus universitario.
5. Diseñar horarios de actividades de alumnos, docentes y administrativos con periodos para realizar actividad física e ingerir alimentos.
6. Contar con expediente deportivo-alimentario y de salud de los universitarios que se benefician de dichas conductas.
7. Capacitar a la comunidad universitaria para que identifique y reduzca la ocurrencia de daño físico relacionado con las condiciones ergonómicas y los accidentes laborales. El adecuado manejo de estas condiciones laborales (la mayoría de las veces inherentes al trabajador) reduce la presencia de malestares osteomusculares, sedentarismo y otras enfermedades crónicas.
8. Sumado al punto anterior es indispensable diseñar e implementar programas educativos que permita a los universitarios tener un mejor manejo del estrés. El control del estrés se hace fundamental sobre todo en personal universitario que realiza actividades que requieren de gran esfuerzo psicológico y físico, no sólo por las consecuencias en la salud del trabajador, sino también por lo que implica en términos de pérdidas de fuerza laboral por incapacidades e incluso jubilaciones tempranas.
9. Favorecer en la población estudiantil la modificación de hábitos y conductas relacionadas con la procrastinación, que como se señaló antes, puede ser una fuente de estrés al postergar la realización de tareas académicas; esta modificación puede realizarse a través de talleres enfocados a la mejora, formación de hábitos de estudio adecuados, o ambos, basados de

manera fundamental en estrategias de orden comportamental.

Es recomendable que los universitarios aprendan a autocontrolar su conducta, que utilicen estrategias de solución de problemas para la toma de decisiones con relación a su salud y que aprendan a utilizar algunos elementos para reducir y manejar el estrés. Las universidades debieran ofrecer estas alternativas educativas a los miembros de la comunidad; por su parte, los miembros de ésta deberán trabajar de forma activa hacia la adopción de estilos de vida saludables (o simplemente de disminuir las conductas de riesgo). Para ello, algunos serán capaces de realizar cambios si se reúnen en pequeños grupos, quizás otros funcionen mejor a través del cambio individual; ambas estrategias poseen diversas ventajas, en el caso del grupo éste puede favorecer el establecimiento y mantenimiento de los cambios de sus integrantes, ya que puede, por un lado, favorecer el bienestar y la salud; y por otro, constituirse en una fuente de protección de los efectos adversos de diversos estresores (Avendaño y Barra, 2008).

Con relación al autocuidado de la salud será necesario promover la formación de hábitos saludables, entendiendo que: un hábito no saludable puede desarrollarse con facilidad y es reforzante de manera inmediata (p. ej., el beber refresco azucarado embotellado), aunque las consecuencias a largo plazo se pagarán después. Por el contrario, un hábito saludable es difícil de establecer, ya que puede no ser reforzante de manera inmediata (p. ej., trotar por las mañanas) y las consecuencias se verán a largo plazo, lo que implica pensar en reforzamiento demorado. Los hábitos no saludables se desarrollan a través de la elección entre alternativas de respuesta disponibles, que producen reforzamiento inmediato, es decir, el sujeto elige una opción que produce reforzadores inmediatos en lugar de los que producen reforzadores demorados. Por el contrario, para los hábitos saludables se requiere que la persona tenga autocontrol, es decir, que sea capaz de elegir la respuesta que produce alta ganancia a largo plazo (Neef, Bicard & Endo, 2001). Hay que recordar que para algunos, el proceso de formación de hábitos puede tardar entre 60 y 90 días (Whitfield, 2015).

Estrategias conductuales para el autocuidado en población universitaria

Como se ha dicho a lo largo de este capítulo las personas son capaces de poner en marcha estrategias para el autocuidado de su salud, sin embargo, no todos cuentan con las necesarias para iniciar, mantener y sistematizar el autocuidado, por lo que se considera que sería recomendable que los universitarios tuviesen acceso a programas de:

Información

Para iniciar un cambio en el comportamiento los individuos necesitan tener la mayor información posible respecto de los beneficios de adoptar nuevas formas de comportamiento saludable, así como de las consecuencias de continuar con conductas de riesgo, ya que a partir de ella podrá tomar decisiones e iniciará con los cambios de percibirlos como necesarios.

A pesar de que la información es necesaria para la implementación y adquisición de nuevas conductas, no siempre es suficiente, ya que a pesar de que se conozcan los riesgos, es probable que los individuos continúen con los hábitos de vida no saludables por simple elección. Se pone como ejemplo la conducta de fumar: ¿cuántas veces los anuncios publicitarios (incluso aquellos que se encuentran en las cajetillas) dicen que fumar causa daños graves a la salud y pese a ello y al aumento de los nuevos casos de cáncer de pulmón muchas personas siguen fumando? ¿Será en realidad que no se tiene la información suficiente o que se necesita hacer uso de otras estrategias conductuales? La respuesta es sencilla, para un adecuado entendimiento de las variables que implican el cuidado de la salud, se requieren de otras alternativas para la adquisición de comportamientos las cuales son entrenadas por profesionales: los psicólogos.

Psicoeducación

La psicoeducación es una técnica educativo-informativa que se sustenta bajo dos aspectos importantes: la psicología y la educación, las cuales están relacionadas de forma inseparable. Implica proporcionar información, explicar una determinada situación de modo coherente, preciso, sencillo, presentando a los interesados los elementos necesarios para la comprensión de un tema singular, estimulando conductas adecuadas al mismo. La psicoeducación se utiliza para la prevención, tratamiento y rehabilitación; a través de esta estrategia se pretende ayudar a las personas ofreciendo información para disminuir la ansiedad generada a partir de la incertidumbre y la desinformación, posibilitando el acceso a conductas más adaptativas y mejorar la calidad de vida (Builes y Bedoya, 2006).

La psicoeducación tiene como objetivo informar y educar a las personas con respecto a su salud, y además les permite allegarse de estrategias psicológicas para modificar su comportamiento. Este proceso psicoeducativo suele resultar funcional para los individuos si se

diseña como taller didáctico-educativo, pues la convivencia entre iguales, los contenidos ajustados a las características de la población diana y la asesoría de personal especializado, favorecen la adquisición de conocimientos y la puesta en práctica de los comportamientos saludables (Fawsy & Fawsy, 1994).

Autocontrol

El autocontrol debe ser visto como un proceso a través del cual un individuo se vuelve el principal agente que guía, dirige y regula las características de su conducta que pueden derivar hacia consecuencias positivas.

Autocontrol supone una habilidad adquirida a través de contactos sociales y el repertorio de respuestas efectivas de autocontrol se construye de forma gradual a través de la experimentación con un ambiente complejo. El individuo debe formular un plan de acción, probar la eficacia de las operaciones de control que está utilizando y evaluar su desempeño. En este sentido el autocontrol supone discriminación, solución de problemas y habilidades de autorreforzamiento. Un ejemplo simplificado de la aplicación del autocontrol en el comportamiento de los estudiantes universitarios se encuentra en la modificación de conductas relacionadas con la elaboración de tareas académicas, en las cuales se implica la necesidad de priorizar actividades, control de estímulos que la faciliten -disminuyendo la presencia de distractores, por ejemplo- aplicándose consecuencias en función de la conducta presentada (lo cual favorecerá la autorregulación), y por último puede establecerse como una alternativa de solución para situaciones estresantes como entregar un trabajo o estudiar para un examen, elementos que se encuentran asociados con el estrés académico.

Solución de problemas

Para tomar decisiones con relación al autocuidado de la salud y la elección de conductas saludables, una estrategia que puede ser de utilidad es la solución de problemas. Los antecedentes de la misma pueden situarse hace más de 200 años con Benjamin Franklin, aunque la sistematización de la misma fue planteada por D´Zurilla y Godfried (1971). A través de la solución de problemas se pueden identificar y resolver problemas cotidianos que están causando respuestas no apropiadas o estrés, por lo que hay que aprender a definir los problemas no en términos de situaciones imposibles, sino en términos de soluciones no apropiadas.

La estrategia general para el proceso de solución de problemas se presenta en la figura 4-5.

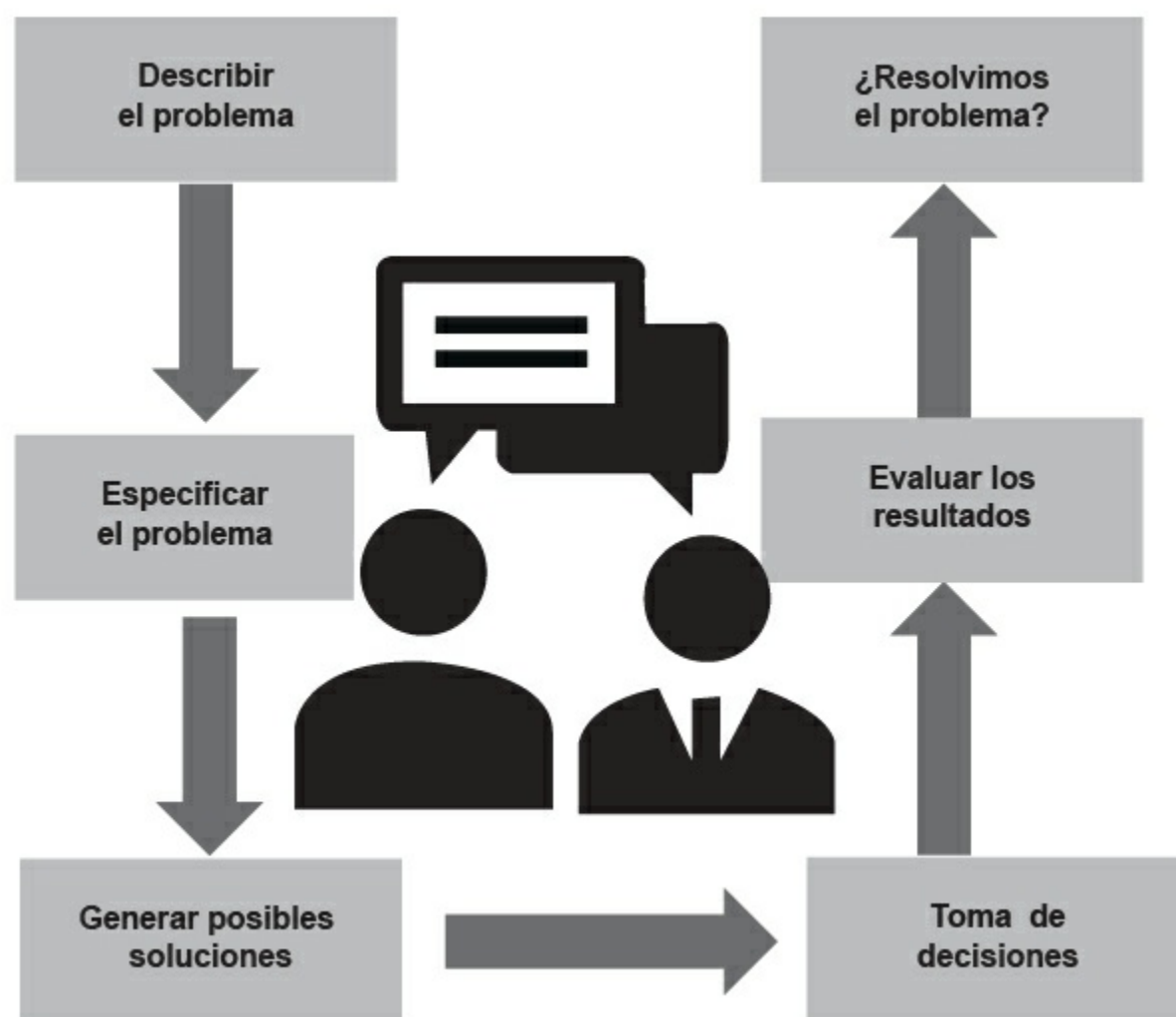


Figura 4-5. Fases del proceso de solución de problemas

Asertividad

Una parte importante del autocuidado implica poder decir que no a otras personas ante demandas que sean evaluadas como inapropiadas o que atenten contra la salud o impidan el emitir conductas prosalud. Las personas asertivas son capaces de expresar sus emociones, defender sus metas y establecer relaciones interpersonales favorables, además de que son capaces de lidiar con sus emociones. Para Wolpe (1958), la asertividad, es la expresión honesta de los sentimientos, mientras que Lazarus (1971), señala que implica la capacidad de mostrar los sentimientos de manera franca y abierta.

La actividad física como elemento central para el autocuidado de la salud

Las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, que se encuentran entre las principales causas de muerte en México, tienen en común factores de riesgo modificables los cuales en su mayoría se derivan de un estilo de vida dañino; el potencial preventivo de la actividad física sobre estas enfermedades justifica su promoción e inclusión en estrategias de autocuidado de la salud.

La actividad física cotidiana se asocia con disminución del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares (Boreham y Riddoch, 2001; Strong *et. al.*, 2005) y con mejoras en el bienestar psicológico entre niños y adolescentes. Los adultos mayores que participan en actividad física regular son más sanos y tienen mejor calidad de vida que los que permanecen inactivos. El ejercicio regular ha demostrado que reduce el dolor en pacientes con osteoartritis de rodilla y ayuda a prevenir el dolor de espalda bajo de origen mecánico. En contraste, la inactividad se ha asociado con incremento de dolor y con disminución de la densidad ósea y del tono muscular (Bruce, Fries y Lubeck, 2005).

Las personas pueden encontrar beneficios a la salud al acumular 30 min de actividad física de moderada intensidad al menos cinco veces a la semana. Esto puede lograrse a través de actividades del estilo de vida cotidiano, como caminar. Se ha demostrado que caminar 10 000 pasos al día otorga beneficios a la salud y que el incremento en el número de pasos al día mejora la salud, aunque no se alcance la meta de 10 000 pasos (Le Masurier & Tudor-Locke, 2003; Tudor-Locke, Brashear, Johnson & Katzmarzyk, 2010). La figura 4-6 presenta 10 razones para realizar actividad física; la figura 4-7 ofrece nueve estrategias para evitar el sedentarismo en el trabajo; la figura 4-8 muestra 10 ideas para realizar actividad física y la figura 4-9 propone cómo empezar.

Si realiza actividad física: 1. Reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular o evento vascular cerebral. 2. Reduce o controla los niveles de presión arterial. 3. Se eleva el colesterol bueno (lipoproteínas de alta densidad). 4. Reduce el riesgo de diabetes mellitus y algunos tipos de cáncer. 5. Puede dormir mejor. 6. Libera estrés y va a sentirse calmado. 7. Mejora su estado de ánimo y le ayuda a pensar con claridad. 8. Puede dejar de fumar, si está tratando. 9. Controla su apetito; ayuda a perder peso o a mantenerse en un peso saludable. 10. Tendrá más energía.	
--	---

Figura 4-6. Razones para realizar actividad física.

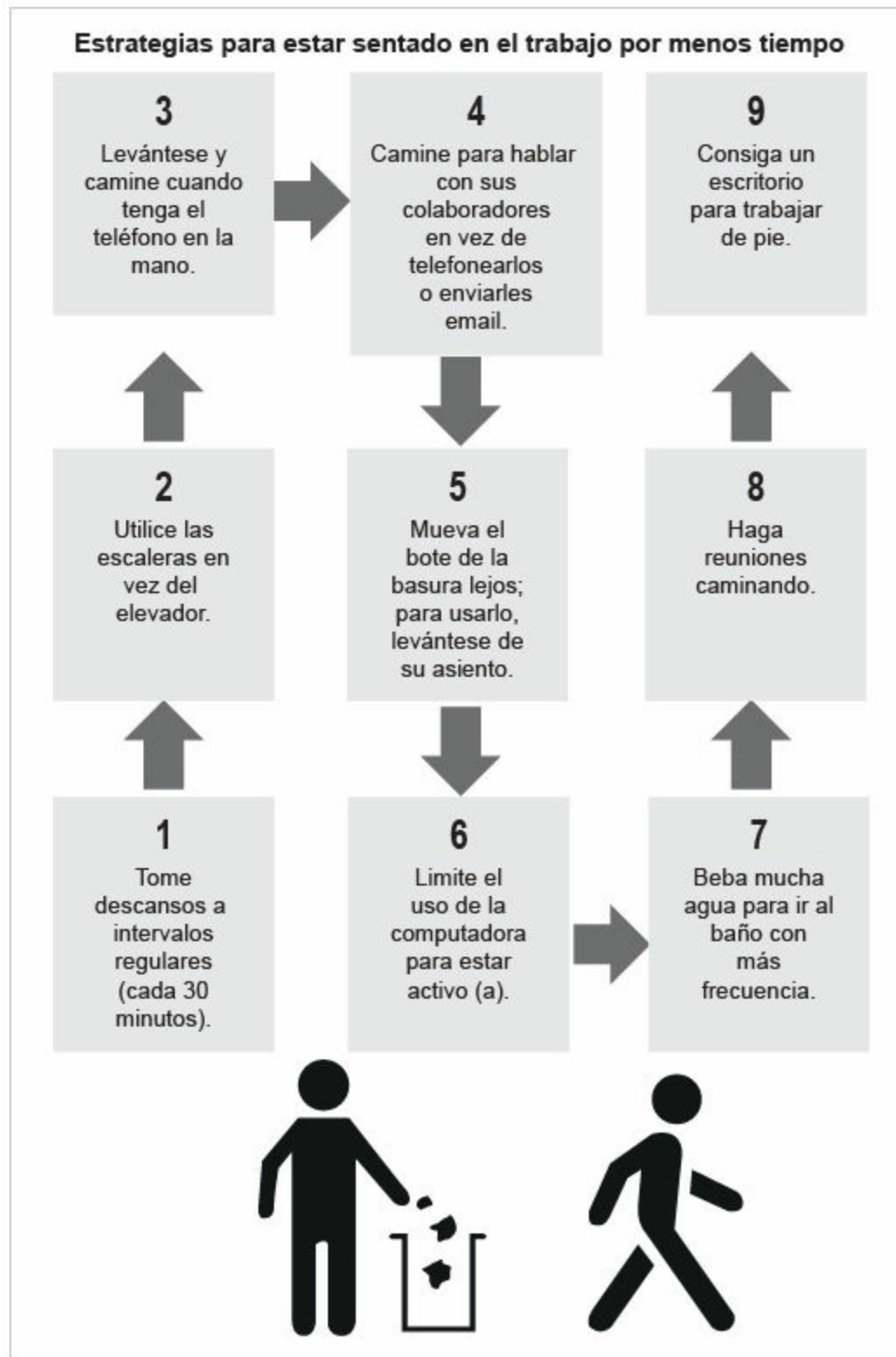


Figura 4-7. Ofrece nueve estrategias para evitar el sedentarismo en el trabajo

10 ideas para realizar actividad física

1. Saque la correa para pasear al perro.
2. Camine a paso rápido con sus hijos.
3. Camine dentro de algún centro comercial.
4. Únase a algún equipo deportivo.
5. Camine y platique.
6. Practique algún tipo de ejercicio durante el tiempo que mira la televisión.
7. Estacionese lejos y camine.
8. Use las escaleras en vez de elevador.
9. Baile.
10. Aprenda a decirle que no a los postres y camine después de comer.



Figura 4-8. 10 ideas para realizar actividad física.

¿Cómo empezar?

1. Autoevalúese.
Siendo realista:
¿Qué puede hacer?
¿Puede caminar aceleradamente por 20 minutos?
¿Puede nadar una vuelta a la alberca?
¿Puede tocar las puntas de los pies con las manos sin doblar las rodillas?
2. Señale lo que puede hacer como punto de partida.
3. Registre su actividad cotidianamente (en términos del tiempo que emplea, la distancia que recorre, su frecuencia cardíaca, si puede o no hablar con otra persona, etc.).
4. Fíjese metas alcanzables y avance de manera gradual.
5. Rompa el hábito de ver televisión en favor de hacer ejercicio. Por ejemplo, utilice su programa favorito como recompensa por haber realizado una caminata, o bien, si hay espacio, ejercitese frente al televisor (haga un programa concurrente).
6. Convierta la actividad física en un hábito.
7. Prémiese cuando alcance su meta.



Figura 4-9. Estrategias para iniciar un programa de autocuidado en actividad física.

¿Cómo mantener el cambio conductual?

Si se hacen cambios en el estilo de vida de los universitarios y éstos se mantienen en el tiempo, se podrían reducir los índices de morbilidad y por consecuencia de mortalidad. Si se hacen cambios en el estilo de vida de una persona, ésta puede permanecer sana por mayor tiempo, por lo que si se realiza una intervención efectiva mejorará la calidad de vida. En este sentido, si se desarrollan programas conductuales de intervención se podría provocar cambios saludables en conductas como fumar, control de peso y realización de actividad física.

Quien inicia con éxito un cambio en su conducta con frecuencia falla en mantenerlo. Por lo general, las personas encuentran más fácil iniciar una conducta cuando están motivadas por el deseo de alcanzar una meta que cuando están motivadas por el deseo de evitar una meta desfavorable. De esta forma, quien inicia una nueva conducta saludable debiera considerar los beneficios potenciales de la nueva conducta, comparada con su situación actual, es decir, iniciar una nueva conducta dependerá de las expectativas favorables, lo que implica un análisis de costo-beneficio. Iniciar el cambio conductual puede ser una tarea relativamente fácil, el problema es mantener el comportamiento. Cuando se revisa la conducta previa de las personas se pueden encontrar elementos que permitirían predecir el éxito o fracaso en mantener una nueva conducta entendiendo que mantenimiento es acción sostenida en el tiempo. Si se decide mantener la nueva conducta cabe preguntar si ésta es deseable como para continuar comportándose de esa manera, por lo que el mantenimiento depende de la satisfacción percibida (Rothman, 2000).

Una persona cambia su conducta cuando sus expectativas son percibidas como favorables respecto de su conducta actual. De esta forma, inicia su cambio y éste se encuentra orientado hacia obtener resultados futuros, es decir, alcanzar metas (reducir de peso, cambiar la apariencia física). El progreso hacia las metas está indicado por una reducción en la discrepancia entre el estado inicial y el estado de referencia deseado. Una persona mantendrá el cambio si está satisfecha con lo que ha logrado. La satisfacción indica que la decisión inicial de cambio era correcta y minimiza la vulnerabilidad a las recaídas, por lo que la conducta se mantendrá para preservar una situación favorable. La decisión de mantener una conducta se basa en si la persona realmente quiere continuar con la conducta, puesto que ya se demostró de forma empírica que es capaz de realizar la conducta.

Ésta es, en términos generales, la propuesta en autocuidado de la salud de los universitarios, reiterando la importancia a nivel individual y colectivo de la psicoeducación, del manejo del estrés, de la solución de problemas y del autocontrol como estrategias de cambio; por otra parte, será necesario que las universidades diseñen políticas que posibiliten la construcción de horarios para alumnos, docentes y administrativos que favorezcan la práctica de actividad física y consideren tiempo suficiente para tomar alimentos, además de que debiera pugnarse por ofrecer alimentación saludable dentro de los campus. Si bien es cierto que el autocuidado depende de cada persona, las universidades deben ofrecer las facilidades necesarias para que cada individuo determine de manera voluntaria su comportamiento de autocuidado de la salud.

Referencias

- Arbeláez-Álvarez, G. M., Velásquez, S. A. & Tamayo, C. M. (2011). Principales patologías osteomusculares relacionadas con el riesgo ergonómico derivado de las actividades laborales administrativas. *Revista CES Salud Pública* 2(2), 196-203. Recuperado de file:///C:/Users/NET/Downloads/Dialnet-PrincipalesPatologiasOsteomuscularesRelacionadasCo-3819593.pdf.
- Arzate-Salgado, J.G. y Romero-González, J. (2007). Diversificación, crecimiento y desigualdad en la educación superior: la dimensión relativa de la universidad pública en México. *Tiempo de educar* 8(16), :277-303.
- Avendaño Monje, María José, & Barra Almagiá, Enrique. (2008). Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas. *Terapia psicológica*, 26(2), 165-172. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000200002&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0718-48082008000200002.
- Boreham, C. & Riddoch, C. (2001). The physical activity, fitness and health of children. *Journal of Sport Sciences* 19, :915–929.
- Bruce, B., Fries, J.F. & Lubeck, D.P. (2005). Aerobic exercise and its impact on musculoskeletal pain in older adults: a 14 year prospective longitudinal study. *Arthritis Research & Therapy* 7:R1263-R1270.
- Builes Correa, M.V. y Bedoya Hernández, M.H. (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 35(4), :463-475.
- Camacho Rábago, L.A., Echeverría, S. y Reynoso-Erazo, L. (2010). Estilos de vida y riesgos en la salud de trabajadores universitarios. *Journal of Behavior, Health & Social Issues* 2(1), :91-103.
- Cerecero, P., Hernández, B., Aguirre, D., Valdés, R. y Huitrón, G. (2009). Estilos de vida asociados al riesgo cardiovascular global en trabajadores universitarios del Estado de México. *Salud Pública de México* 51,:465-473.
- D’Zurilla, T. & Godfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology* 78,107-126.
- Fawzy, F.I. & Fawzy, N. W. (1994). A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *General Hospital Psychiatry*. 16(3), 149-150. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0163-8343\(94\)90098-1](http://dx.doi.org/10.1016/0163-8343(94)90098-1)
- García Hernández, C., Ramos Estrada, D.Y., Serrano Encinas, D.M., Sotelo Castillo,M.A., Flores Ivich,L.G. y Reynoso-Erazo, L. (2009). Estilos de vida y riesgos a la salud en profesores universitarios: un estudio descriptivo. *Psicología y Salud* 19(1),:141-149.
- Haug, M. R., Wykle, M. L., & Namazi, K. H. (1989). Self-care among older adults. *Social Science & Medicine* 29,:171-183.
- Lazarus, A.A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill Co.
- Lee, R. L. T. and Loke, A. J. T. Y. (2005), Health-Promoting Behaviors and Psychosocial Well-Being of University Students in Hong Kong. *Public Health Nursing* 22,:209–220. doi: 10.1111/j.0737-1209.2005.220304.x
- Le Masurier, G.C. & Tudor-Locke, C. (2003). Comparison of pedometer and accelerometer accuracy under controlled conditions. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 35(5),:867-

- Lema Soto, L.F., Salazar Torres, I.C., Varela Arévalo, M.T., Tamayo Cardona, J.A., Rubio Sarria, A. y Botero Polanco, A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico [online]* 5(enero-junio), Descargado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111899006>>
- López- Carmona, J. M., Ariza- Andraca, C. R., Rodríguez- Moctezuma, J. R. y Murguía- Miranda, C. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 45(4):,259-268. Descargado de: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45n4/a04v45n4.pdf>
- Lumbreras Delgado, I., Moctezuma Ayala, M.G., Dosamantes Carrasco, L.D., Medina Hernández, M.A., Cervantes Rodríguez, M., López Loyo, M.R.R. y Méndez Hernández, P. (2009). Estilo de vida y riesgos para la salud en estudiantes universitarios: hallazgos para la prevención. *Revista Digital Universitaria*, 10(2). Descargado de: <http://www.revista.unam.mx/vol.10/num2/art12/int12.htm>
- Neef, N. A., Bicard, D. F., & Endo, S. (2001). Assessment of impulsivity and the development of self-control in students with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis* 34:,397-408.
- Organización Panamericana de la Salud (2013). Estilos de vida saludables. Descargado de: http://www.paho.org/hon/index.php?option=com_joomlabook&task=display&id=196&Itemid=133
- Rentería, A. (2012). Autocontrol. En: P. Valladares y A. Rentería (coords.) *Psicoterapia Cognitivo-Conductual. Técnicas y procedimientos*. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Reynoso-Erazo, L (1989). *Cuide su corazón*. México: PROMEXA Ed. Patria.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. México: Universidad de Guadalajara. Universidad Nacional Autónoma de México. El Manual Moderno.
- Reynoso-Erazo, L., Bravo-González, M.C., Mora-Miranda, M.A., Rivera-Cuevas, G., Luz-López, N.C. y Anguiano-Serrano, S.A. (2014). Estilos de vida y prevención de riesgos a la salud (hipertensión y diabetes) en universitarios. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, Número especial* 6(1). *Avances en la investigación de los miembros del Sistema Mexicano de Investigación en Psicología* ISSN: 1794-2497
- Rothman, A.J. (2000). Toward a theory-based analysis of behavioral maintenance. *Health Psychology*, 19 (Suppl), 64-69
- Santacreu, J. (2014). Prólogo. En: E. Camacho y C. Vega-Michel (coords). *Autocuidado de la salud*. Guadalajara, Jal., México: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.
- Strong, W.B., Malina, R.M., Blimkie, C.J., Daniels, S.R., Dishman, R.K., Gutin, B., Hergenroeder, A.C., Must, A., Nixon, P.A., Pivarnik, J.M., Rowland, T., Trost, S. & Trudeau, F. (2005). Evidence based physical activity for school-age youth. *The Journal of Pediatrics* 146:,732-737.
- Tudor-Locke, C., Brashear, M.M., Johnson, W.D. & Katzmarzyk, P.T. (2010). Accelerometer profiles of physical activity and inactivity in normal weight, overweight, and obese U.S. men and women. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7, 60. doi: 10.1186/1479-5868-7-60

- Tuirán, R. (2011). La educación superior en México: avances, rezagos y retos. *Educación Contracorriente*. Descargado de: [http://www.educacioncontracorriente.org/archivo/images/stories/articulos/pdf/VF-CAMPUS_MILENIO\[1\].pdf](http://www.educacioncontracorriente.org/archivo/images/stories/articulos/pdf/VF-CAMPUS_MILENIO[1].pdf)
- Vega-Michel, C. y Camacho Gutiérrez, E. Introducción. En: En: E. Camacho y C. Vega-Michel (coords) (2014). *Autocuidado de la salud*. Guadalajara, Jal., México: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.
- Whitfield, R. (2015). How to change bad habits and live a heart healthy lifestyle. Descargado de: http://www.heart.org/HEARTORG/GettingHealthy/How-to-Change-Bad-...ve-a-Heart-Healthy-Lifestyle_UCM_434369_Article.jsp#mainContent
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, California: Stanford.

Capítulo 5

El autocuidado del cuidador familiar no formal

Patricia Eugenia Ornelas Tavares

El cuidado del enfermo crónico

La enfermedad representa una alteración en el sistema familiar que pone a prueba la capacidad de sus miembros para conservar la integridad física, emocional, social, espiritual y económica. En el sistema familiar, se distingue la figura del cuidador principal, también llamado cuidador primario (CP), quien será el responsable de ofrecer al enfermo los cuidados físicos y emocionales básicos, además de cumplir con una serie de responsabilidades orientadas a salvaguardar la integridad de la familia y el mantenimiento de los roles de sus integrantes.

En el sistema de salud se distinguen dos tipos de cuidadores: los formales, quienes laboran en las instituciones de salud y los informales, insertados en el sistema doméstico de cuidado de la salud. El cuidador informal no recibe remuneración y el cuidado lo desarrolla en el ámbito de las relaciones familiares (Montero, *et al.*, 2014).

El cuidador debe conocer las necesidades del paciente para saber así de qué manera las satisfará. Ser cuidador puede implicar dedicarse a ello por un breve tiempo o por largos años con lo que sus energías y recursos se llegan a desgastar al hacer que su vida gire en torno al enfermo.

En la mayoría de los casos, el perfil del cuidador suele identificarse con una persona del sexo femenino, de edad entre 30 y 65 años, ama de casa y, con frecuencia, hija o cónyuge. Esto obedece a ciertas expectativas, no expresadas pero supuestas, de que si alguien enferma y requiere cuidados, será la esposa, la hija, la nuera, la nieta o la hermana quien se haga cargo, por el hecho de ser mujer (Velasco, Grijalva y González, 2015).

En un estudio realizado sobre cuidadores en la Clínica de Medicina Familiar (CMF) Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE de la Ciudad de México, en el año 2006, se encontró que siete (11.7%) eran hombres y 53 (88.3%) mujeres; con una edad promedio de 50.9 años; 44 (73.3%) casados; 13 (21.7%) solteros y tres (0.5%) divorciados. De ellos, 19 (31%) se encontraban sanos y 41 (68.3%) enfermos. De éstos, 34 (56.7%) padecían enfermedades crónico-degenerativas y casi todos (86.7%) mencionaron ingerir algún medicamento o estar bajo tratamiento médico. Por otro lado, 24 (40%) refirieron estar estresados y siete (11.7%) deprimidos; 31 (51.7%) mencionaron padecer insomnio. En relación con la carga del cuidador, reportaron dedicar de 10 a 13 o más horas al día al cuidado de sus enfermos; sólo 20 (33.3%) habían tomado vacaciones y la mayoría (70%) señalaron que el motivo principal de ser cuidadores era cumplir con un deber moral. Además, 46 (76.7%) refirieron apoyarse en cuidadores secundarios, 50 (83.3%) pedían ayuda a otro familiar, cerca de la mitad (51.7%) reportaron maltrato del enfermo y casi todos (93.3%) solicitaron atención institucional. Según la escala de sobrecarga del cuidador, 12 (20%) cuidadores refirieron una sobrecarga leve y siete (11.7%) intensa. Esto significa que tres de cada 10 cuidadores se ven afectados por esta actividad (Lara y González y Blanco, 2008).

El cuidador primario informal vive una situación muy compleja que le provoca emociones contradictorias. Por un lado, en la mayoría de los casos, el cuidador desea y quiere ayudar al

enfermo pero, por otro, esta tarea le resta autonomía y le genera una alta responsabilidad y trabajo. Aunque dentro de la familia puede haber otros cuidadores, por lo general esta responsabilidad cae sobre una persona en particular, sin que ésta asignación haya sido dialogada, negociada y aceptada, en consenso con el resto de la familia y en muchos casos se asume como un rol de género, determinado de manera implícita dentro del contexto cultural.

Existen efectos negativos en el cuidado de una persona enferma que pueden generar importantes conflictos y tensiones con el resto de la familia, por la manera de entender la enfermedad y las estrategias que se emplean para el cuidado del enfermo. Puede existir también una dependencia bidireccional en la que el enfermo necesita de su cuidador, y el cuidador desarrolla una dependencia del enfermo. Esto puede provocar que el cuidador se comience a aislar y se dedique de forma única y exclusiva a la persona enferma.

El cuidador puede percibir el deterioro de su salud física y empezar a padecer dolores de cabeza, cansancio, trastornos del sueño, y problemas osteomusculares, ahogos, fracturas y esguinces, (Badía *et al.*, 2004; Gómez y González, 2004) relacionados con las principales cargas físicas de la situación en la que se encuentra.

Los cuidadores se encuentran en más riesgo de contraer hipertensión, mayor cantidad de alergias, afecciones de la piel, lumbalgias, trastornos gástricos e intestinales, fatiga crónica, arritmias cardíacas y palpitaciones, sudaciones y vértigos. En el terreno emocional, pueden presentar niveles de depresión, u otros problemas emocionales sin llegar a cumplir criterios diagnósticos de trastornos de ánimo o ansiedad, problemas de sueño, sentimientos de desesperanza, preocupaciones por el futuro, ansiedad, nerviosismo, angustia, tensión, hipocondría y otras ideas obsesivas (Fernández y Rodríguez, 2002). El cuidador debe responder a un doble tipo de carga: objetiva y subjetiva. La carga objetiva es el conjunto de demandas y actividades que atienden los cuidadores e indica el grado de afectación en la vida cotidiana de los cuidadores, debido a la demanda de atención que requieren atender (Cruz-Ortiz, *et. al.*, 2013), mientras que la carga subjetiva, es la percepción que cada cuidador tiene de sentirse desconcertado, sobrecargado, atrapado, resentido, excluido y culpable (Gallant y Connel, 1998).

De la misma manera, también existen repercusiones positivas, esto sucede cuando el cuidador tiene los recursos adecuados y cuenta con buenos mecanismos de adaptación, y encuentran en el cuidar una actividad gratificante en la que percibe crecimiento personal, afronta mejor los retos que se le presentan, y valora las cosas y la vida de una manera diferente diferente, así como la sensación de compañía, de utilidad y de estar cumpliendo con su deber u obligación (López, 2007). Por otro lado, el cuidar a un enfermo constituye también un factor de protección para el duelo complicado, ya que refuerza el sentido de utilidad del cuidador, valorando su participación y su rol (Arranz, *et. al.*, 2003).

Astudillo y Mendinueta (2003a) señalan que el cuidador necesita: información sobre el proceso y evolución del padecimiento del enfermo; orientación para afrontar las complicaciones derivadas de la enfermedad; saber organizarse; valorar los recursos con que cuenta para compartir el cuidado con otras personas; saber cómo obtener ayuda de otras personas o

asociaciones que le puedan brindar apoyo en momentos de crisis y de cansancio; mantener en lo posible sus actividades habituales; cuidarse y contar con un proyecto de vida más allá del cuidado, sobre todo en caso de que el enfermo muera.

Estos mismos autores proponen la siguiente lista de derechos de los cuidadores:

- Dedicar tiempo y actividades a ellos mismos sin sentimientos de culpa.
- Experimentar sentimientos negativos por ver al enfermo o estar perdiendo a un ser querido.
- Resolver por sí mismos aquello que sean capaces y el derecho a preguntar acerca de lo que no comprenden.
- Buscar soluciones que se ajusten de manera razonable a sus necesidades y a las de sus seres queridos.
- Ser tratados con respeto por aquellos a quienes solicitan consejo y ayuda.
- Ser reconocidos como miembros valiosos y fundamentales de la familia, incluso cuando sus puntos de vista sean distintos.
- Quererse a sí mismos y admitir que hacen lo humanamente posible.
- Aprender y disponer del tiempo necesario para ello.
- Admitir y expresar sentimientos tanto positivos como negativos.
- Decir NO, ante demandas excesivas, inapropiadas o poco realistas.
- Seguir su propia vida.

La demanda del cuidado

Según el último informe de Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2015) (2015) a propósito del día mundial de la salud, las mujeres dedican 82 de cada 100 horas destinadas al cuidado de un enfermo en casa. Las enfermedades crónicas como diabetes y enfermedades isquémicas del corazón son las principales causas de muerte en México (Aguirre, 2015). Esto representa que el número de personas con enfermedades crónicas va incrementando y, por ende, el número de cuidadores también. Entre las actividades de los cuidadores primarios se encuentra una amplia variedad de servicios a las personas que atienden, desde acompañar a su familiar a una cita hasta las tareas más complejas como bañar, vestir o alimentar al enfermo.

Existen enfermedades crónicas que comprometen de manera seria la autonomía del paciente, mientras que otras les permiten un nivel mayor de funcionalidad. En este mismo sentido, el cuidado de un familiar con parálisis cerebral grave, o algún trastorno del neurodesarrollo desde el nacimiento o alguna demencia senil avanzada implican una atención total por parte del cuidador, en comparación con enfermedades crónicas como diabetes mellitus, insuficiencia renal o cáncer que también presentan cronicidad, pero el enfermo puede conservar cierta autonomía hasta niveles avanzados de su enfermedad.

Ser cuidador implica asumir un nuevo rol en el que habrá de aprender de manera constante diferentes formas de cuidar al paciente, según el avance de su enfermedad. Entre las actividades cotidianas que debe realizar el cuidador se encuentra la administración de medicamentos, ayudar con las tareas de la vida diaria (alimentación, baño y aseo personal, vestido, ambulación, entre otras), asistir a las citas médicas y recibir la información para continuar con el cuidado, resolver los aspectos financieros y administrativos que implican el cuidado y proveer de apoyo emocional al enfermo.

Astudillo y Mendinueta (2003b), mencionan que el paciente tiene derecho a:

- Ser a ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de su muerte.
- Ser cuidado por personas capaces de mantener una sensación de optimismo, por mucho que varíe su situación.
- Expresar sus sentimientos y emociones.
- Participar en las decisiones que incumben a sus cuidados.
- Esperar una atención médica y de enfermería continuada, aun cuando los objetivos de curación cambien por la búsqueda única del bienestar.
- No morir solo.
- No experimentar dolor.
- Que sus preguntas se respondan con sinceridad.
- No ser engañado.

- Disponer de ayuda para su familia a la hora de aceptar su muerte.
- Morir en paz y con dignidad.
- Mantener su individualidad y a no ser juzgado por decisiones que tome y que pueden ser contrarias a las creencias de otros.
- Discutir y acrecentar sus experiencias religiosas y espirituales, con independencia de la opinión de los demás.
- Esperar que la inviolabilidad del cuerpo sea respetada tras su muerte.
- Ser cuidado por personas solícitas, sensibles que comprendan sus necesidades y sean capaces de obtener satisfacción del hecho de ayudarlo a afrontar su muerte.

Vélez (en Austrich y Díaz, 2011) señala que las características de “un buen cuidador” son: contar con una adecuada salud mental, en particular reducir las posibilidades de que el cuidador manifieste indicadores de ansiedad o depresión; tener un vínculo afectivo fuerte con el enfermo para recorrer el arduo camino que emprenderán juntos; la paciencia para enfrentar momentos difíciles y de crisis; el conocimiento y la información oportuna que le provea el equipo de salud, el paciente y el resto de la familia; certidumbre y confianza en que el equipo de salud estará disponible en el momento que lo requiera; reconocimiento a su labor y entrega y una red de apoyo social amplia que le facilite la expresión emocional, la distribución del cuidado y momentos de respiro y apoyo económico.

Dentro del ciclo vital de la familia, existen alteraciones a las que se enfrenta el sistema familiar que pone a prueba el cumplimiento de los objetivos de la familia misma, que es salvaguardar la integridad física y emocional de sus integrantes (Mortera, en Osio y Covarrubias, 2015). En este sentido, la enfermedad crónica representa una de dichas alteraciones y por lo mismo quien realiza las “funciones parentales” puede además cumplir el rol de cuidador principal generando una sobrecarga superior a sus recursos, poniendo en peligro su bienestar.

Ante la situación de enfermedad y constantes hospitalizaciones, la estructura familiar se modifica en relación con los roles, tareas, límites o fronteras con otros sistemas o redes sociales y quizá queden varias funciones vacías, como la función de pareja, de proveedor o incluso de padre para el resto de los hijos sanos. La manera cómo entiendan la enfermedad marcará el rumbo con el que enfrenten el cuidado.

En muchos de los casos, la enfermedad se interpreta como una consecuencia por algo mal hecho, generando en niños y adultos sentimientos de culpa. Se considera incluso que la enfermedad puede ser un castigo y el cuidado es una obligación moral. Existe también la posibilidad de la desintegración familiar debido a las tareas de cuidado y también la fractura económica por los gastos que representa. La familia puede adoptar una organización flexible o rígida basada en las reglas de participación ya existentes en su sistema. Pueden aislarse como familia o mantener sus vínculos con el exterior. El cuidador principal, al tomar su

responsabilidad, puede favorecer que el resto de la familia se mantenga en la periferia, ocasionando distanciamiento, sobrecarga y posibles conflictos en situaciones de crisis. Si el cuidador ejerce su función basado en sentimientos de culpa, es posible que se genere un ambiente de descontrol en el que culpe y desautorice al resto de la familia y se le dificulte aceptar el apoyo de otros. Por otro lado, el enfermo se siente responsable de la situación de caos familiar y espera que con su muerte se termine dicha situación. De la misma manera, también el enfermo adquiere poder y centralidad, ya que puede organizar y controlar a la familia desde su enfermedad (Mortera en Osio y Covarrubias, 2015).

La importancia del autocuidado

A la luz de la información previa, se pueden identificar los principales factores de riesgo a los que se enfrenta un cuidador (figura 5-1).

Consigo mismo • Perder la autonomía y libertad para disponer de su tiempo • Asumir la responsabilidad del cuidado como una obligación y no como un deseo • Expiar sentimientos de culpa a través del cuidado • Abandono de su proyecto de su vida Con relación al enfermo • Desconocer las tareas del cuidado • Asumir la responsabilidad del tratamiento en casa • Poca disponibilidad para observar e informar al equipo de salud sobre los cambios en la sintomatología y en la conducta del enfermo • Generar un vínculo codependiente • Dificultad para establecer límites con el enfermo y promover la sobreprotección • Ofrecer ayuda que no se solicita Con relación a la familia • Descuidar el resto de las relaciones familiares • Rechazar el apoyo y participación de otros miembros de la familia en las labores del cuidado • Ignorar las opiniones y sugerencias del resto de la familia • No saber delegar tareas Con relación a su integridad física y emocional • Experimentar tristeza, enojo, duelo, culpa y soledad • Descuidar su alimentación, higiene personal, sueño y ejercicio físico • Desarrollar malestares psicosomáticos • Presentar claudicación emocional que compromete el cuidado del enfermo	
--	---

Figura 5-1. Factores de riesgo para el cuidador

En la medida en que el cuidador principal y la familia del enfermo crónico comprendan estos riesgos, será posible organizar las tareas de cuidado para reducir la probabilidad de que alguno de ellos colapse.

Para ello, es importante que el cuidador conozca sus derechos (Austrich y Díaz, 2011) que se mencionaron anteriormente.

La tarea de cuidar, por tanto, implica dar y recibir apoyo de otros miembros de la familia. Para que una persona se dedique a atender al enfermo, es necesario que el resto de la familia o el apoyo de amigos se haga presente en tareas tales como cocinar, asear la casa, ir de compras, arreglar el jardín, cuidar a los niños, cuidar a los ancianos, acompañar a las visitas médicas, recoger a los hijos de la escuela, buscar información necesaria, trabajar y aportar la ayuda económica. En este sentido, es importante que el cuidador y su familia organicen en un pizarrón las tareas que cada uno quiere y puede cumplir, los horarios y compromisos para que entre todos se apoyen. De la misma manera, es importante contar con un esquema de cuidado para el enfermo que guíe al cuidador sobre los horarios de comida, medicamentos y algunos ejercicios que pueda realizar el paciente, con independencia de quién lo esté cuidando.

La organización del plan de cuidados (qué hacer y quién lo va a hacer) es esencial para llevar con éxito esta tarea. La comunicación y el reconocimiento de las aportaciones que cada uno de los miembros de la familia otorgue, servirá como base para que la dinámica familiar se mantenga sana y estable.

También es un hecho que existe un miembro de la familia que muestra mayor disponibilidad para hacerse cargo del enfermo y cuenta con el tiempo para hacerlo. Por otro lado, es una realidad que el enfermo también elige, de alguna manera, a su cuidador y entre ambos construyen una relación de dependencia. Hay enfermos que se sienten más seguros si está presente uno de sus cuidadores y hay cuidadores que no logran descansar por estar pendiente del enfermo, aunque haya otro familiar cuidándolo. Esta relación de codependencia es posible evitarla a través de la distribución y organización del plan de cuidados.

Con independencia de quién es el cuidador, es necesario evitar la sobrecarga que comprometa el cuidado del enfermo y la salud del cuidador. Para ello, se presentan a continuación una serie de recomendaciones.

Estrategias de autocuidado

Las tareas de autocuidado del cuidador son necesarias para proteger y mantener el bienestar del enfermo y del cuidador mismo. Diversos estudios nacionales y del extranjero (*National Cancer Institute*, 2014; Petronilho, Pereira, de Paiva e Silva, 2014; *Family Caregivers Network Society*, s.f.; Builes y Bedoya, 2013; Austrich y Díaz, 2011; Osio y Covarrubias, 2015) ofrecen una amplia gama de sugerencias para el cuidador que han sido adecuadas y aplicadas en México durante más de 15 años en cuidadores de enfermos crónicos. Estas son las siguientes:

1. Tomar la responsabilidad del cuidado personal

Asumir el cuidado de un enfermo implica un cambio en el estilo de vida del cuidador; sin embargo, aunque no es posible detener el impacto de una enfermedad progresiva o avanzada, es importante que como cuidador no se descuide el bienestar personal por atender el bienestar del otro. Ambos son importantes y necesarios. El enfermo necesita ayuda del cuidador, pero al cuidador ¿quién lo cuida? Responsabilizarse del cuidado personal es parte de las tareas del cuidador para que el nuevo rol que desempeña no ponga en riesgo su bienestar ni el del enfermo.

2. Reconocer sus propios sentimientos

Los cuidadores principales se enfrentan ante la interrogante sobre ¿qué tan egoísta es que piense en mis propias necesidades primero? En muchas ocasiones se tienen ideas y sentimientos que confunden al cuidador, por ejemplo: “soy el responsable del cuidado de la familia”, “si no lo hago yo, nadie lo hará”, “yo me sacrifico por cuidar a mi enfermo”, “no tengo tiempo para mí”, entre otros.

La mayoría de los cuidadores, al preguntarles cómo se sienten responden “muy bien”, sin embargo, su lenguaje corporal les contradice. Los cuidadores pueden experimentar tristeza porque ven el deterioro de su enfermo, por no poder disfrutar de otras actividades, porque piensan en la inminencia de la gravedad o quizás en la muerte. También experimentan enojo y frustración hacia el enfermo, hacia la enfermedad, hacia el resto de la familia, hacia la vida o hacia Dios. Por lo general, el enojo esconde otros sentimientos más profundos como el miedo, pánico o estrés.

Aunque el duelo se asocia a la experiencia de la pérdida de un ser querido, también los cuidadores experimentan el “duelo anticipado”. Por un lado, el duelo de la pérdida de la salud de su familiar, así como la pérdida de roles y libertad por cuidar al enfermo, también experimentan el duelo del deterioro y de la muerte inminente. Los cuidadores junto con el enfermo son los primeros en imaginar este escenario de despedida, aunque difícilmente lo expresan y muy pocas veces lo comparten.

Otros sentimientos que perturban al cuidador son la culpa y la soledad. Sentirse culpable es bastante común entre los cuidadores, debido a que los juicios sobre la calidad y cantidad de cuidado no son suficientes o que, a pesar de sus esfuerzos, el enfermo ha ido empeorando. Estas

emociones muchas veces impiden una percepción realista sobre sus esfuerzos al grado de sentirse culpables por estar sanos y su familiar enfermo. Por otro lado, la soledad también es frecuente en los cuidadores, el aislamiento que provoca el permanecer al lado del enfermo genera esa sensación de soledad y falta de apoyo.

Es importante que el cuidador reconozca e identifique sus sentimientos y logre expresarlos al resto de su familia. Para ello es recomendable adoptar una actitud de perdón hacia uno mismo, asumiendo que los errores cometidos no han sido intencionales y que son fallas humanas. Llorar o expresar los sentimientos, validar si se encuentra triste o enojado. Ser flexible en tareas que nos desgastan o quitan energía y que no son primordiales. No tomar las cosas personales, muchas veces el estrés y el cansancio hace que la forma de expresarnos pueda lastimar a otros y el enojo es una emoción que por lo común se dirige hacia las personas que más se quieren, aunque ellas no tengan nada que ver con la causa de ese sentimiento. Mantener la esperanza de que haya momentos de confort, gozo, aceptación y paz.

3. Reducir el estrés

El nivel de estrés del cuidador se incrementa por diversas razones. Entre ellas, en ocasiones se busca cuidar como una forma de sanar la relación con el enfermo. Si esto no ocurre, puede generar altos niveles de estrés. Por otro lado, las estrategias que antes ha utilizado el cuidador para lidiar con el estrés pueden ser poco funcionales o bien la condición del enfermo puede generar mayor estrés cuando se trata de una demencia en comparación con una limitación física. Los signos y síntomas más comunes en los cuidadores son: ansiedad, depresión, irritabilidad, cansancio, dificultad para concentrarse, resentimiento, dificultad para dormir, sobre reacciones ante mínimos problemas, incremento en el consumo de alcohol, tabaco o comida, autolesiones, problemas de salud y negligencia.

En este sentido, es importante reconocer las señales del estrés desde sus inicios. Por ejemplo, un cuidador se puede mostrar irritable, con problemas de sueño u olvidadizo. Es necesario indagar cuáles son las fuentes de estrés e identificar qué es lo que puede y qué no puede hacer. A continuación, es necesario que el cuidador busque reducir el estrés y recupere la sensación de control. Algunas sugerencias pueden ser el caminar u otra forma de ejercicio físico, meditar, platicar con algún amigo, arreglar el jardín o tener contacto con la naturaleza, o algunos otros reductores de estrés que ya haya utilizado antes.

4. Establecer metas

Es importante establecer un plan de cuidados que incluya la distribución de actividades y de personas que apoyarán en esta labor. Además de garantizar el cuidado al enfermo, es importante que cada cuidador tenga sus propias metas y que le dé continuidad a su proyecto de vida. Se sugiere que los cuidadores tengan un plan para los siguientes tres meses en los que, además de cuidar al enfermo, tengan la oportunidad de contar con tiempo para un descanso, abonar a otros proyectos además de cuidar y mantener la flexibilidad que les permita ir adecuando la prioridad de cada uno de los planes propuestos.

Se pueden establecer metas para mantener la salud y bienestar del cuidador. Estas metas pueden ser divididas en acciones y establecer plazos o fechas para cumplirlas. Ejemplos de estas

acciones pueden ser: hacerse un chequeo médico, tomarse una hora de descanso cada semana, caminar 30 minutos por lo menos tres veces por semana, tomar un curso en línea, entre otras.

5. Buscar soluciones

El entrenamiento en solución de problemas es una estrategia básica para cualquier persona y es una de las herramientas más importantes para el cuidador. Para ello, es necesario seguir estos pasos:

- a. Identificar el problema. No siempre el problema real está a primera vista. Muchas veces se tiene que profundizar en el análisis para descubrir cuál es el problema de fondo.
- b. Lluvia de ideas sobre posibles soluciones. Es importante consultar a otros para ampliar la lista de posibles soluciones para el problema propuesto y enlistarlas.
- c. Análisis de las ventajas y desventajas de cada solución posible y su viabilidad.
- d. Elegir la mejor alternativa de solución y probarla.
- e. Evaluar los resultados. ¿Se resolvió el problema?

Utilizar otra solución si la primera no funcionó. Si nada parece ayudar, aceptar que el problema puede no ser resuelto por ahora.

6. Mejorar la comunicación con la familia

Uno de los principales aprendizajes que ofrece la oportunidad de cuidar a otro es la posibilidad de mejorar la comunicación en la familia de manera constructiva y sana. Esta comunicación debe caracterizarse por ser clara, asertiva y constructiva para poder dar y recibir el apoyo que se requiere. Para lograrlo será necesario hacer algunos ajustes en la forma cotidiana de comunicarse. Por ejemplo, es importante hablar y expresar emociones y pensamientos en primera persona, es mejor afirmar “me siento mal” a “me haces sentir mal”. Es necesario también respetar las ideas y sentimientos de los demás, reconocer el derecho que tienen los demás a expresarse es una base fundamental para el diálogo. Es recomendable ser muy claro y específico con la persona con la que se quiere hablar, evitar el deseo de que el otro “adivine” lo que se necesita y desarrollar una excelente capacidad de escucha. Darse el tiempo para platicar sobre cómo se espera que los demás apoyen, cómo afrontar los cambios en los roles y en las rutinas, cómo tomar decisiones, cómo manejar las actividades de la vida diaria como el trabajo, el aseo de la casa, las compras, los hijos, entre otros. Comunicarse también acerca de cómo se sienten al enfrentar esta nueva situación de tener a un enfermo crónico en casa, qué aspectos pueden incrementar el estrés en los miembros de la familia, qué opciones tiene el cuidador y el resto de la familia para pasar tiempo juntos, agradecer el esfuerzo de cada uno.

Un aspecto muy importante en la comunicación familiar es el involucramiento de los niños. Cuando uno de los padres es el cuidador principal de un enfermo crónico, las reacciones más comunes en sus hijos son confusión, enojo, soledad, culpa, preocupación, miedo por lo que pueda pasarle al enfermo, culpa por estar sano, pueden presentar además problemas en la

alimentación, el sueño, problemas escolares o en sus relaciones sociales. En estos casos conviene platicar con los hijos sobre la enfermedad y su evolución, dejarles saber que lo que sienten está bien, que con independencia de sus reacciones ellos son amados y respetados. Platicar con ellos con la verdad, sin mentir, pero con esperanza y cariño; escuchar sus preocupaciones e involucrarlos en la medida de lo posible en los cuidados del enfermo

7. Pedir ayuda

Saber pedir y aceptar ayuda también constituye un reto para el cuidador. En primer lugar, implica el reconocimiento de las propias necesidades y limitaciones, identificando las señales de alarma sobre el cansancio y los riesgos en la salud.

Por otro lado, también implica aceptar la ayuda de los demás que apenas van aprendiendo el rol de cuidar. Esto supone un entrenamiento a otras personas para otorgar la misma calidad de apoyo que se desea dar al enfermo, aunque el cuidador principal no esté presente. Estas tareas requieren tiempo y muchas veces cuando el cuidador está dando ya señales de cansancio, no siempre está dispuesto a capacitar a otro cuidador, por lo que conviene desde el principio, contar con el apoyo de otra persona, cuando sea posible.

En el contexto de las familias mexicanas, es común encontrar ayuda entre los miembros de la familia, sobre todo cuando ésta es numerosa y se ha cultivado el valor de la solidaridad y la empatía entre sus miembros. Es así como se encuentra a muchas familias cuidando a sus padres o abuelos desde casa.

Por desgracia este panorama no se puede proyectar a futuro debido a la transición demográfica que se está observando en el país. Es posible que el cuidado de una persona caiga necesariamente sobre un solo cuidador y quizás este cuidador deberá desempeñar dos funciones: trabajar y cuidar.

Estos cambios no muy lejanos requieren el diseño de nuevas políticas de atención, incluyendo ajustes económicos y políticos para otorgar apoyo a quienes desempeñarán la doble función de trabajador-cuidador. En países donde este cambio demográfico ya ha ocurrido se han generado centros de ayuda en línea y telefónica para cuidadores y centros de respiro. Cabe señalar que la autora de este documento, en colaboración con un amplio equipo de trabajo, está configurando un servicio similar, adecuado a las necesidades de las familias mexicanas.

8. Buscar tiempo para sí mismo

Como se ha mencionado antes, las tareas de cuidado pueden ser exhaustivas y dejar poco tiempo y energía para atender las necesidades del cuidador. No obstante, es necesario considerar la importancia del cuidado de sí mismo. Buscar el tiempo para el cuidador ayuda a brindar un mejor cuidado. Por ello, es importante revisar qué actividades realizaba y disfrutaba antes de asumir la tarea de cuidar y analizar la posibilidad de continuar realizándolas.

Llamar a un amigo, dedicarle tiempo a un pasatiempo, leer algún libro, asistir a algunas clases

de baile, jugar con los niños y, o, con las mascota, o ambos, cuidar el jardín, ver algún programa de televisión, escuchar música, entre otros, son algunas actividades que puede realizar. Se recomienda que al menos se efectúe una actividad al día.

Además de los pasatiempos, también es conveniente que el cuidador atienda sus necesidades físicas como asistir a sus citas médicas y hacerse un chequeo general, tomar sus medicamentos, cocinar alimentos saludables, descansar suficiente, hacer algo de ejercicio y practicar alguna técnica de relajación.

Es importante asistir a grupos de apoyo que existen en los hospitales o clínicas donde el cuidador recibirá información que le orientará en sus tareas de cuidado. También es necesario el apoyo psicoterapéutico orientado a lograr la adaptación a su nuevo rol, a manejar sus pensamientos, emociones y conductas que pueden limitar su tarea de cuidado y por supuesto, continuar con su proyecto de vida junto con el cuidado del enfermo.

En esta misma línea conviene dedicar un tiempo para la dimensión espiritual, entendiendo por esta la capacidad para experimentar paz, fuerza interior, esperanza y propósito de vida. Para ello, es necesario que el cuidador se otorgue tiempo para la meditación, ejercicios de relajación, oración, lecturas o música que le ayuden a encontrar esa paz interior y el espacio para las preguntas fundamentales de la vida y cuyas respuestas, encontradas sólo en el interior de sí mismo, pueden darle sentido y significado a cada día.

9. Acudir a las visitas médicas

Acompañar al enfermo crónico a sus visitas médicas es una oportunidad para que el cuidador conozca y atienda las necesidades de su familiar. Es conveniente que antes de acudir a la cita médica, el cuidador se tome el tiempo para escribir las dudas que tienen tanto el paciente como el cuidador para plantearlas al médico. La información que reciba el cuidador y la solución a sus dudas lo capacitará mejor para atender las necesidades del enfermo.

Es recomendable que el cuidador asista a las consultas médicas con una carpeta en donde vaya archivando los documentos de su historial clínico tales como exámenes, recetas, monitoreo de algunos signos, registro de la medicación y sus efectos secundarios, entre otros.

También se espera que el cuidador reciba instrucciones sobre el manejo de algunos síntomas debidos al deterioro de la salud, tales como manejo del dolor, alimentación, sueño, hidratación, aseo corporal, ejercicio adecuado a las capacidades del paciente, movilización del paciente encamado y prevención de complicaciones debidas a la inactividad.

El paciente y el cuidador tienen derecho a consultar una segunda o tercera opinión. No obstante, es recomendable asegurarse que los tratamientos médicos y psicológicos que se le ofrezcan estén validados de forma empírica y el médico esté certificado de manera debida. Es una realidad que en la cultura mexicana muchas personas buscan medicina alternativa. En estos casos, es conveniente verificar que el tratamiento por el que se opta sea el más adecuado para el

bienestar del paciente.

En todo caso, conviene que el cuidador conozca la disponibilidad que tiene el médico tratante para atender sus dudas de forma personal, telefónica o vía internet.

10. Buscar apoyo social

El apoyo de la pareja, de los hijos o del resto de la familia es importante para el cuidador, sin embargo, también la presencia de amigos y voluntarios puede hacer que esta tarea sea mucho menos estresante.

El psicólogo puede convocar a una reunión familiar para abordar la problemática que se pudiera estar generando al interior de las relaciones familiares. Para ello, es necesario que todos los participantes estén abiertos a esa actividad y definan su posición frente a los problemas, encuentren las soluciones y se distribuya la carga del cuidado.

También existen situaciones en las que el cuidador recibe ayuda que no quiere, para ello es recomendable agradecer la disponibilidad de la ayuda, señalar que en ese momento no es necesaria y que se le indicará en qué momento se requerirá.

Además de la familia, es importante recurrir a amigos con quienes compartir un momento de respiro. El acercamiento de los amigos en momentos de estrés es resultado de la confianza y la información que ellos tienen sobre el proceso de la enfermedad y del cuidado. Por otro lado, el distanciamiento de los amigos muchas veces es resultado de una comunicación poco clara, del aislamiento del cuidador y del temor de los amigos de ser inoportunos.

Para pedir ayuda, hay que considerar las habilidades e intereses especiales de las personas, evitar pedirle apoyo a la misma persona de forma repetida, encontrar el mejor momento para pedir la ayuda, especificar qué cosas deberá hacer la personas que lo apoye y tomar en cuenta que la persona a quién se solicite el apoyo puede rehusarse a darlo.

Por último, existen grupos de apoyo para cuidadores en diversos centros de salud y hospitales, también existen grupos de voluntarios de los que el cuidador puede echar mano para recibir orientación y apoyo durante el proceso de cuidado.

La atención a grupos de apoyo a cuidadores es una tarea incipiente en México. No obstante, la modalidad presencial y en línea es una tarea que apenas se empieza a cristalizar.

Conclusiones

Cuidar a otro representa una oportunidad de vivir una experiencia significativa con dos posibles salidas: la satisfacción de poder acompañar a un ser querido en sus momentos más difíciles, promoviendo su dignidad, autonomía y conservando su funcionalidad hasta donde sea posible, con un enorme sentido de gratificación y desarrollo personal, o bien como una experiencia devastadora, demandante que representa una amenaza para la salud física, emocional, social y económica para el cuidador y la familia.

Con base en la transición demográfica, se sabe que el pronóstico de vida para las personas en México va incrementando, sin que vivir más signifique vivir mejor. Las enfermedades crónico-degenerativas se presentan a cualquier edad, sin embargo, la población de adultos mayores representa un amplio porcentaje de la población que acude a consulta de forma consuetudinaria por este tipo de padecimientos. Por esta razón, la primera forma de atender al cuidador es prevenir este tipo de enfermedades con un estilo de vida saludable. Si ya se tiene alguno de estos padecimientos, es posible adoptar comportamientos que puedan posponer la aparición de complicaciones y conservar, hasta donde sea posible, la funcionalidad y autonomía del paciente.

Otro elemento importante para cuidar al cuidador, lo constituye la organización familiar y social en el contexto en que vivimos. La falta de apoyo en situaciones de enfermedad pone en riesgo la capacidad del cuidador y comprometen los cuidados del enfermo. La cultura solidaria y empática que se viva en la familia y entre las redes sociales de apoyo, constituyen un soporte indispensable para evitar la sobrecarga del cuidador. Para ello, en cada familia habrá que educar y fomentar el cuidado de sí y del otro, la flexibilidad en el desempeño de roles y la comunicación asertiva que vaya preparando el terreno para la tarea de cuidar cuando algún miembro de la familia, de la comunidad, o ambos, lo requiera.

Cuando el cuidado del otro parece una tarea inminente, es importante realizar reuniones familiares, incluyendo al enfermo para que éste exprese de forma clara y abierta sus expectativas de cuidado y las tareas que quiere seguir realizando sin ayuda. Por otro lado, es importante plantear la disponibilidad de los miembros de la familia para ofrecer apoyo, en el entendido de que cuidar no sólo implica estar al lado del enfermo. Como ya se explicó anteriormente también se cuida trabajando, llamando por teléfono, visitando, cocinando, atendiendo a los hijos, entre otros. De la misma manera, se puede considerar la participación de vecinos, amigos o personal de enfermería. Aquí es importante tener una agenda de cuidado para ver la distribución y carga de los cuidadores. Junto con esta agenda, conviene también registrar en una bitácora las observaciones y comportamientos del enfermo que puedan llamar la atención e informarlas al médico y, o al cuidador que siga en turno. Además de las reuniones familiares que se sugiere sean de forma periódica -en función de las demandas de cuidado- también se sugiere revisar las barreras ambientales que pudieran dificultar las tareas de cuidado, tales como la ventilación, iluminación y aseo de la habitación donde se encuentra el paciente y donde descansará el cuidador; el acceso a los servicios sanitarios, el acceso a los medicamentos y su dosificación; el desplazamiento del enfermo en su habitación y a otras zonas de la casa,

evitando tropiezos o caídas, entre otras.

Es importante considerar que las tareas de cuidado girarán en función de las necesidades del enfermo. Sin embargo, también se requiere ayudarle al enfermo a entender las necesidades y disponibilidad de sus cuidadores, para que entre ambos, logren un equilibrio entre la demanda y el cuidado que se ofrece. El cuidador requiere momentos de respiro, es decir, descansar del cuidado, y para ello requiere confiar en la capacidad del resto de los cuidadores para atender las demandas del enfermo y que éste favorezca esos momentos de descanso para cada uno de sus cuidadores. Cuando no se cuenta con otras personas para desempeñar las tareas de cuidado, tanto el enfermo como el cuidador pueden considerar la posibilidad de ingresar al enfermo por unos días a un servicio asistencial que podría ser el mismo hospital o en lugares de estancia breve donde contará con personal de salud a su cuidado, mientras el cuidador se toma un descanso.

En la agenda del cuidador, además de su horario de atención al enfermo, es deseable que incluya al menos 30 min de ejercicio diario, un horario adecuado para sus alimentos y sueño, cuidar el balance de los alimentos que consume, conservar algún pasatiempo, dedicar tiempo a sus familiares y, o amigos y dedicarle un par de horas a otras actividades que no tengan que ver con el cuidado ni con el enfermo y que vayan abonando a su proyecto de vida y a su cuidado espiritual.

Ser testigo de la recuperación o el deterioro de la salud del enfermo, tiene repercusiones en la salud emocional del cuidador, por lo que también puede acceder a los grupos de apoyo psicológico que se ofrecen en clínicas y hospitales, en consultorios particulares y en asesorías en línea, con el objetivo de mantener el equilibrio emocional e ir procesando el duelo por la pérdida de la salud de su familiar y, o de la muerte inminente.

Cuidar y cuidarse no son tareas opuestas, ambas representan el respeto a la vida, son actos de generosidad y cariño por uno mismo y por el otro, contribuyen a darle sentido a la existencia, y fortalecen el sentido de comunidad y de solidaridad. Son tareas que se desempeñan a lo largo de la vida, como cadenas de comportamientos, siendo cuidados y cuidando a otros, incluso estando enfermos. Por ello, es también importante reconocer y agradecer la oportunidad de brindar este beneficio mutuo.

Referencias

- Aguirre, B.M. (2015) *México, principales causas de mortalidad 1938-2014*. Recuperado de <http://www.mexicomaxico.org/Voto/MortalidadCausas.htm> el 20 de marzo de 2016.
- Arranz P, Barbero JJ, Barreto P, Bayés R (2003) *Intervención Emocional en Cuidados Paliativos Modelo y Protocolos*. España: Ariel Ciencias Médicas, ág 111.
- Astudillo A. W. Mendinueta A C. (2003a) *¿Cómo ayudar a un enfermo en fase terminal?* Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos Cuarta Ed. San Sebastiánág, 234-245.
- Astudillo A. W. Mendinueta A C. (2003b) *Necesidades de los cuidadores del paciente crónico. Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase de la vida en Gipuzkoa 7ª sección* Madrid, 235-255.
- Austrich E. y Díaz P. (2011) *Mi paciente en casa. Manual de cuidados para el Cuidador*. México: Corinter.
- Badía, X. Lara S.N. Roset, S. (2004). *Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida en el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer*. *Atención Primaria* 34(4),:170-177.
- Builes M.V., y Bedoya M., (2013) Cuidado y autocuidado en familias con un miembro con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar (TAB) pertenecientes al Grupo Psicoeducativo del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Antioquía. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 42(1),:81-96.
- Cruz-Ortiz, M., Pérez-Rodríguez, M. C., Villegas-Moreno, E. L., Flores-Robaina, N., Hernández-Ibarra, E. y Reyes-Laris, P. (2013). Carga objetiva y subjetiva en personas con enfermedad mental: evidencias empíricas. *Pensando Psicología* 9(16),:77-88.
- Family Caregiver Alliance. *National Center on Caregiving (s.f) Taking care ofyou: Self-care for Family Caregivers*, Recuperado de: www.caregiver.org, el 4 de enero de 2016.
- Fernández L.A., y Rodríguez V. B (2002) *Habilidades de Entrevista para Psicoterapeutas*. España: Desclée de Brouwer.
- Gallant M. y Connell C. (1998) The stress process among dementia spouse caregivers. *Research on Aging* 20,:267-297.
- Gómez R. y González V. F. (2004). El cuidador del paciente con demência: aplicación del test índice del Esfuerzo del Cuidador. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 39(3),:154-159.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), (2015) *A Propósito del día mundial de la salud*. Recuperado de: www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/salud0.pdf el 20 de marzo de 2016.
- Lara P.G., González P.A., y Blanco L. L. Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2008;13(4), 159-166.
- López M.C., y López M. J. (2007) *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"* España: Colección de Estudios Serie Dependencia.
- Mayo Clinic (s.f.) *Caregiver stress: Tips for taking care of yourself*. Recuperado de: www.mayoclinic.org el (Último acceso 30 de enero de 2016).
- Montero P. X. Jurado C. S., Valencia C. A. Méndez V. J. Mora M. I. (2014) Escala de Carga del

Cuidador de Zarit: Evidencia de Validez en México. *Psicooncología* 11(1),:71-85.

National Cancer Institute (2014) Caring for the Caregiver. NIH Publication Núm.14-6219.

Osio S. M. y Covarrubias A.G., (2015) *Atención paliativa al final de la vida*. México, Corinter.

Petronilho, F., Pereira F., de Paiva e Silva A. (2015) Percecao de Auoeficacia do familiar Cuidador Após o regresso a casa do dependente: estudo longitudinal. *Revista Portuguesa de enfermagem de Saúde Mental* (Ed. Esp. 2), 9-13.

Rivera J. (2001) *Redes familiares en el cuidado del anciano con demencia*. Análisis evolutivo de un estudio poblacional. Madrid: Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid.

Velasco T. J. Grijalva M.G. y Pedraza A. A. (2014) Repercusiones del cuidar en las necesidades básicas del cuidador primario de pacientes crónicos y terminales. *Medicina Paliativa* 22(4),146-151.

Capítulo 6

Algunas consideraciones respecto al autocuidado de los profesionales de la salud

*Javier García de Alba García,
Ana Leticia Salcedo Rocha,
Enrique Castañeda Aguilera,
Susana de la Rosa Hernández
y Judith García De Alba Verduzco*

Introducción

El concepto de autocuidado, se deriva de la palabra cuidado, cuya etimología proviene de los vocablos latinos “*cuidare* y *curare*”, los que, a su vez derivan de la palabra latina: *cogitare*, pensar; asimismo, su etimología indica: sentir una inclinación, preferencia o preocupación por (Ministerio de Planeación, Chile, s/f).

Es por ello que en castellano “el término cuidado como participio pasivo de la acción de cuidar, una de sus acepciones, se refiere a: solicitud y atención para hacer bien alguna cosa, y de manera específica en este caso se entenderá, como: la atención que se da a alguien, (Diccionario de la Real Academia Española, 1927) (Diccionario del español usual en México, 2002).

Aunque la palabra cuidado tiene diversos significados en español. El más inmediato y popular funciona como un aviso ante un peligro inminente. Pero en este trabajo, se refiere al sentido que se utiliza en el campo de la salud (Siles, 1997). Donde se liga no tan sólo a la acción de cuidar, sino también se entremezcla con la acción de curar la enfermedad, o recuperar la salud en un amplio sentido bio-psico-social (Alba, 2015).

Por lo tanto, cuidar, no sólo requiere hacer cosas; se hace necesario, antes y durante, pensar para discurrir un cuidado. Así cuidar deviene en un acto tanto intelectual y teórico, como práctico. Por ello en la definición de cuidado se plantea que: cuidado implica mantener la atención, fijarse, estar en lo que se está haciendo. Procurarse un sitio en el mundo. Andarse con cautela, No perder detalle, ni bajar (de manera descuidada) la guardia. De ahí que el cuidado es estar dispuesto y de forma instantánea disponible. **Siempre listo, siempre despierto.**

Por lo tanto, cuidar es una interacción humana de carácter interpersonal, intencional, único, que sucede en un contexto sociocultural con un fin determinado y que refuerza o reafirma la dignidad humana. Es decir, implica un proceso intersubjetivo y simétrico, en el cual ambos, quien es cuidado y su cuidador, establecen una relación de doble vía que parte del reconocimiento del uno y del otro, como seres humanos, pero diferentes, e implica una presencia mutua.

Es esto lo que hace del cuidado una experiencia energizante de mutuo beneficio, donde la autonomía de los humanos, es la meta ideal de cuidarse (Fromm, 1955), y la satisfacción de necesidades de manera conjunta, logra que se establezca y goce de una verdadera cultura del cuidado (Tobón, 2003).

Cuidado

De acuerdo con la importancia y amplitud del término cuidado en la vida humana, el concepto ha ocupado la atención de grandes pensadores como Aristóteles quien manejó el término “cuidado”, en el sentido de atender con delicadeza y respeto (López 2010; Gracia 2000), ya que el cuidado más importante, es el sentido que se le da a las acciones (Honneth, 1998), ya sea desde la salud hacia los demás (incluyendo la naturaleza) donde destaca la bioética.

Por lo anterior, el cuidado (de los demás), no puede ser completo, si no se incluye, el cuidado de uno mismo (Forcada, 1998; Reca-García, 1989). De ahí que Kant y Schopenhauer aludieran al cuidado, como el régimen de vida en el que no se tratara por derecho, sino con derecho (Honneth, 1998).

De acuerdo con Husserl (1994) y Heidegger (2000), el cuidado, a través del tiempo, se ha manifestado mediante dos formas complementarias, sea como concepto universal, esencial para las culturas; y el cuidado como fenómeno subjetivo con relaciones más profundas. En ambos casos, de acuerdo con Heidegger, las prácticas y significados del cuidado, están influidos por el contexto social, político, ideológico y religioso, al efecto, alude al mito fundacional del cuidado que escribió Higinio (40-30 a. C.) en su fábula “El hombre y el mundo” donde plantea:

“Una vez llegó Cura a un río y vio terrones de arcilla. Cavilando, cogió un trozo y empezó a modelarlo. Mientras piensa para sí qué había hecho, se acerca Júpiter. Cura le pide que infunda espíritu al modelado trozo de arcilla. Júpiter se lo concede con gusto. Pero al querer Cura poner su nombre a su obra, Júpiter se lo prohibió, diciendo que debía dársele el suyo. Mientras Cura y Júpiter litigaban sobre el nombre, se levantó la Tierra y pidió que se le pusiera a la obra su nombre, puesto que ella era quien había dado para la misma un trozo de su cuerpo. Los litigantes escogieron por juez a Saturno. Y Saturno les dio la siguiente sentencia evidentemente justa: Tú, Júpiter, por haber puesto el espíritu, lo recibirás a su muerte; tú, Tierra, por haber ofrecido el cuerpo, recibirás el cuerpo. Pero por haber sido Cura quien primero dio forma a este ser, que mientras viva lo poseerá Cura. Y en cuanto al litigio sobre el nombre, que se llame homo, puesto que está hecho de humus (tierra)”.

Como se puede observar en esta fábula “Cura” (cuidado) aparece ya relacionada con la noción del hombre. De un hombre compuesto de cuerpo (tierra) y espíritu (alma), es decir un hombre holístico.

Por ello, leyendo a Heidegger, en especial su obra “El ser y el tiempo”, se puede llegar a establecer el concepto fenomenológico de cuidado y el de cura. Donde la fábula se constituye en un referente esencial para entender la importancia filosófica, fenomenológica y epistemológica del cuidado.

Al efecto, Heidegger agrega que debido a que: la “impropiedad”, como forma originaria de nuestro ser en el mundo (previa al nacimiento y posterior a la muerte), esa impropiedad, provoca en el hombre, una sensación de desamparo e indefensión ante el dolor, la enfermedad y

la muerte, sólo mediante el cuidado logra el hombre un grado de control conveniente ante la impropiedad, al satisfacer sus necesidades, en general, y de su salud, en particular.

Cuidado de la Salud

Para cuidar la vida y la salud es necesario desarrollar actitudes y aptitudes para tomar decisiones y realizar medidas saludables, aspectos que constituyen uno de los cinco componentes de la promoción de la salud (PS), establecidos en la primera conferencia internacional sobre PS, en la Carta de Ottawa Canadá, que señala:

“La promoción favorece el desarrollo personal y social en la medida que aporte información sobre el cuidado, educación sanitaria para tomar decisiones informadas y se perfeccionen las aptitudes indispensables para la vida; de esta manera se aumentan las opciones disponibles para que la gente pueda ejercer un mayor control sobre su salud y el medio social y natural, y así opte por todo aquello que propicie la salud” (WHO, 1986).

Las prácticas cotidianas y las decisiones que se realizan para promover, cuidar, fortalecer o reestablecer la salud son conductas que se aprenden a lo largo de la vida cotidiana y responden a la capacidad de supervivencia en la cultura a la que se pertenece (Tobón, 2003), de lo que se deriva, que el cuidado en general, y el de uno mismo en particular, sea una función inherente al ser humano e indispensable para la vida individual y social, producto del desarrollo experiencial y reflexivo del individuo y la de la propia sociedad.

Por su gran potencial para impactar el modo de vida colectivo y el estilo de vida personal, el autocuidado se constituye en una estrategia fundamental para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Autocuidado

El autocuidado como concepto tiene su origen en la salud pública, y posteriormente fue retomado para basamento teórico del proceso enfermero por Dorotea Orem, quien desarrolló una teoría del cuidado que contribuye a la integración de la enfermería como disciplina científica. (Morales *et al.*, 2003; Siles & Solano, 2007).

Orem, definió al autocuidado como “aquellas actividades que realizan los individuos, las familias o las comunidades, con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe o reestablecerla cuando sea necesario”; concepto con gran potencial epistemológico y teórico explicativo, que no tan sólo contribuye a la propia existencia, sino también, como una actividad aprendida se orienta hacia un objetivo definido, que puede incluir al individuo, a los otros y al medio ambiente, lo cual repercute en el desarrollo y funcionamiento de la vida misma, es decir en la salud.

De acuerdo con Orem (1993), los requisitos para lograr el autocuidado son:

1. Los de orden universal, que incluyen: la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
2. Los relacionados con el desarrollo y promoción de salud, necesarios para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez.
3. Los relativos a la corrección de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud.

El autocuidado, posibilita aptitudes bio-psico-sociales, para la vivencia y la supervivencia del hombre individual y social, de manera voluntaria, intencional, razonada y efectiva, y refiere las siguientes actividades:

- Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
- Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
- Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- Prevención de la incapacidad o su compensación.
- Promoción del bienestar.

Como se observa, la teoría del autocuidado, considera a la persona como sujeto dinámico, integral e integrado a la naturaleza, siendo el autocuidado una experiencia reflexiva. Considera a la salud como “un estado” donde el sujeto significa sus componentes, mediante su oportuna y eficaz agencia en tiempo y espacio.

Cuidado de necesidades y *Kairós*

Kairós se refiere al tiempo histórico (Valencia, 2007) de los momentos en que el ser humano, dedica al cuidado de sus necesidades, de ahí la importancia de analizar en ese cauce existencial, desde las dimensiones componentes como: el contexto, forma, proceso y resultado obtenido.

Un recurso para dicho análisis, lo constituye la fenomenología, ya que puede dar pistas sobre los aspectos éticos y morales del cuidado a lo largo de la historia humana, de las sociedades y culturas, donde se han producido esos momentos históricos, proporcionando cuenta de los variados “ritmos de vida” y de los tiempos relativos en que se dan.

Para este caso, la misma historia plantea que existe un discurso sobre el deber ser de los profesionales de la salud, que asisten al cuidado de la vida y salud humana, en condiciones de dicha y de adversidad; sin embargo, esa misma historia, en los hechos, alude que muchos profesionales de la salud, se han mantenido “prudentemente” alejados de la reflexión vivencial y fenomenológica de su propio cuidado, o sea de su autocuidado.

De acuerdo con la teoría del autocuidado, atender las propias necesidades del ser humano, es un requerimiento, para las cuales obviamente existe un *Kairós*. Sin embargo, para el contexto de la sociedad en vías de desarrollo y de consumo globalizado, se hace preciso que los miembros del equipo de salud, busquen y hagan un paréntesis en la vorágine existencial donde están inmersos, para cuidar de sí mismos, ya que como requisito primordial para efectuar sanas decisiones en la atención a la salud, se requiere poseerla, al menos en cierto grado.

Según Oltra (2013), basada en Oren y Henderson (1991), al igual que todas las personas, el equipo de salud, requiere invertir tiempo de calidad para un:

- Kairós-patrón respiratorio.
- Kairós-comer/beber.
- Kairós-patrón de eliminación.
- Kairós-movimiento-mantenimiento.
- Kairós-dormir-descansar.
- Kairós-vestido-abrigo adecuado.
- Kairós-mantenimiento temperatura.
- Kairós-aseo-higiene personal.
- Kairós-evitar peligros ambientales.
- Kairós-comunicación.
- Kairós-religión.
- Kairós-ocupación-empleo.
- Kairós-lúdico.
- Kairós-aprendizaje-descubrimiento.
- Kairós-patrón sexual.

El viejo adagio “médico cúrate a ti mismo” parafraseado como “miembro del equipo de salud cuídate a ti mismo” sigue teniendo vigencia y amplitud al aplicarse como “cuidador cuídate a ti mismo”, pues el autocuidado de los profesionales del área de la salud, hoy por hoy requiere ser considerado una competencia necesaria, no tan sólo para el mantenimiento de la salud individual, sino también para desarrollar un desempeño profesional efectivo, en la atención de pacientes y afrontar de forma adecuada el desgaste que conlleva la exposición al proceso salud-enfermedad-atención humano.

El autocuidado en el personal del área de la salud

El autocuidado en el contexto de la atención para el profesional de la salud, es el resultado de una trayectoria inclusiva e incluyente de actitudes, experiencias y reflexiones, y no un producto del azar o la improvisación, pues requiere una conducta deliberada para mantener la salud y el bienestar (Aarón & Llamas, 2004).

Lo anterior puede lograrse mediante estrategias de diversa índole, todas ellas complementarias y reforzadoras para el autocuidado del profesional de la salud (Aarón & Llamas, 2004; León, 2007; Morales *et. al.*, 2003) como son: el fortalecimiento de los equipos de trabajo; condiciones que prevengan y minimicen riesgos; espacios de contención (Aarón & Llamas, 2004; Morales, 2003; Torralba, 2000; Norabuena, 2006; Gálvez & Martínez, 2008); clima laboral que fomente el reconocimiento y el estímulo al desempeño; formación relacional para la prevención y el afrontamiento del desgaste asistencial cotidiano.

Las medidas señaladas, resultan poco eficaces, si el profesional del equipo de salud y las instituciones a través de sus directivos, no son capaces de aceptar y detectar su vulnerabilidad mutua, lo cual implica la obligatoriedad de establecer conductas y políticas para mantener por ambas partes, una actitud resolutiva y preventiva, para detectar problemas de manera temprana y encontrar mecanismos o herramientas para resolver los problemas que por falta de autocuidado surjan o se enfrenten (Beca, 2006; Bascuñan, 2008; Gracia, 2004; Norabuena, 2006).

El encuadre de la perspectiva del autocuidado, requiere de considerar dos tipos de perspectivas (Martínez; 2006):

Positivas: donde se planteen las aptitudes y actitudes reales y potenciales, que mejoren o mantengan la salud. Por lo que estas estrategias de autocuidado se refieren a la promoción de salud.

Negativas: que se refieren a susceptibilidades, daños, actitudes o deficiencias que dificulten la salud. Por lo tanto, el enfoque estratégico se encamina a la prevención o control de la enfermedad.

En ambos casos cada miembro del equipo de salud, juega un papel importante, debido a que cada persona tiene su propia vivencia de la realidad cotidiana, o sea, la vivencia de su propia integralidad, donde el cuerpo humano, como síntesis y expresión biopsicosocial, en la corporalidad, trata de procesar el impacto de una realidad compleja, problemática y difícil, así como desarrollar mecanismos y expresiones para mantener la salud, superar conflictos y evitar la enfermedad.

En esta situación vivencial, emerge el autocuidado, ante la contradicción del: “ser y el deber ser”, como miembros del equipo de salud, reconociendo las fuentes de bienestar, y, o malestar, en las principales dimensiones que propician su crecimiento, desarrollo e integración o no como persona, y miembros del equipo de salud, donde destacan: su corporalidad (de forma consciente o no reconocida), su afectividad (modos de sentir), su cognitividad (sentido de su realidad), sus conductas (verbales o no verbales respecto a su estilo de vida), su historia (en términos ontológicos), su contexto (biopsicosocial y comunitario) y su ámbito relacional (vínculos socioculturales).

Algunos indicadores del autocuidado, relacionados con las dimensiones antes señaladas, se presentan a continuación:

Tabla 6-1. Indicadores de autocuidado en diferentes áreas de la persona	
Salud física	
Alimentación	Composición
	Cantidad
	Horario
Actividad física	Tiempo
	Espacio
	Tiempo
Descanso	Espacio
	Tiempo
Recreación	Espacios
	Tabaco
Consumos	Alcohol
	Drogas
Salud mental	
Área cognitiva	Crecimiento
	Desarrollo
Área afectiva	Nivel de comunicación externa
	Nivel de comunicación interna
Área conductual	Reconocimiento
	Actitudes
	Prácticas
	Autocontrol
	Desgaste

Estos y otros indicadores de manera directa o indirecta pueden ayudar a evaluar el autocuidado, en los profesionales de salud, situación caracterizada mediante el enfoque negativo de la incidencia y la prevalencia de ciertos padecimientos.

Situación de salud del equipo de salud

El proceso salud-enfermedad, en el profesional de la salud, sigue una trayectoria que requiere de tiempo para la instauración de patologías laborales, que se sinergizan en la vida cotidiana por la práctica de un inadecuado estilo de vida, situación de la cual no están exentos, los profesionales de salud, como grupo particular.

Al efecto se requieren precondiciones biopsicosociales para desarrollar ciertos padecimientos que de no tener autocuidado, mantienen o incrementan su patogenicidad, reduciendo el potencial de salud individual.

Así, defectos de autocuidado que propician conductas inadecuadas, como hábitos alimentarios defectuosos, falta de ejercicio, descanso e higiene mental, entre otros, afectan el desempeño profesional, por producir incapacidad por enfermedad, además de alterar la eficiencia laboral.

Para ilustrar esta situación procesal, se efectuó una breve revisión de informes epidemiológicos, sobre la problemática de salud prevalente en profesionales de la atención, en el medio; antes y durante su ejercicio formal.

Cabe señalar que una limitante de este enfoque, son las diversas metodologías e instrumentos utilizados por los autores consultados; sin embargo, la idea no es generalizar, sino evidenciar la tendencia de este proceso patogénico, con objeto de tener una aproximación indirecta al autocuidado de los miembros del equipo de salud, quedando como asignatura pendiente el investigarlo con más profundidad e incluir la perspectiva positiva de la salud.

Patología antes de terminar sus estudios y al iniciar su carrera

Al parecer la problemática relacionada con un descuido en el cuidado de la salud, de los profesionales de la salud, se inicia desde su formación como estudiantes o durante su entrenamiento de especialización (Trujano. 2015, pág. 898 [tabla 6-2]).

Al efecto, se encontró que al finalizar la carrera de medicina, se informa que la depresión afecta a uno de cada ocho, o a uno de cada cuatro alumnos; y que la ansiedad aqueja a uno de cada tres estudiantes de medicina, prevalencia que se incrementa alrededor de 5% para depresión y ansiedad, en la etapa de especialización como residente graduado, donde además se ha detectado riesgo de suicidio en 7% (Terrones, 2014; Jiménez, 2015) (tabla 6-2).

En el caso de las estudiantes de enfermería, la depresión se informa en uno de cada cinco estudiantes (Trujano, 2015) (tabla 6-2).

Respecto a hábitos nocivos, los informes sobre ingestión excesiva de alcohol alto y muy alto en estudiantes de enfermería, fluctúa entre 55 a 89%; de 12 a 77% para estudiantes de medicina; y en alumnos de odontología se informa hasta 74% (Trujano, 2015; Ponce, 2011) (tabla 6-2).

En lo que toca al consumo alto y muy alto de tabaco en las estudiantes de enfermería se informa de 22 a 43%, en la carrera de medicina de 7 a 30%, y en la de odontología 31% (Trujano, 2015; Ponce, 2011) (tabla 6-2).

La obesidad en estudiantes, es prevalente en: 39% de enfermería, 18% de medicina y 27% de odontología (Ponce, 2011) (tabla 6-2).

Y en lo que toca al síndrome de agotamiento profesional (*burnout*). Los médicos residentes de primer año en varias especialidades, evidenciaban ya 46% de agotamiento emocional, 36% de despersonalización y 40% de afectación en logros personales. Para los residentes de oncología (especialistas en cáncer) se registró 13% de *burnout*.

Tabla 6-2. Situación durante la etapa de formación del equipo de salud						
Grupo	Subgrupo	Tamaño	Problemática			Fuente
Estudiantes de medicina de décimo semestre			Presencia de ansiedad	Presencia de depresión	Riesgo de suicidio	Terrones, M.C., <i>et. al.</i> , (2014). <i>Comparación entre la prevalencia de ansiedad y depresión en los estudiantes del último año de medicina de dos universidades de México</i> . Revista Lux Médica. Aguascalientes, México
	UAA	56	35%	16%		
	UASLP	65	32%	17%		
Médicos Residentes	2do año UMAE “Hospital La Raza” IMSS	108	41.7%	22.6%	7.4%	Jiménez-López, J.L., <i>et. al.</i> , (2015). <i>Síntomas de depresión, ansiedad y</i>

						<i>riesgo de suicido en médicos residentes durante un año académico. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 53(1), :20-28. Distrito Federal, México</i>
			Índice de alimentación saludable	Necesidad de modificaciones en su alimentación		Romo-López, D. N. (2015). <i>Hábitos alimentarios en universitarios que cursaron la materia de nutrición</i> . Revista Lux Médica. Aguascalientes, México
Estudiantes del área de salud que cursaron la materia de nutrición	Cultura física	25	X			
	Enfermería	31		X		
	Estomatología	32	X			
	Nutrición	25	X			
	Medicina	23		X		
			Alcohol	Presencia de depresión	Tabaco	Trujano, R., et. al., (2015). <i>Estudio de género y consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de carreras del área de la salud y de otras áreas</i> . Revista electrónica de Psicología Iztacala. México
Estudiantes Iztacala UNAM	Medicina	100	12%	24%	8%	
	Enfermería	100	55%	20%	43%	
			Dimensión de actividad física poco saludable	Dimensión de consumo de alimentos poco saludables	Dimensión de sueño y reposo poco saludable	Grimaldo, M. P. (2012). <i>Estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud</i> . Revista Psicología y Salud 22(1):75-87. Lima, Perú
Estudiantes segundo grado de postgrado	Maestrías de: salud pública, estomatología, psicología, docencia e investigación y gestión. Doctorados de: salud pública y odontología	409	9.9%	31.4%	29.3%	
			Agotamiento emocional	Despersonalización	Logros personales	Prieto-Miranda, S.E., et. al. (2013) <i>Desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes</i> . Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Vol. 51, No. 5, 574-579. México
Residentes de primer año, Hospital Regional, IMSS, Guadalajara, México	Anestesiología, cirugía, ginecología, medicina interna, medicina del trabajo, pediatría y urgencias	45	46.66%	33.33%	40%	
			Burnout			González-Ávila, G., Bello-Villalobos, H. (2014). <i>Efecto del estrés laboral en el aprovechamiento académico de médicos residentes de Oncología</i> . Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro
Residentes de Oncología	RI, RII y RIII de oncología del Centro Médico Nacional siglo XXI, IMSS	52	13.5%			

						Social 52(4):468-473. México
			Insatisfacción de la imagen corporal	Satisfacción de la imagen corporal	Riesgo de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria	Gómez, B., Vázquez, M.E. (2015). <i>Cómo conciben su imagen corporal las estudiantes de la Licenciatura en Psicología</i> . Revista Electrónica de Psicología Iztacala 18(2). Universidad Nacional Autónoma de México, México
Estudiantes de psicología de Iztacala, UNAM	Segundo semestre de la generación 2011-2016	61	55.76%	42.61%	1.63%	
			Obesidad	Alcohol	Tabaco	
Estudiantes del área de la salud de la Universidad Autónoma de Baja California	Enfermería	104	39%	69.8%	22.7%	Ponce, G., et. al., (2011) <i>Obesidad y factores de riesgo en estudiantes del área de la salud de la Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali</i> . Revista Salud Pública y Nutrición 12(4) Mexicali, BC, México
	Medicina	120	18.3%	77.8%	30.7%	
	Odontología	112	27.4%	74.1%	31.7%	

Nótese que la falta de autocuidado se refleja en la prevalencia de problemas de salud reportados por los diversos autores, desde la etapa formativa de los profesionales de la salud.

• Durante su ejercicio profesional

La problemática de una falta de cuidado inicial durante la formación profesional, no tan solo continúa, sino al parecer se incrementa, a lo largo de la vida laboral de los profesionales de la atención a la salud, como se muestra a continuación.

En el personal de salud operativo de 35 delegaciones del IMSS, se reportó: 85% de sedentarismo, 36.5% de tabaco, 45.8% alcohol y 40% de hábitos alimentarios inadecuados. (Velasco.2013) (tabla 6-3).

Por otra parte, el síndrome metabólico, que representa el mayor riesgo cardiovascular para el ser humano: Se reporta, que, en una clínica de primer nivel de atención, el 9% de enfermeras, el 8% de médicos, y 10% en el resto de profesionales de la salud lo padecen (Palacios.2010). Para un hospital de segundo nivel: el 32% de enfermeras y 16% de médicos lo presentan; y en un hospital de tercer nivel el 30% del personal resultó afectado por dicho síndrome (Mathiew.2013) (tabla 6-3).

Para el Burnout se reporta 7% para psicólogos, y un 20% en personal de la atención institucional, 41.6% en médicos familiares y 52% en odontólogos. (Castañeda 2010, 2013) (tabla 6-3).

Tabla 6-3. Ejercicio profesional

Grupo	Subgrupo	Tamaño	Problemática			Fuente
			Burnout			
Médicos familiares de 24 unidades de Guadalajara del IMSS		240	41.6%			Castañeda Aguilera E y García de Alba G JE. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (<i>burnout</i>) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. <i>Revista Colombiana de Psiquiatría</i> . 2010;39(1):67-84
Odontólogos docentes y operativos de Guadalajara, Jal. México		138	52%			Castañeda Aguilera E y Garcia de Alba G JE. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (<i>burnout</i>) en odontólogos de una institución educativa y de salud en la ciudad de Guadalajara. <i>Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia</i> 2013;24(2),267-288
Psicólogos que laboraban en el Instituto Nacional de Pediatría	Psicólogos de la salud	30	7%			
Trabajadores de una institución de salud	Enfermeras, médicos, personal de laboratorio, personal de otras categorías	673	20.4%			Patlán, J., (2013). Efecto del Burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. <i>Revista Elsevier España</i> 29,:445-455. Pachuca, Hidalgo, México

			Prevalencia de síndrome metabólico			Mathiew-Quirós, Á., et. al., (2013). Síndrome metabólico en trabajadores de un hospital de segundo nivel. <i>Revista Médica del Instituto Nacional del Seguro Social</i> 52(2):580-587. Monterrey, México
Trabajadores de un hospital de segundo nivel del IMSS	Enfermeras	45	32.8%			
	Personal administrativo	36	19.7%			
	Técnicos	30	19.7%			
	Médicos	27	16.4%			
	Servicios generales	22	11.5%			
			Síndrome metabólico			Palacios-Rodríguez, R. G., et. al., (2010) Síndrome metabólico en personal de salud de una unidad de medicina familiar. <i>Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social</i> 48(3):297-302. Estado de México Oriente, México
Personal de salud de una Unidad de Medicina Familiar, IMSS	Médico familiar	25	9			
	Asistente médica	30	9			
	Enfermera	19	8			
	Estomatólogo/laboratorista/trabajadora social	16	10			
			Sedentarismo	Tabaco / alcohol	Malos hábitos alimenticios	Velasco-Contreras, M. E. (2013) Perfil de salud de los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social. <i>Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social</i> 51(1):12-25. México
Trabajadores del IMSS de 35 delegaciones	Médicos, enfermeros, administrativos, intendencia, otros	19,532	85%	36.5% / 45.8%	40%	
			Sobrepeso	Obesidad	Síndrome metabólico	Cruz-Domínguez, M. P., et. al. (2015). Sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico e índice cintura/talla en el personal de salud. <i>Revista Médica del Instituto</i>
Personal de salud del Hospital de Especialidades Centro Médico “La Raza”	Médicos, enfermeras, nutricionistas y dietistas, laboratoristas, personal administrativo, servicios generales	735	281	167	225	

Como se puede observar, la falta de cuidado se manifiesta en las dimensiones psicológica, biológica y social, en los profesionales de la salud, desde su etapa de preparación y durante su desempeño profesional formal. Pareciera que además o en concurrencia, con el contexto socioeconómico patogénico, existe un *continuum*, o una trayectoria grupal, la cual en algunos casos manifiesta prevalencias cada vez más crecientes, como el caso de la alimentación deficiente y el síndrome de agotamiento profesional.

Aspectos éticos del autocuidado

Cualquier práctica profesional está sujeta a normas éticas, siendo una faceta de ellas, las referentes a la responsabilidad de las acciones y las consecuencias derivadas de su ejercicio. En el caso de las profesiones de la salud, desde el punto de vista ortodoxo, esta responsabilidad ha sido unidireccional y se plantea desde los profesionales del equipo de salud hacia los sujetos de la atención proporcionada, sea preventiva, curativa, o ambas, en términos de calidad y excelencia, donde su entrega es matizada por los principios éticos de autonomía, justicia y beneficencia-no maleficencia.

Así la práctica ética del profesional, se finca en la relación paciente-profesionista de la salud, que se ha considerado armoniosa, y en función de la formalización sociológica de T. Parsons. Sin embargo, en la actualidad, se ha hecho difícil sostener esa concepción, debido a los cambios en la prestación de servicios de salud, producto de los desarrollos científico- tecnológicos y administrativos que inciden en la relación paciente-profesional de salud, tornándola, compleja y en ocasiones difícil, como lo expresan E. Freidson y H. Waitzkin (citados en Anderson y Helm, 1982).

La polarización de la institucionalización, la tecnologización y la despersonalización del cuidado de la salud como respuestas a los cambios demográficos y en la comunicación, que han incrementado la demanda asistencial y la exigencia de control de calidad y actualización técnica, han provocado en los profesionales de la salud, climas laborales complejos y, o difíciles, que se agravan en la convivencia con el padecer de pacientes y familiares, donde la posibilidad de una relación armoniosa, simétrica, cercana y confiable cada día se ve más lejana, a pesar de que “nunca en la historia se ha ofrecido una “atención” tan eficiente y nunca ha habido tanta frustración y desconfianza” (Beca, 2006), pues se exige al profesional cualidades que van más allá de su experiencia técnica, y de sus valores morales y espirituales (Beca, 2008).

Por otra parte, la situación actual de estandarización de la atención (Rosselot, 1999, 2000; Torralba, 2000; Burbinski, 1999; Roman, 2011), de acuerdo con Gracia (2000), coloca al profesional de la salud, ante una labor asistencial que lo obliga a estar capacitado técnicamente y no cometer daño al paciente, sea de manera consciente o inconsciente; lo cual se enmarca en una ética de los mínimos, que es la que rige (desde Hipócrates) de manera ortodoxa los códigos de ética y deontología profesional. Por otra parte, al insertar políticas institucionales de calidad y excelencia en la labor asistencial cotidiana, se está apuntando hacia una ética de los máximos, donde el profesional no puede ser maleficente y debe ser benéfico. Por lo cual el profesional que no cumple la calidad se le puede acusar de negligencia, y el que no cumple con ser excelente, evidencia su no superación. Al efecto, Rosselot (1999, 2000) señala que no hay atenuante en el cumplimiento de la excelencia en la práctica del profesional de la salud, ya que es garantía del derecho de quien es atendido.

Ante esta problemática, Oltra (2013: 86) se pregunta ¿es posible realizar todas esas conductas de calidad y excelencia en la relación clínica? ¿Puede ocurrir así, donde hay tanto dolor

humano?, ¿Es posible que el profesional no se perturbe emocionalmente en esas interacciones y en la búsqueda de la excelencia?, y se contesta: “manejar estas dimensiones sin gran desgaste, exige no sólo madurez técnica, psicológica y ética, sino también humana y existencial. Ante estos requisitos, el profesional de la salud, ha de ser una persona muy sana de modo espiritual y existencial, “so pena de no poder ayudar cabalmente, a los demás en esos trances tan críticos”.

Aquí es donde la ética del autocuidado, cobra una gran relevancia, ya que la patología laboral de los profesionales de la salud, como en el caso del síndrome de desgaste profesional o *burnout*, que representa en la actualidad un problema de salud pública, donde con frecuencia se culpa a la víctima, señalando que el problema, es consecuencia de un inadecuado afrontamiento de las demandas laborales, dañando la calidad de vida de quien lo padece y reduciendo la calidad de su desempeño profesional (Norambuena, 2006).

Al efecto, las instituciones y los profesionales de la atención de la salud, acuden al enfoque de riesgo, perspectiva usada por lo común en problemas epidemiológicos, para determinar prioridades y acciones sanitarias, donde entre otras cosas, se plantea que el sujeto reconozca su vulnerabilidad (término que encierra la posibilidad del daño a la finitud y a la condición mortal del ser humano (Feito, 2007: 9) o sea, que admita su condición de peligro. Situación realmente compleja, pues implica aceptar la amenaza, la posibilidad de daño y su propia fragilidad, no tan sólo en la dimensión física o corporal, sino también en la dimensión psicosocial, de ser, sentir y pensar en sí, y además, en la dimensión social, al pensar en y con los demás; para desarrollar una “conciencia moral”, apoyándose en la dimensión histórica (Feito, 2007) de clase en sí, para desarrollar su relación de clase para sí.

Retomando las palabras de Lydia Feito (2007: 10) “el ser humano es, por tanto, vulnerable y frágil por su misma condición corporal y mortal, pero también por su capacidad de sentir y pensar, de ser en, y, con otros “. Es capaz de desarrollar una conciencia moral, con lo cual la vulnerabilidad no sólo hace referencia a la dimensión biológica, sino también implica a su historia individual en relación con otros y al daño bidireccional, derivado de su relación con otros.

Oltra (2013ág: 88), señala que para que las acciones sanitarias, sean efectivas se requiere que la persona además de reconocerse como un ser vulnerable, en riesgo de ser afectada de forma bio-psico-social por su trabajo y su dedicación, sea capaz también de encontrar las mejores herramientas para su cuidado personal, y que esto es parte ineludible de su responsabilidad.

En este orden de ideas, el profesional de la salud, requiere desarrollar una actitud preventiva y desarrollar instrumentos, acciones y conductas para blindar su vulnerabilidad que deben contextualizarse, ya que tanto como profesional de la salud y como paciente, requiere de reconocimiento de, para y entre ellos, por ser los agentes centrales del cuidado y autocuidado (Feito, 2005; Turolto y Barilan, 2008) de ahí el doble compromiso técnico-ético (Gracia, 2004) para los integrantes del equipo de salud: compromiso que se resume como responsabilidad propia del profesional hacia la población usuaria y hacia la institución donde se inscribe, y también compromiso por parte de la institución hacia el profesional de salud que labora en ella,

(Galvez, 2006). Como señala Oltra (2013) aludiendo a Lydia Feito (2005:169) “ la búsqueda de la excelencia es una exigencia ética”, en este caso para ambos (profesional e institución), debido a que se está poniendo en juego la seguridad de un país”.

Conclusiones

El autocuidado resulta una actividad fundamental para la promoción de la salud de todo ser humano, considerada prioritaria por la Organización Mundial de la Salud y mandataria para los países afiliados a dicho organismo, en el caso de los profesionales de la salud, aunque se reconoce parte integral de la tarea de ayudar a otros, de manera paradójica, no parece cultivarse en los profesionales de la salud, desde el periodo formativo escolarizado, y sí, acrecentarse durante su desempeño operativo.

El autocuidado en el profesional de la salud, aunque implica por parte de éste, familiarizarse con los conceptos de fatiga, estrés de cualquier tipo, su cuidado y prevención, así como desarrollar las técnicas positivas de autocuidado pertinentes. Esta situación, no parece reflejarse, en los múltiples estudios de salud laboral en los profesionales de la salud.

En el caso de las instituciones de salud, a pesar de que se percibe preocupación por la salud de sus integrantes, resulta fundamental el desarrollo de mecanismos más eficaces y sustentables, para prevenir, detectar y vigilar los problemas que acarrea la falta de autocuidado, lo que implica un desarrollo organizacional que promueva y empodere mecanismos de autocuidado en los profesionales de salud a su cargo, mediante soluciones prácticas y asequibles que fomenten su propia resiliencia en sus rutinas, situación que se considera urgente.

Por lo anterior tanto los profesionales de la salud, y las instituciones involucradas deben favorecer un clima organizacional para la solución de problemas a todo nivel y la capacitación de los actores involucrados, (personal y directivos) para lograr metas escalonadas y objetivos precisos, a través de un formidable esfuerzo transdisciplinar y transectorial.

Referencias

- Alba Martín, R. (2015).F7 "El Concepto de cuidado a lo largo de la Historia. Cultura de los Cuidados" (Edición digital), 19, 41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.12>>
- Anderson, T. W., & Helm, D. (1982). "El encuentro médico-paciente: un proceso de negociación de la realidad". *Jaco EG. Pacientes, médicos y enfermedades. IMSS, México.*
- Beca JP. (2006) "El sentido de las profesiones de la salud". *Rev Academia S. V. Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo*, Núm. 1.
- Beca JP. (2008) "El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad del profesional de la salud". *Ética de los Cuidados* 1(1):1-4. Disponible en <http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6734.php>> (Último acceso 10 de febrero de 2016).
- Bascuñán, M. L. (2008). "La persona del médico y su propio cuidado". *Rev Gaceta de psiquiatría Universitaria* 4(3), :320-325.
- Burbinski B, Naser MA. (1999). "Reflexiones acerca de la relación médico-paciente Archivos Argentinos de Pediatría 97(1):43-46.
- Castañeda Aguilera E y García de Alba G JE. (2010). "Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 39(1),67-84.
- Castañeda Aguilera E y García de Alba G JE. (2013). "Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en odontólogos de una institución educativa y de salud en la ciudad de Guadalajara". *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia* 24(2):267-288.
- Cruz-Domínguez, M. P., et. al., (2015). "Sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico e índice cintura/talla en el personal de salud". *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 53(Supl. 1):36-41.
- Diccionario de la Real Academia Española (p. 626) Espasa Calpe. Madrid. 1927.
- Diccionario del español usual en México (pp. 305-306) El Colegio de México. 2^{da} reimpresión. México 2002.
- Feito L. (2005). Los cuidados en la ética del siglo XXI. *Enfermería clínica* y 15(3):167-174.
- Feito L. Vulnerabilidad. (2007). "Anales del sistema sanitario de Navarra" 30(Supl 3):7-22.
- Forcada, E. (1998). "El factor humano en la salud". (pp. 71-83) Buenos Aires: Editorial Proa,
- Fromm, E. (1992). "The Sane Society". Barcelona: Paidós.
- Gracia, D. (2000). "Calidad y excelencia en el cuidado de la salud". *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS*, Disponible en: <http://www.salud.edomex.gob.mx>
- Gracia D. Medice Cura te ipsum (2004). *Sobre la salud física y mental de los profesionales sanitarios. Anales de la Real Academia de Medicina*. Tomo CXXI. Cuaderno Primero.
- González, J. S. (1997). "Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina". *Enferm Clin* 7:188-194.
- González-Ávila, G., Bello-Villalobos, H. (2014). "Efecto del estrés laboral en el aprovechamiento académico de médicos residentes de Oncología". *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 52(4):468-473.
- Gómez, B., Vázquez, M.E. (2015). Cómo conciben su imagen corporal las estudiantes de la Licenciatura en Psicología. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 18(2):586-610.

- Grimaldo, M. P. (2012). "Estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud". *Revista Psicología y Salud* 22(1);,75-87.
- Heidegger, M. (2000). *El ser y el tiempo*. Fondo de Cultura Económica, Madrid.
- Henderson V. (1991). *The Nature of Nursing*. Edited by Harry N. Abrams. New York.
- Husserl, E., San Martín, J., & Márquez, C. A. M. (1994). "*Problemas fundamentales de la fenomenología*". Alianza Editorial.
- Honneth, A. (1998, January). "Entre Aristóteles y Kant Esbozo de una moral del reconocimiento". En *Logos. Anales del Seminario de Metafísica*.
- Jiménez-López, J.L., et al., (2015). "Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico". *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 53(1);,20-28.
- León Román, C. A. (2007). "Cuidarse para no morir cuidando". *Revista Cubana de Enfermería* 23(1);,1-8.
- López Farjeat, L.X. (2010). "Diánoia" Disponible en: [http:// www.salud.scielo.org.mx](http://www.salud.scielo.org.mx)
- Llanos, M. T., & Arón, A. M. (2004). "Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia" 20(1-2);,5-15.
- Martín, R. A. (2015). "El concepto de cuidado a lo largo de la historia". *Revista de Enfermería y Humanidades*. (Edición digital), 19, 41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.12>
- Martínez R., Víctor. (2006). "El enfoque comunitario: El desafío de incorporar a la comunidad en las intervenciones sociales". *Magister Psicología Comunitaria, Departamento de Psicología*. FACSO, U. de Chile. Santiago.
- Ministerio de Planeación. De Chile. (s/f).Guía para la Reflexividad y el Autocuidado, Dirigido a Profesionales y Educadores de Equipos Psicosociales de los Programas del Sistema de Protección Social Chile Solidario Chile.
- Maslach C, Jackson S. (1981). Maslach Burnout Inventory. *Consulting Psychologist Press*, California.
- Mathiew-Quirós, Á., et al., (2013). "Síndrome metabólico en trabajadores de un hospital de segundo nivel". *Revista Médica del Instituto Nacional del Seguro Social* 52(2);,580-587.
- Morales Pérez., & Menares, M. A. (2003). "Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano". *Revista de Psicología*, 12(1), 9-25.
- Oltra, S. El Autocuidado, una Responsabilidad Ética. *Rev. GPU* 2013;9(1);,85-90.
- Norambuena X. Síndrome de Burnout: una alerta. *Reumatología* 2006;22(4):147-154.
- Orem, D. E. (1993). Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería.
- Palacios-Rodríguez, R. G., et. al., (2010). "Síndrome metabólico en personal de salud de una unidad de medicina familiar". *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 48(3);,297-302. Estado de México Oriente, México.
- Parsons T. (1951). The Social System. *Free Press*. New York.
- Patlán, J., (2013). "*Efecto del Burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo*". *Estudios Gerenciales* 29(129);,445-455.
- Prieto-Miranda, S.E., et al., (2013). "Desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes". *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 51(5);,574-579.
- Ponce, G., et al. (2011). "Obesidad y factores de riesgo en estudiantes del área de la salud de la Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali". *Revista Salud Pública y Nutrición*

12(4):,1-15.

- Reca, I., & García, M. (1989). "Proposiciones teórico-metodológicas para investigaciones sobre el modo de vida familiar". *Rev Cubana Cienc Soc* 1989(19):,49-72.
- Román B. (2011). "Ética y atención al paciente". SEAUS Documento de clases. Magister
- Romo-López, D. N. (2015). "Hábitos alimentarios en universitarios que cursaron la materia de nutrición. *Revista Lux Médica* 2015;10(29):,23-29.
- Rosselot E. (1999). "Aseguramiento de la calidad profesional. Un nuevo marco ético para el ejercicio de la Medicina". *Rev Méd Chile* 127(11):,75-83.
- Rosselot E. (2000). "El derecho a una atención médica de buena calidad". *Rev Méd Chile* 128(12):,1385-1388.
- Rosselot E. (2000). "Derechos del paciente, en el marco de calidad de la atención médica V. *Rev Méd Chile* 128(8):,904-910.
- Siles González, J., & Solano Ruiz, M. D. C. (2007). "El origen fenomenológico del "cuidado" y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermería". *Cultura de los cuidados, Año XI* 2007;21 (primer semestre):,19-27.
- Solano Ruiz, M., & Siles González, J. (2005). "Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos". *Index de enfermería* 14(51):,29-33.
- Terrones, M.C., et al. (2014). "Comparación entre la prevalencia de ansiedad y depresión en los estudiantes del último año de medicina de dos universidades de México". *Revista Lux Médica* 2014;9(28):,13-21.
- Tobón Correa, O. (2003). "*El autocuidado una habilidad para vivir*". Universidad de Caldas.
- Toro, A. G., & Ques, A. A. M. (2008). "Evidencias y Seguridad". Cura te ipsum. *Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia* 5(20):,1.
- Torralba Roselló, F. (2000). "Constructos éticos del cuidar". *Enfermería intensiva* 11(3):,136-141.
- Trujano, R., et. al. (2015) Estudio de género y consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de carreras del área de la salud y de otras áreas. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. México 18(2):,879-903.
- Turolfo F, Barilan M. (2008) "*The Concept of Responsibility: Three Stages in Its Evolution within Bioethics*". *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 17,114-123.
- Valencia García, G. (2007). " Entre cronos y kairós. Las formas del tiempo sociohistórico". *Anthropos, España*.
- 0.25Velasco-Contreras, M. E. (2013) Perfil de salud de los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 51(1):,12-25. México.

Parte III

Ámbitos específicos de la salud

Capítulo 7

Autocuidado de la salud sexual

Jorge Rojas Hernández

Introducción

La sexualidad humana es un aspecto inherente al ser humano y una parte importante de la vida de cada uno; para algunos puede ser fuente de satisfacción, aceptación y bienestar, mientras que, para muchos otros, puede ser causa de problemas, tales como embarazos no deseados, adquisición de una infección de transmisión sexual, dificultades de autoestima, de identidad, disconformidad con el propio cuerpo, por mencionar algunos. Muchos de estos problemas van acompañados y causados, por miedos infundados, ignorancia y desinformación, pues resulta que casi todos los seres humanos viven y actúan sin un conocimiento real de su sexualidad y la de los demás, lo que conlleva a una afectación en la vida tanto individual como social (Alvarez-Gayou, 1986), por lo que la intención de este capítulo es servir como una aproximación al conocimiento y al cuidado de la salud sexual, propia y colectiva, para contribuir al desarrollo de una vida saludable de manera integral, en la que el componente sexual no pueda seguir siendo ignorado.

Salud sexual y sexualidad

La Organización Mundial para la Salud Sexual (2014), ha definido a la salud sexual como el “estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, el cual requiere de un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales seguras y placenteras, libres de cualquier tipo de discriminación, coerción y violencia”. Asimismo, esta asociación, en su declaración de los derechos sexuales reafirma que “la salud sexual no puede ser definida, entendida o practicada sin una comprensión adecuada de la sexualidad”.

Por otra parte, la sexualidad humana se puede definir como un aspecto central del ser humano que incluye el sexo, la identidad y roles de género, orientación sexual, erotismo, placer, relaciones afectivas, intimidad y reproducción; incluye experiencias y expresión de ideas, fantasías, deseos, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones personales a lo largo de toda la vida. Cabe mencionar que, dentro de todos estos elementos, no todos son siempre experimentados o expresados y que están influenciados por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, históricos, religiosos, políticos, éticos y legales (Asociación Mundial para la Salud Sexual, 2014).

Una forma fácil de comprender la complejidad de la sexualidad humana es por medio del modelo de los cuatro holones sexuales propuesto por Eusebio Rubio (1998), el cual menciona que la sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas: reproductividad, género, erotismo y vinculación afectiva interpersonal (figura 7-1). Este modelo señala que cada “holón” puede manifestarse de forma independiente y a su vez interactuar con los demás de diferente manera, además de que cada uno tiene manifestaciones en una dimensión biológica, psicológica y social. A continuación, se describe de forma breve en qué consiste cada holón.

Reproductividad: se refiere tanto a la posibilidad de producir nuevos individuos por medio de mecanismos biológicos, así como a las construcciones mentales y repercusiones sociales que se producen a raíz de esta posibilidad. Por lo general se aborda en su dimensión biológica, la cual incluye su funcionamiento, es decir la fisiología del sistema reproductor, así como las formas de controlarla (evitarla por medio de métodos anticonceptivos o favorecerla por métodos de reproducción asistida) sin evitar la interacción erótica. Sin embargo, es común que se olvide de su dimensión psicológica, ya que la reproducción no termina con el nacimiento de un nuevo ser, sino que la función de la maternidad y la paternidad se prolongan muchos años más. De igual manera, no se debe ignorar su dimensión social, la cual incluye la institucionalización de las políticas reproductivas que son la base de fenómenos demográficos.

Género: entendido como la serie de construcciones mentales y sociales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías masculina y femenina, así como la identificación o no con una de estas categorías, la expresión de un rol y la manifestación de una orientación y atracción por uno, otro o ambos géneros (lo que comúnmente se llama orientación sexual). Este

holón es un marco de referencia que permite responder quiénes somos, qué hacemos, qué queremos y a dónde vamos, el cual influye en gran medida en la autopercepción y con ella la autoestima de las cuales dependerán el desarrollo integral y el plan de vida.

Erotismo: constituye el componente placentero de las experiencias corporales, vividas de manera individual o en interacción con otros, en las que se presentan cambios corporales y mentales conocidos como las fases de la respuesta sexual humana (deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución) (Masters y Johnson, 1966; Alvarez-Gayou, 1986). Este holón abarca los procesos humanos en torno al apetito sexual, sus resultantes en la calidad y expectativas de esa vivencia, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias, sin olvidar los juicios de valor que hace la misma sociedad al respecto de las prácticas eróticas.

Vinculación afectiva: considerada como la capacidad de desarrollar afectos intensos hacia otro ser humano, así como las construcciones mentales, individuales y sociales que se derivan de este afecto. Sus dimensiones incluyen las formas de vinculación (la más difundida y reconocida es el amor de pareja), las fases en el proceso de formación del vínculo, el establecimiento de la pareja, así como la institucionalización e implicaciones políticas y legales de la unión legal y su disolución.

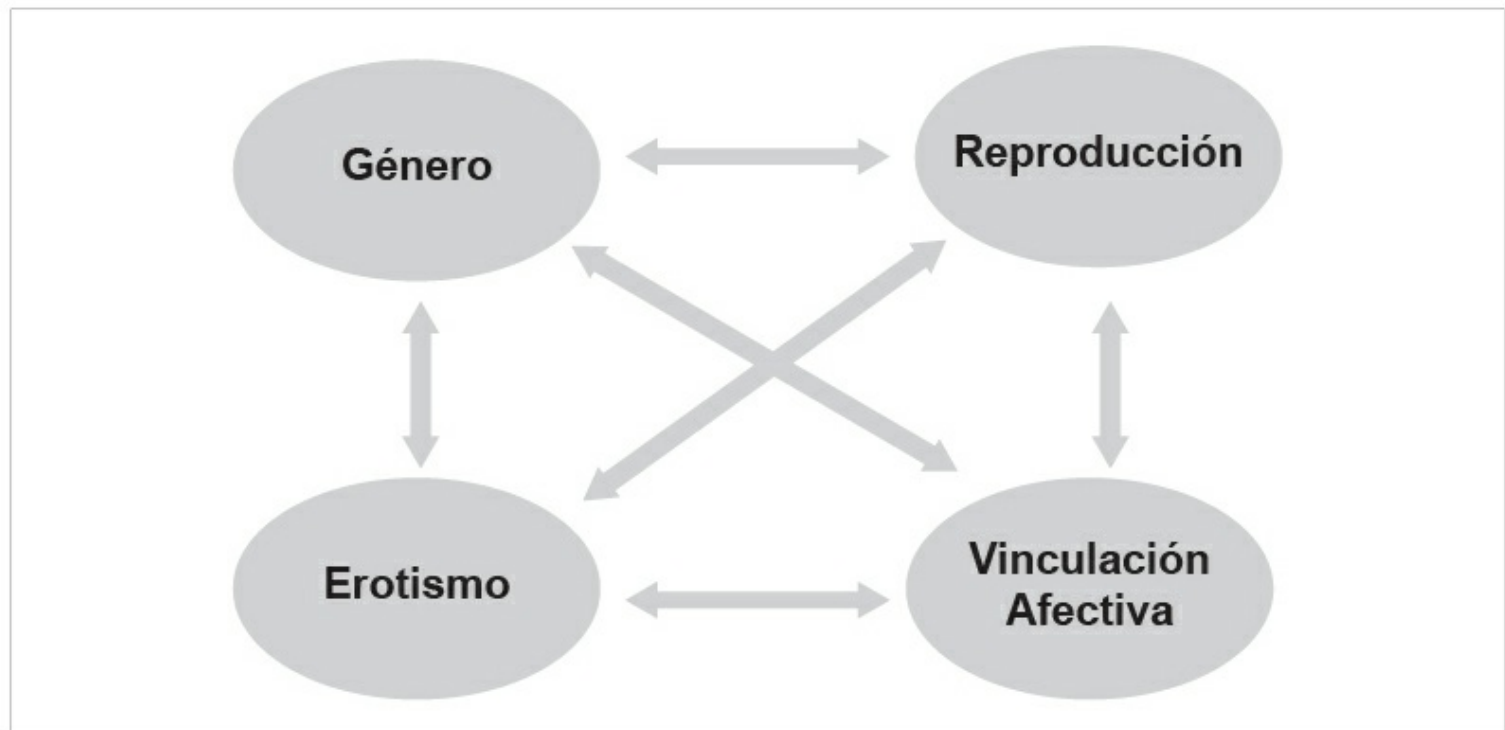


Figura 7-1. Representación de la sexualidad humana de acuerdo con el modelo de los cuatro holones.

Problemáticas generales en las dimensiones de la salud sexual

Tal como ya se estableció antes, la salud sexual trata acerca del estado de bienestar físico, emocional y social en torno a la sexualidad de la persona, y es en las tres dimensiones: biológica, psicológica y social, en las que se suelen presentar problemas de diversa índole, en uno o en varios holones de la sexualidad, que interfieren con este estado de bienestar necesario para la salud sexual.

Problemas comunes en la dimensión biológica: en esta dimensión se puede mencionar las infecciones sexualmente transmisibles, que se transmiten como consecuencia de la práctica erótica sin una protección adecuada y sin la correcta información de cómo disminuir los riesgos de dicho problema de salud (Pérez *et. al.*, 2017); se puede mencionar también las disfunciones sexuales de etiología orgánica y trastornos hormonales que interfieren con el disfrute del erotismo y en muchas ocasiones del bienestar que se busca en una relación de pareja donde está involucrado un vínculo afectivo; también a esta dimensión le corresponden las alteraciones del desarrollo sexual, tales como genéticas, cromosómicas, gonadales y genitales, que pueden interferir en la construcción de la identidad de género (Rocha, 2009). Por último, el holón de la reproductividad también presenta una problemática en la dimensión biológica la cual consiste en los problemas relacionados con el embarazo, ya sea el caso de parejas que tienen un embarazo sin desearlo ni planearlo, así como las parejas que desean un embarazo sin poder lograrlo (Sáez y Fuentes, 2010).

Problemas comunes en la dimensión psicológica: en esta dimensión se encuentran en especial cuestiones de índole emocional, generando problemas de insatisfacción y frustración por el incumplimiento de expectativas individuales referentes a la sexualidad de cada persona. Por ejemplo, dentro del holón de la vinculación afectiva se puede mencionar el llamado "mal de amores" que incluye las decepciones y frustraciones amorosas, los celos, patrones disfuncionales de vinculación y formas no saludables de apego, incluida la violencia dentro de las relaciones de pareja (Ibaceta, 2011). En el holón correspondiente al género existen los problemas de autoestima, de identidad (tales como disforia de género, transgenerismo y transexualismo¹) (Moreno y Marrero 2015), así como problemas por la orientación sexual,² provocando que sean víctimas de discriminación y constante rechazo social, ocasionando dificultades psicológicas que inciden de forma directa en problemas de salud mental. En el holón del erotismo se puede mencionar como causa de muchos problemas los diferentes significados e importancia que cada persona le da al placer (Cerón, 2016), por ejemplo los sentimientos y construcciones acerca de la masturbación, que en muchos casos se ve como algo malo o pecaminoso provocando sentimientos de culpa y vergüenza para quien lo practica; de manera similar ocurre para las relaciones sexuales y muchas de las expresiones comportamentales de la conducta sexual conocidas popularmente como "parafilias" o tachadas por otros como "perversiones sexuales". Por último, en cuanto al holón de la reproducción se puede hablar de la idealización de la paternidad y maternidad que difiere mucho de la realidad, ya que ciertas condiciones de vida y oportunidades sociales interfieren el desempeño saludable

del ejercicio de la paternidad y maternidad (Arvelo, 2004).

Problemas comunes en la dimensión social: esta dimensión resulta ser compleja por su nivel organizacional que resulta de la interacción de los individuos inmersos en una cultura, sin embargo, de manera general se puede mencionar algunos de los principales problemas ubicándolos en cada uno de los cuatro holones de la sexualidad como se ha hecho hasta ahora. En el holón de la reproducción, están los problemas referentes a las consecuencias del ejercicio incorrecto de la maternidad y paternidad como por ejemplo, violencia intrafamiliar, así como abandono de los hijos; problemas que se han tratado de forma legal regular por medio de programas de adopción, imposición de obligaciones y extensión de responsabilidades, para mejorar el bienestar de las generaciones venideras (Actis Di Pasquale, 2017). En el holón del género se puede mencionar una larga lista de problemas de dimensión social tales como la discriminación por la orientación sexual (Toro-Alfonso, 2012), la forma de vestir y expresarse de personas cuyo rol no coincide con los estereotipos “socialmente aceptados” de la masculinidad y la feminidad; existen también graves problemas en materia de género como la violencia de género, homofobia, machismo, misoginia y desigualdad de oportunidades y seguridad de un género sobre el otro. En el holón del erotismo se puede mencionar la doble moral que a la vez ejerce cierta permisividad y represión de la práctica erótica (Rodríguez, 2010), en diferentes situaciones como el caso de las relaciones sexuales prematrimoniales, extramaritales, la conservación de la “virginidad” y el rechazo de muchas prácticas eróticas, de nuevo por considerarlas “sucias, pecaminosas o desviadas”. Y en lo referente al holón de la vinculación afectiva se puede mencionar la gran discrepancia de significados y objetivos de las relaciones de pareja, que también se han tratado de regular mediante la legislación de las uniones y disoluciones hablando en concreto de las distintas formas de matrimonio y divorcio. Cabe mencionar que en la dimensión social, se encuentra también muy presente el problema de la “presión social” que incita a las personas a llevar una vida de acuerdo con los estándares “adecuados y socialmente aceptados” que en esta cultura, por ejemplo, dictan que hay que llegar virgen al matrimonio, tener una relación de pareja heterosexual, enfocada a la reproducción, donde nunca falte el amor y que sea de forma permanente, ya que la posibilidad de una futura separación es impensable sin importar la situación.

Problemáticas que abarcan las tres dimensiones: aunque se ha presentado una serie de problemáticas generales en cada una de las tres dimensiones por separado, esto se ha hecho para ejemplificar las diferencias entre las tres dimensiones de cada uno de los holones sexuales. Sin embargo, debido a que la sexualidad humana es una construcción bio-psico-social donde se integran las tres dimensiones al mismo tiempo, rara vez las situaciones abarcan una sola dimensión, ya que en general afectan en todas las dimensiones y en todas las direcciones, es decir, un problema de origen biológico por lo general tendrá repercusiones psicológicas y sociales, así como un problema social puede afectar en la esfera de lo psicológico y lo biológico.

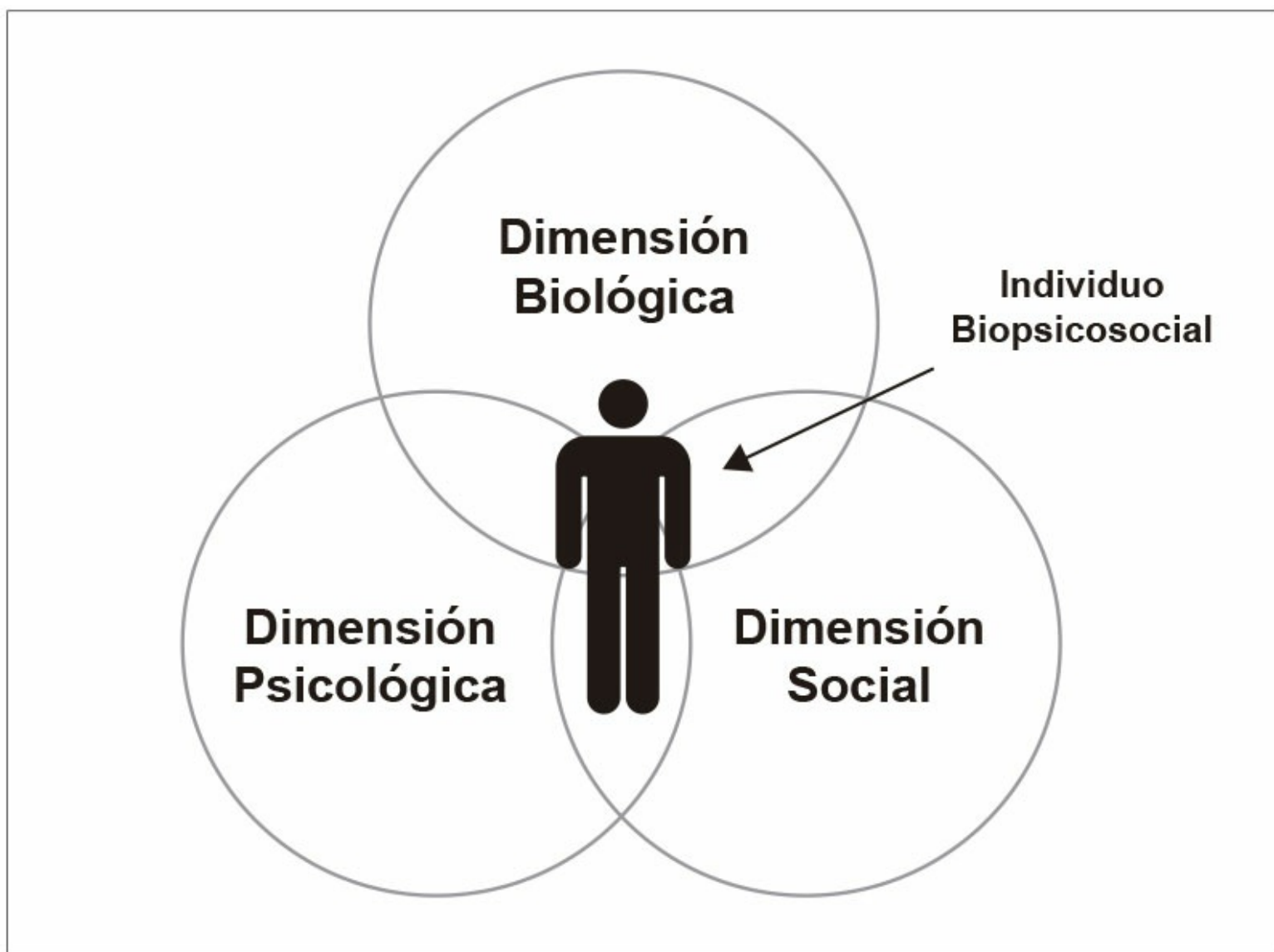


Figura 7-2. La sexualidad humana es una construcción que surge de la interacción de las dimensiones biológica, psicológica y social, por lo que resulta muy difícil abordar un problema de salud sexual abarcando sólo una dimensión.

Un caso que puede servir para ejemplificar cómo las tres dimensiones se integran en una misma situación es la siguiente:

Una pareja de jóvenes ha decidido tener relaciones sexuales. Antes de realizar la penetración, el chico saca un condón; en ese momento la chica lo detiene y le dice que no se lo ponga argumentando que “no es necesario” ya que ella asegura no estar en sus días fértiles por lo que no hay riesgo de quedar embarazada y que además “no ha estado con nadie más” por lo que tampoco es posible que ella pueda tener una infección de transmisión sexual (ITS). Al escuchar los argumentos de su pareja, el chico recuerda también que varias de sus amistades, tanto hombres como mujeres, le habían dicho que “no se siente igual” usando condón, así que ambos terminan teniendo la relación sexual sin protección.

En este ejemplo se pueden resaltar diferentes aspectos:

1. Aunque la chica asegura no haber tenido relaciones sexuales con nadie más, desconoce si

su pareja ha tenido otras parejas sexuales y por lo tanto ignora si él puede ser portador de una ITS que la ponga en riesgo a ella, ya que nadie puede estar por completo seguro de la fidelidad sexual de su pareja, y muchas veces la “confianza ciega” hacia a la pareja puede poner en riesgo a las personas de adquirir una ITS.³

2. La chica dice no estar en sus “días fértiles” pensando que no hay riesgo de embarazo; sin embargo, no existe un método certero para determinar cuándo está ocurriendo la ovulación, ya que este evento está controlado por un mecanismo hormonal inconsciente y casi nunca sigue un patrón estricto regular que le permita saber a ciencia cierta cuándo es su momento de ovulación, a menos que se haga una prueba de laboratorio para determinar niveles hormonales en sangre, por lo que en general existirá una posibilidad de que ocurra un embarazo si no se está aplicando algún método anticonceptivo efectivo.
3. El chico, a pesar de que se iba a colocar el condón, decidió cambiar de opinión, quizá porque pensó que “ni ella ni él iban a sentir lo mismo” tal como sus amistades le habían asegurado y quizá también, por el miedo a que ella se sintiera ofendida si él insistía en ponérselo, pues ella hubiera podido pensar que desconfiaba de su fidelidad a pesar de que ella ya le había dicho que no había estado con nadie más y no estaba en sus días fértiles.

Esta situación que sirve de ejemplo, muestra cómo la pareja terminó teniendo una práctica sexual de riesgo que podría haber generado un problema de salud sexual, en el cual se pueden identificar las tres dimensiones que se mencionaron antes: dimensión biológica, por la posibilidad de un embarazo no deseado y el riesgo de adquirir una ITS; dimensión psicológica, porque el resultado final se vio afectado por la interacción y los modos de pensar y expectativas de ambos; y la dimensión social, porque su decisión fue el resultado de la influencia, aprendizaje y formas de educación sexual que han recibido en su entorno social a lo largo de su vida que han moldeado su forma de pensar y actuar.

Una forma de haber evitado el riesgo en esta situación, podría haber sido que ambos estuvieran convencidos de que lo más importante es el autocuidado, ya que al cuidar cada uno de sí mismo, de manera indirecta se está cuidando al otro, además de sentirse seguros y con la suficiente confianza para poder hablar de forma sincera, sin temor a ser juzgados acerca de sus expectativas, sin dejarse llevar por las opiniones de otros y llegar a un acuerdo en el que ambos se sintieran cómodos y no terminaran teniendo una práctica que los pusiera en riesgo.

Es de suma importancia recalcar que el autocuidado parte de uno mismo (Escobar y Pico, 2013), y no de la falsa creencia de que “el otro nos va a cuidar”, ya que no se puede, ni debe responsabilizar al otro de lo que nos ocurre a cada quien, pues sólo cada persona conoce sus necesidades y sabe con certeza lo que desea y no desea en realidad, sobre todo ante una situación que represente un riesgo para la salud sexual, como la que se acaba de ejemplificar. Esto se puede lograr mediante el autoconocimiento y reconocimiento de la propia sexualidad a través de experiencias saludables, el aprendizaje y una adecuada educación sexual; aspectos que se abordarán más adelante en este capítulo.

Los problemas que interfieren en el mantenimiento de una buena salud sexual son muchos y su solución no es sencilla debido a la complejidad que existe en la interacción entre los

componentes y las dimensiones de los holones sexuales. Sin embargo, los sexólogos y los educadores en sexualidad humana coinciden en que un buen inicio es la modificación de las conductas, creencias y actitudes a nivel individual atendiendo a la dimensión psicobiológica y con esto se contribuye a la modificación y mejora de la dimensión social.

Una buena forma de poner en perspectiva las actitudes en torno a la sexualidad es a través de la visión propuesta en el modelo existencial-humanista (Pérez-Jiménez, 2012), del cual se hablará más adelante, que intenta abordar a la sexualidad humana de una forma integral y respetuosa de la diversidad, entendiendo esta última, como una manifestación en la vida sexual que es diferente a la de otras personas y que de modo incorrecto se le suele etiquetar de “anormal”.

Lo normal y lo anormal en la sexualidad humana

Cuando se habla de normalidad y anormalidad de alguna característica biológica, psicológica o social, ocurre una situación curiosa y contradictoria, pues por lo general a la mayoría de las personas les gusta sobresalir, ser originales, ser diferentes de los demás; incluso si es necesario usar vestimenta uniforme, las personas hacen alguna modificación a las prendas para imprimirle su sello personal y volverlo algo único, y esto ocurre en prácticamente cualquier aspecto de la vida; todo esto para no ser considerados como “ordinarios” o “uno más del montón”. Sin embargo, cuando se trata de algún aspecto sexual, las personas se preocupan de manera constante de “ser normales”, de “ser como los demás”, ya que si no lo son creerán que hay algo malo en ellos y en automático se autodenominan (y con frecuencia también su grupo social los etiquetarán y juzgarán) como “anormales” o “raros”; y esto es una causa constante de ansiedad y estrés en la mayoría de las personas, ya que en esta cultura se encuentra muy arraigada la creencia de que ser “raro” o “anormal” equivale a ser “enfermo” o “malo” y nadie quiere sentirse ni ser juzgado como enfermo o mala persona.

Algo que puede ayudar a disminuir esta preocupación de ser “normal” es reconocer que los criterios de normalidad o anormalidad por lo general son términos utilizados en estadística (Sarason, 1981; Eysenck, 1987), donde lo “normal” se refiere más bien a lo que es común, lo que hace, tiene o prefiere la mayoría, y por lo tanto lo “anormal” hace referencia a aquello que es poco común o lo que es característico de una minoría, pero no necesariamente tiene que ver con estar haciendo algo malo o con alguna enfermedad. Hay que recordar que debido a que la sexualidad humana es una construcción bio-psico-social tan compleja, la diversidad en la conducta sexual resulta más una regla que una excepción. Así que un paso para lograr una vida sexual saludable y placentera es dejar de preocuparse si lo que se hace o les gusta es “normal” y considerar mejor que se trata de algo común o poco común.

Visión existencial-humanista de la sexualidad

Durante los últimos 60 años, las diferentes disciplinas científicas han tenido un gran avance y han logrado un crecimiento significativo en la comprensión del campo de la sexualidad humana, sin embargo, aún se requiere mucho trabajo en la modificación de creencias, actitudes y conductas para lograr que las personas puedan vivir de manera sana y disfrutar de una buena salud sexual de forma integral.

Un punto de partida para esta modificación de actitudes y conductas puede ser a través del modelo existencial-humanista de la sexualidad que tiene como objetivo reconocer en el ser humano un potencial que va más allá de sus impulsos e instintos sexuales determinados por sus circunstancias inmediatas, que no sólo esté enfocado a su propio bienestar y su supervivencia, sino que ve al ser humano como un ser que tiene la capacidad de autodeterminarse, de ser constructivo y autónomo capaz de tomar decisiones que puedan trascender su propia sobrevivencia. Un ser humano capaz de amar, de comprender la problemática propia y empatizar con la problemática ajena, que la persona sea capaz de saber qué es lo mejor para ella desde su propia existencia, logrando un verdadero aprendizaje que proceda de su propia experiencia y no desde los deseos o creencias de los demás. La visión existencial-humanista propone que, si las personas son libres para elegir, al ir experimentando, acabarán eligiendo aquello que sea mejor para ellas (Muñoz-Polit, M. 2005).

Un aspecto importante que se debe abordar en este punto, es que aunque esta visión reconoce el derecho legítimo de todo ser humano de vivir una sexualidad plena con base en sus propios gustos, expectativas, preferencias y experiencias, corre el riesgo de malinterpretarse y simplificarse demasiado y dar la falsa idea de que para esta visión humanista “cualquier comportamiento sexual es válido” bajo el argumento de que “hay que respetar la libertad del individuo para decidir y experimentar libremente lo que le cause placer”, y esta forma de pensar no es más que una distorsión de lo que realmente propone el enfoque existencial-humanista y que se debe aclarar que no es así, ya que no se debe olvidar que todos son individuos que forman parte de un grupo social, en el cual las decisiones y acciones tienen repercusiones en los demás. Es por esto que dentro de este enfoque se habla de las “conductas válidas” y las “conductas no válidas”, tema que se tratará más adelante.

David Barrios-Martínez (2005), uno de los principales promotores de la visión existencial-humanista de la sexualidad en México, menciona que las características principales de este modelo se pueden resumir de la siguiente manera:

1. Reconocimiento, aceptación y respeto a la diversidad sexual de los seres humanos.
2. Reivindicación del derecho al placer, cuando éste se produce en un ámbito de respeto a sí mismo y a los demás.
3. Objeción al modelo salud-enfermedad como criterio único de valoración de las conductas

sexuales.

4. Refutación del objetivo meramente reproductivo de las relaciones sexuales.
5. Reconocimiento y promoción de la equidad de género.
6. Atención a las necesidades de la persona en relación a la educación sexual, orientación y terapia de los problemas sexuales.

Conductas válidas y conductas no válidas

La visión existencial-humanista de la sexualidad puede malinterpretarse y dar la falsa creencia de que cualquier comportamiento sexual es válido y debe respetarse por los demás, sin embargo, resulta imprescindible especificar cuándo una conducta se considera “válida” y cuándo se considera “no válida”.⁴

Para que una conducta sexual sea considerada como válida debe cumplir los siguientes requisitos:

1. Que la conducta no provoque un daño físico o psicológico a las personas involucradas.
2. Que no vaya en contra de la voluntad de las personas involucradas.
3. Que las personas involucradas en la conducta tengan conciencia y conocimiento de los riesgos y consecuencias que conlleva realizar dicha conducta.

Si no se cumple alguno de estos tres requisitos, de forma automática la conducta se considera no válida. Por ejemplo, el abuso sexual infantil se considera una conducta no válida, ya que los niños por lo general no tienen conciencia ni conocimiento de las consecuencias que pueden resultar de la conducta, además de que, por lo general, provocan un daño psicológico en etapas posteriores de su vida. Tampoco es una conducta válida el forzar a la pareja a tener relaciones sexuales porque va en contra de la voluntad de la persona; lo mismo ocurre tanto en un caso de violación, como en uno de voyeurismo o exhibicionismo no consensuado.⁵ Por el contrario, una práctica que pudiera parecer poco común, y desde el punto de vista social incorrecta, como por ejemplo la penetración anal, resulta que, si ambos integrantes de la pareja están de acuerdo en realizar dicha práctica, se conocen las técnicas adecuadas para evitar algún daño físico y se está consciente de los riesgos que esta práctica conlleva, no tendría por qué considerarse una práctica no válida. Además, se podría agregar que cualquier conducta válida busca la satisfacción entre las personas involucradas en dicha práctica, pero también respetando a quienes no lo desean (Muñoz-Polit 2005).

Educación sexual como estrategia para mejorar la salud sexual a nivel social

Uno de los aspectos fundamentales para la promoción y el autocuidado de la salud sexual tanto a nivel individual como a nivel social consiste en una adecuada educación sexual (Camacho y López, 2009), basada en información científica y actualizada, así como respetuosa de la diversidad y de los derechos sexuales, libre de prejuicios y de imposición de roles y expectativas morales.

Es importante destacar que los seres humanos no conocen la sexualidad por instinto, sino que se debe descubrirla e ir aprendiendo los riesgos y consecuencias de la vida sexual en los niveles biológicos, psicológicos y sociales, incluidos los éticos y los legales. Se debe reconocer también que la base de muchas de las creencias y actitudes hacia la sexualidad, ya sean adecuadas o inadecuadas, proceden de la educación que se recibe en etapas tempranas de la vida (Melo y Zicavo, 2012). Por desgracia, gran parte de esta educación se recibe de forma inconsciente, provocando confusión, ignorancia y sentimientos de culpa en la mayoría de las personas, avivando una gran cantidad de problemas de salud sexual en la sociedad.

La falta de una educación sexual adecuada como raíz del problema: resulta claro que aún mucha gente no logra vivir y disfrutar de su sexualidad de forma plena, libre y responsable porque aún persisten muchas dudas, prejuicios, mitos y culpas en la sociedad que se reproducen en especial a través de los adultos afectando a miles de niños y jóvenes, que a su vez se convertirán en adultos cuya salud sexual seguirá siendo problemática y continuarán reproduciendo este modelo insano en cada generación que les impedirá un desarrollo psicosexual adecuado. Para José Aguilar-Gil y Beatriz Mayen-Hernández (1998), el problema con los adultos de hoy se debe en parte a que en su juventud se les impusieron determinadas exigencias a cumplir y que al ejercer su sexualidad tuvieron que hacerlo con culpas y traumas, muchas veces orillados a tener matrimonios forzados e hijos no deseados, volviéndolos incapaces de abordar temas sexuales reproduciendo y transmitiendo información sexual desde una postura autoritaria, indiferente, represora y en muchos casos ignorante, imponiendo sus creencias y transmitiendo sus prejuicios y miedos. Esta actitud negativa o evasiva hacia la sexualidad conlleva una obstrucción de fuentes legítimas de información y conduce a las personas a buscar fuentes inadecuadas para obtener la información que requieren, ya sea para satisfacer su curiosidad o para tratar de resolver alguna problemática.

Muchos adultos de hoy, sobre todo padres de familia, han adquirido la idea de que, si a los jóvenes no se les habla de “sexo”, lo evitarán y de manera automática llevarán vidas “sexualmente puras”. Por otro lado, los que deciden abordar temas sexuales, lo hacen centrándose sólo en los riesgos de contraer una infección de transmisión sexual, y los problemas que conlleva un embarazo ilegítimo, fortaleciendo la idea de que las relaciones sexuales son “riesgosas y peligrosas”, generando miedo y ansiedad, que a continuación se convertirán en sentimientos de culpa e inseguridad entre los jóvenes que deciden iniciar una vida sexual activa, ocasionando en muchos casos un sentimiento de devaluación de la persona por haberse dejado

llevar por sus impulsos o dejarse convencer.

Todos somos educadores en sexualidad: es fácil atribuir la culpa a los adultos de las carencias en la educación sexual, sin embargo, de una forma u otra, todos han recibido educación sexual (adecuada o no) y eso los convierte también en actores y reproductores de un modelo de educación sexual; por desgracia, la mayor parte de las veces, se transmiten mensajes sin saberlo ni percatarse de ello, pues muchos aspectos cruciales de la sexualidad se enseñan de forma inconsciente (Alvarez-Gayou, 1979).

La incompetencia de muchos para hablar acerca de sexualidad de forma franca y abierta, provoca que ésta sea vista de forma poco clara y refuerza ideas incorrectas, tales como la de que se debe “proteger” a los niños de la sexualidad, para que conserven su inocencia, pensando además que la sexualidad humana es algo que aprenderán “naturalmente” cuando llegue el momento adecuado, como si se tratase de algo “mágico” o de un aspecto fisiológico que llegará por sí solo con la pubertad o la adultez. Esta idea resulta incongruente, ya que muchas otras de las funciones naturales y necesidades básicas del cuerpo como dormir, alimentarse, asearse, ir al baño, entre otras, sí se les reconoce su importancia en el desarrollo de una vida saludable y por lo tanto requieren de un proceso de enseñanza-aprendizaje, fomentando su práctica constante, a diferencia de lo que ocurre con el desarrollo y descubrimiento de la propia sexualidad, la cual, como ya se mencionó, se reprime, se castiga o en la mayoría de los casos, se ignora.

Para romper este ciclo de ignorancia, miedo, ansiedad, culpa y represión es necesario que tanto los adultos, como los jóvenes y niños se informen en temas de educación sexual para poder dejar atrás los esquemas prejuiciosos que desalientan cualquier manifestación no reproductiva, que refuerzan roles de género rígidos y estereotipados, que interfieren con una vivencia de la sexualidad plena, placentera y responsable (Álvarez, 2010).

Características de una adecuada educación sexual: a pesar del miedo de muchas personas a la educación sexual por considerarla una invitación a las prácticas sexuales en los jóvenes, una gran cantidad de investigaciones científicas y observaciones clínicas confirman que una educación sexual precisa, actualizada, adaptada a las necesidades de las diferentes edades y presentada de forma global, congruente y amigable se relaciona fuertemente con el ejercicio de una vida sexual sana, responsable y placentera. Se ha demostrado que las personas que han recibido una buena educación sexual desarrollan estrategias más apropiadas para protegerse contra los riesgos, están más capacitadas para disfrutar de su sexualidad y presentan menos sentimientos de culpa y ansiedad que las que no la recibieron (Suárez, 1992).

Los derechos sexuales⁶ son parte de los derechos humanos universales y contribuyen a una mejor salud sexual colectiva

La Asociación Mundial para la Salud Sexual reconoce que los derechos sexuales son esenciales para el logro de la salud sexual y por tanto deben respetarse, protegerse y ejercerse a plenitud por todas las personas sin importar su raza, sexo, edad, religión y opinión política. Además, declara que éstos forman parte de los derechos humanos universales que están reconocidos internacionalmente en la mayoría de los países, incluido México, y que se fundamentan en el conocimiento científico relacionado con la sexualidad humana y la salud sexual.

Los objetivos que persigue son:

- Ejercer una sexualidad libre, responsable y placentera.
- Contribuir a eliminar la discriminación, incluyendo las relacionadas con la edad, género, preferencia y orientación sexual.
- Construir una sociedad tolerante y democrática en la que se respeten las diferentes identidades y expresiones sociales de la sexualidad humana.

Los derechos sexuales se pueden resumir de la siguiente manera:

1. Derecho a decidir en forma libre sobre nuestro cuerpo y nuestra sexualidad.
2. Derecho a manifestar públicamente nuestros afectos.
3. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente nuestra vida sexual.
4. Derecho al respeto de nuestra intimidad y vida privada.
5. Derecho a decidir con quién compartir nuestra vida y nuestra sexualidad.
6. Derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad.
7. Derecho a vivir libre de toda discriminación.
8. Derecho de vivir libre de violencia sexual.
9. Derecho a la libertad reproductiva.
10. Derecho a los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva.
11. Derecho a la información completa, científica y laica sobre la sexualidad.

12. Derecho a la educación sexual.

13. Derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad.

Estrategias de autocuidado en la salud sexual a nivel individual: algunas conclusiones

Para lograr cambios que ayuden a mejorar la vida sexual y alcanzar la salud sexual que se desea es necesario hacer una revisión de las creencias, actitudes, valores, hábitos y expectativas para tener en cuenta si son congruentes a los deseos y si dejan un beneficio a nosotros y a los demás. Hay que recordar que todo cambio de conducta implica un proceso de constante formación y descubrimiento del propio cuerpo, sensaciones y experiencias que se viven de manera cotidiana.

Algunas de las recomendaciones para mejorar la salud sexual incluyen:

- Revisiones periódicas de salud que incluyan consultas médicas (ginecología, urología, endocrinología), consejería, diagnóstico oportuno y detección de enfermedades.
- Conocimiento adecuado y manejo de los diferentes tipos de métodos anticonceptivos, incluidas las ventajas y desventajas de cada uno; así como la libertad para elegir el mejor método de acuerdo con edad, situación y necesidades particulares para evitar la reproducción cuando no se desea, sin excluir la práctica erótica.
- Conciencia de los riesgos, beneficios, responsabilidades, derechos y obligaciones que conlleva las conductas sexuales en relación con la vida y la de los demás.
- Conocimiento de los criterios de las conductas válidas y no válidas, recordando que cualquier conducta sexual puede ser válida siempre y cuando las personas involucradas en ella estén de acuerdo, bien informadas y estén satisfechas con la realización de la misma, y al mismo tiempo ser respetuosos de quienes no la desean ni la practican.
- Difusión y promoción de los derechos sexuales dentro de la familia, pareja, escuela y sociedad en general.
- Libertad de acceso a la información de temas referentes a la sexualidad humana que sea veraz, científica, actualizada y libre de prejuicios, mitos y tabúes.
- Elección libre acerca de la forma de ejercer y experimentar la riqueza contenida en cada uno de los cuatro holones sexuales: decidir si se quiere reproducir o no, cuándo, con quién y cuántos hijos tener, qué método anticonceptivo se adecúa mejor a la situación y necesidades; con quién se quiere establecer un vínculo afectivo, de qué forma y durante cuánto tiempo; cómo, cuándo y con quién se quiere ejercer el erotismo; cómo vestirse, caminar, expresarse y qué rol jugar en la sociedad.
- Respeto y reconocimiento a la diversidad sexual, recordando que no existe una preferencia sexual mejor que otra, ni hay una norma preestablecida y absoluta de lo que es bueno para todas las personas. Lo que importa no es la conducta misma, sino cómo ésta es experimentada por la persona desde sus propios valores, ya que cada persona es quien puede establecer lo que le es satisfactorio y lo que no lo es.

Referencias

- Actis Di Pasquale, E; (2017). Las dimensiones constitutivas del bienestar social: una propuesta conceptual. *Trabajo y Sociedad*, 493-515.
- Aguilar-Gil, José A. y Mayén-Hernández, Beatriz. (1998). "Educación de la sexualidad en la adultez: métodos y contenidos". En *Antología de la Sexualidad Humana*, 1, 797-822. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Álvarez de la Cruz, C; (2010). Comunicación y Sexualidad. *Enfermería Global*, 9, 1-10.
- Alvarez-Gayou, Juan Luis. (1979). *Elementos de Sexología*. México: Interamericana.
- Alvarez-Gayou, Juan Luis. (1986). *Sexoterapia Integral*. México: El Manual Moderno.
- Arvelo Arregui, L; (2004). Maternidad, paternidad y género. *Otras Miradas*, 4, 92-98.
- Asociación Mundial para la Salud Sexual. (2015). "Declaración de los derechos sexuales". World Association for sexual health Disponible en: <http://www.worldsexology.org/resources/declaration-of-sexual-rights/>, (Último acceso el 1 de octubre de 2015).
- Barrios-Martínez, David. (2005). "Las tradiciones sexológicas". En D. Barrios-Martínez (Ed), *En las alas del placer*, 15-31. México. Pax.
- Camacho y López, S; (2009). Educación para la salud sexual. *Horizonte Sanitario*, 8, 8-18.
- Cerón Hernández, C; (2016). La configuración y significados del placer sexual y erótico en mujeres universitarias de la Ciudad de México. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, 73-102.
- Escobar, M d P; Pico, M E; (2013). Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios, Manizales, 2010-2011. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 31, 178-186.
- Eysenck, H. (1987). *Personalidad y diferencias individuales*. Madrid, España: Pirámide
- Ibaceta, F; (2011). Violencia en la Pareja: ¿Es Posible la Terapia Conjunta? *Terapia Psicológica*, 29, 117-125.
- Masters William W. y Johnson Virginia E. (1966). *Human Sexual Response*. USA: Little Brown and Co.
- Melo, M J; Zicavo, N; (2012). Competencias Parentales en Educación Sexual. *Ciencias Psicológicas*, VI, pp. 123-133.
- Moreno, Y.; Marrero, R.J. (2015). Optimismo y Autoestima como Predictores de Bienestar Personal: Diferencias de Género. *Revista Mexicana de Psicología*, 32, 27-36.
- Muñoz-Polit, Myriam. (2005). "Una visión humanista de la sexualidad". En D. Barrios-Martínez (Ed), *En las alas del placer*. pp xiii-xxiii. México. Pax.
- Pérez-Jiménez, D; Orengo-Aguayo, R E; (2012). Estereotipos Sexuales y su Relación con Conductas Sexuales Riesgosas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23, 48-61.
- Pérez-Morente, M Á; Cano-Romero, E; Sánchez- Ocón, M T; Castro-López, E; Jiménez-Bautista, F; Hueso- Montoro, C; (2017). Factores de Riesgo relacionados con las Infecciones de Transmisión Sexual *Revista Española de Salud Pública*, 91.
- Rocha Sánchez, T E; (2009). Desarrollo de la Identidad de Género desde una Perspectiva Psico-Socio-Cultural: Un Recorrido Conceptual. *Interamerican Journal of Psychology*, 43, 250-259.
- Rodríguez Jiménez, O R; (2010). Relación entre satisfacción sexual, ansiedad y prácticas sexuales. *Pensamiento Psicológico*, 7, 41-52.
- Rubio-Aurioles, Eusebio. (1998). "Introducción al estudio de la sexualidad humana". En

- Antología de la Sexualidad Humana*, vol.1, pp 17-46. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Sáez M., D; Fuentes S., P; (2010). Neurología y embarazo. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 48, 279-291.
- Sarason, I. (1981). *Psicología Anormal*. México: Trillas.
- Suárez, José Luis. (1992). "¿Por qué la educación sexual?" en J. L. McCary y S. P. McCary (Eds.), *Sexualidad Humana de McCary/i>*, <3-23. México: *El Manual Moderno*.
- Toro-Alfonso, J; (2012). El Estado Actual de la Investigación Sobre la Discriminación Sexual. *Terapia Psicológica*, 30, 71-75.

Notas

1 La disforia de género, transgenerismo y transexualismo surgen por una inconformidad entre su identidad de género (sentirse hombre o mujer) con el sexo biológico que se tiene, por ejemplo, haber nacido con genitales masculinos y sentirse mujer o viceversa; esta inconformidad, (o disforia) suele ser tan grande que las personas con frecuencia rechazan su propio cuerpo al mismo tiempo que deciden adoptar actitudes, vestimentas, lenguaje y características distintivas del género opuesto (transgenerismo) y algunos logran someterse a cirugías de reasignación de sexo y un tratamiento hormonal para lograr la congruencia entre su sentir y su anatomía (transexualismo).

2 Es importante aclarar que para el caso de la disforia de género, transgenerismo, transexualismo y la orientación sexual, dentro de la visión humanista de la sexualidad, no se consideran problemas en sí mismos, sin embargo, la sociedad aún no comprende ni acepta muy bien la existencia de estas formas alternativas de identidad y orientación provocando un rechazo hacia estas personas que deciden o no vivir de manera diferente su sexualidad.

3 Cabe recalcar que muchas de las ITS no muestran ningún signo ni síntoma, por lo que en la mayoría de los casos es prácticamente imposible saber quién puede portar o no un agente transmisor de alguna infección, a menos que se hagan los estudios correspondientes para su detección.

4 Se prefiere utilizar los términos “válido” y “no válido” para evitar caer en juicios de valor al utilizar términos como “bueno” o “malo”, “correcto” o “incorrecto”, “sano” o “enfermizo”.

5 El voyeurismo es el nombre coloquial que recibe la práctica erótica que consiste en el placer de observar a otra persona realizando alguna práctica íntima como por ejemplo desvestirse o bañarse; mientras que el exhibicionismo es la práctica que consiste en obtener placer a través de mostrarse desnudo o alguna región del cuerpo que por lo general no está descubierta. Ambas prácticas se consideran “no válidas” cuando no existe el permiso de la otra persona para la realización de esta práctica.

6 La Declaración de los Derechos Sexuales fue originalmente proclamada en el XIII Congreso Mundial de Sexología en Valencia, España en 1997, fue revisada en 1999 en Hong Kong, China y a partir de 2008 forma parte de la declaración “Salud Sexual para el Milenio” de la Asociación Mundial para la Salud Sexual.

Capítulo 8

Salud mental y su autocuidado

Diana Elizabeth Arreola González

Introducción

Hablar de autocuidado y salud mental es un tema muy complejo si se toma en cuenta la situación que hoy en día se vive, hablando del ajetreado ritmo de vida, con las altas expectativas de una sociedad, cambios en la dinámicas de familia, demandas académicas muy competitivas, horarios de trabajo excesivos, muchas veces con poca remuneración lo que ha llevado a buscar más formas de generar ingresos para poder abastecer de manera parcial en la mayoría de los casos las necesidades básicas; por lo que tener espacios para el autocuidado cada día se vuelve más difícil.

¿Cómo se entiende el concepto de autocuidado?, ¿Qué es salud mental?, ¿Cuáles son los factores que inciden en la población y son determinantes para tener salud mental?

En el presente capítulo, se hará un recorrido acerca de los diferentes conceptos que abarcan el autocuidado y la salud mental, las características de la población en riesgo, los factores que determinan la conservación o pérdida de la salud mental; las características del individuo en las diferentes dimensiones y estructuras a las que pertenece, y la influencia que éstas ejercen en el binomio salud-enfermedad; un panorama mundial sobre el impacto de las enfermedades mentales, la dimensión

rehabilitativa una vez que la enfermedad se manifiesta, el papel de la prevención y promoción en salud mental, y sobre todo resaltando las estrategias de autocuidado, como un recurso importante.

El **autocuidado** se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son “destrezas” aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece (Tobón 2003).

La **salud mental** se define como un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones de la vida, puede trabajar de manera productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS 2001a, pág. 1, citado en OMS Promoción de la Salud Mental, 2004).

Factores de riesgo

Toda la población es vulnerable, ya que está expuesta a diferentes factores de riesgo que pueden impactar en su salud mental; desde etapas muy tempranas del desarrollo como es la vida intrauterina, y a continuación la infancia, adolescencia, adultez y ancianidad; aunque algunas características como la pobreza, exclusión social, migración, discapacidad, maltrato y abandono, situación de calle, como lo menciona el "Plan de Acción en Salud Mental 2013-2020" de la OMS; exponen aún más a la población y en la mayoría de los casos confluyen más de una de las características antes señaladas. Sin embargo, también existen factores de protección que promueven y previenen la enfermedad.

Los factores de **riesgo** que afectan a la población y de ésta a los diferentes grupos de edad, son influenciados por diversos determinantes, como se muestra en la tabla 8-1. Así como también existen factores de **protección** para la **promoción** de la salud y factores de **prevención** que evitan la enfermedad.

Tabla 8-1. Determinantes de salud menta	
Determinantes sociales, ambientales y económicos de salud mental	
Factores de riesgo	Factores de protección
Acceso a drogas y alcohol	Fortalecimiento
Desplazamiento	Integración de minorías étnicas
Aislamiento y enajenamiento	Interacciones interpersonales positivas
Falta de educación, transporte, vivienda	Participación social
Desorganización de la vecindad	Responsabilidad social y tolerancia
Rechazo de compañeros	Servicios sociales
Circunstancias sociales deficientes	Apoyo social y redes comunitarias
Nutrición deficiente	
Pobreza	
Injusticia racial y discriminación	
Desventaja social	
Migración a áreas urbanas	
Violencia y delincuencia	
Guerra	
Estrés laboral	
Desempleo	
(OMS Promoción de la Salud Mental, 2004)	

También hay determinantes individuales y relacionados con la familia como se enlista en la tabla 8-2.

Factores de riesgo y de protección para trastornos mentales

Factores de riesgo	Factores de protección
Fracaso académico y desmoralización estudiantil	Capacidad para afrontar el estrés
Déficit de atención	Capacidad para enfrentar la adversidad
Cuidar a pacientes crónicamente enfermos o dementes	Adaptabilidad
Abuso y abandono de menores	Autonomía
Insomnio crónico	Estimulación cognitiva temprana
Dolor crónico	Ejercicio
Comunicación anormal	Sentimientos de seguridad
Embarazos tempranos	Sentimientos de dominio y control
Abuso a ancianos	Buena crianza
Inmadurez y descontrol emocional	Alfabetización
Uso excesivo de sustancias	Apego positivo y lazos afectivos tempranos
Exposición a la agresión, violencia y trauma	Interacción positiva entre padres e hijos
Conflicto familiar o desorganización familiar	Habilidades de resolución de problemas
Soledad	Conducta prosocial
Bajo peso al nacer	Conducta prosocial
Clase social baja	Autoestima
Enfermedad médica	Destrezas vitales
Desbalance neuroquímico	Destrezas sociales y de manejo de conflictos
Enfermedad mental de los padres	Manejo del estrés
Abuso de sustancias por parte de los padres	Apoyo social de la familia y amigos
Complicaciones perinatales	
Pérdida personal-duelo	
Habilidades y hábitos de trabajo deficientes	
Discapacidades de lectura	
Discapacidades sensoriales e impedimentos orgánicos	
Incompetencia social	
Eventos de mucha tensión	
Consumo de sustancias durante el embarazo	
(OMS Promoción de la Salud Mental, 2004).	

Conocer, entender y actuar sobre los factores de riesgo a los que se está expuesto, puede impactar de manera importante en la salud mental, así como promover y fortalecer los factores de protección (SSA. Programa de Acción en Salud Mental, 2001).

El ser humano con su dimensión bio-psico-social, es un individuo integral inmerso además en una estructura familiar, laboral, económica y política, lo cual influye en su desarrollo, realización y por lo tanto es determinante en su salud.

Los factores **biológicos** se pueden clasificar en **genéticos y ambientales**.

En los factores genéticos se ha demostrado que muchos de los principales trastornos psiquiátricos están asociados a factores hereditarios, en algunos de los padecimientos neurológicos y psiquiátricos está identificado de manera muy clara el cromosoma o gen responsable, sin embargo, en la mayoría de los padecimientos psiquiátricos no se tiene esta claridad por lo que se propone que la causa es poligenética y multifactorial (SSA. Programa de Acción en Salud Mental, 2001).

En los factores ambientales se ha visto que las agresiones del medio ambiente sobre el desarrollo del sistema nervioso central, desde la gestación, hasta la madurez, repercuten en una alteración de su formación, que irá en relación directa a la intensidad de la agresión, la etapa del desarrollo en que se produzca y la vulnerabilidad genética del individuo.

La esfera psicológica que abarca los pensamientos, emociones y conductas de cada individuo es influenciada de forma directa por las características biológicas, pero también de manera muy importante por las sociales y culturales a las que pertenece cada persona, donde la familia tiene un rol fundamental en el autocuidado de la salud (*Commonwealth Department of Health and Age Care*, 2000).

La familia

La familia; es la primera esfera con la que la persona tiene contacto, es donde aprende de manera inicial a relacionarse con los otros, más que un espacio físico es un **espacio relacional** (Icart y Freixas 2013) y también donde va formando el sentido de sí mismo, su autoimagen y autoconcepto, lo que en el futuro será de suma importancia para que sea un agente del cuidado de su propia salud.

Cuando la familia es un espacio apropiado y enseña los elementos necesarios para que el individuo se desarrolle de manera personal de una forma sana esto hará que cuide de su propia salud en diferentes ámbitos, aprendiendo diversas estrategias que podrán convertirse en un estilo de vida (Sandoval, 2010).

Cuando los padres tienen hábitos de vida saludables cuidando su alimentación, ejercitándose, disfrutando los momentos de ocio, buscando espacios que sirvan de autorreflexión, además de ser capaces de reflejar los estados emocionales de sus hijos para que aprendan a reconocerlos de manera adecuada y éstos a su vez desarrollen las habilidades necesarias para su propio autocontrol; estas estrategias de autocuidado se transmitirán a los hijos, de ahí la importancia de la educación familiar en salud.

Al entender que en la salud mental según la definición de la OMS uno de los conceptos es que la persona se dé cuenta de sus propias aptitudes, esto hablaría de la capacidad de autoconocimiento (OMS, 2004), por lo que tendría la capacidad para proporcionarse los cuidados necesarios para mantener su salud mental.

Se puede considerar en la estructura económica el desarrollo profesional del individuo por lo que hablar del trabajo es fundamental, ya que es otro de los conceptos que incluye la salud mental (*Commonwealth Department of Health and Age Care*, 2000).

El trabajo

¿Cuántas personas están satisfechas en sus lugares de trabajo?, ¿cuántas personas son productivas?, ¿cuántas personas son reconocidas y valoradas en sus lugares de trabajo, por sus superiores, o ambos?

En la evolución de la humanidad el trabajo ha estado presente, ocupando un lugar fundamental en las estructuras familiares, sociales, económicas y políticas; por lo que reviste una importancia dentro del proceso salud-enfermedad, cuando las condiciones de trabajo son desfavorables repercuten en la salud tanto física y mental del individuo afectando en los diferentes aspectos de su vida (Almeida 2015).

“Una actividad laboral satisfactoria contribuye a dar sentido a la propia existencia, mejorar la salud y la autoestima, las relaciones sociales y el estatus socioeconómico” (Mur de Vie, 2011, p. 2).

La relación entre trabajo y salud mental es cada vez más estrecha, hay muchos factores laborales determinantes que influyen en la calidad de vida de los trabajadores, tanto favorecedores de salud como perjudiciales.

“Los trabajadores deben lidiar con las implicaciones clásicas para la salud y con los riesgos psicosociales que se gestan en las dinámicas actuales de trabajo, derivadas de las consecuencias de la globalización, que implican hoy en día más flexibilidad, efectividad y rapidez, pero con mayor incertidumbre, aspectos que de alguna manera repercuten en la salud de los trabajadores” (Andrade, 2008, pág. 20).

Economía

Además de lo visto en el apartado anterior acerca del trabajo y la economía, es muy importante considerar la relación entre economía y salud mental, ya que se ha observado que estos dos aspectos se presentan de manera bidireccional, por un lado la situación económica de una persona puede llegar a ser determinante para su salud mental, si está desempleada, si no tiene los ingresos necesarios para cubrir las necesidades básicas, puede aparecer un sentimiento de frustración, inutilidad, y afectar su autoestima, esto por consecuencia puede derivar, por ejemplo, en síntomas de ansiedad y depresión, (*Commonwealth Department of Health and Age Care*, 2000) que a su vez afectarían su productividad, y en casos graves podría requerir hospitalización; generándose un gasto elevado en los recursos destinados a atender las enfermedades mentales, siendo éstos los costos directos; el tiempo que permanece una persona en un tratamiento hospitalario impacta provocando ausentismo, afectando en su economía y éstos son los costos indirectos, impactando de nuevo en la economía, además si la economía de un lugar es insuficiente en materia de salud mental, como sucede con la mayoría de los países, no se contarán con los recursos adecuados para brindar la atención con calidad, lo que repercute también en la evolución de la persona, y en la mayoría de los casos haciendo todavía más difícil su recuperación, rehabilitación y reinserción laboral, cayendo otra vez en insuficientes ingresos económicos, baja productividad, ausentismo y de esta manera un círculo vicioso en el que cada vez es más difícil salir de él para encontrar la estabilidad económica y emocional.

Política

El número de países que disponen de políticas, planes y legislación sobre salud mental es más elevada en los países de ingresos altos, que entre los países de ingresos bajos, lo que repercute de manera importante en la población vulnerable, ya que la pobreza como factor de riesgo determinante para enfermedad mental por todas sus implicaciones y consecuencias que tiene, aunado a la falta de políticas adecuadas que favorezcan la accesibilidad a servicios de salud mental de calidad, y por consiguiente a tratamientos eficaces que disminuyan la discapacidad que generan los padecimientos psiquiátricos, impacta de manera importante en la calidad de vida de las personas afectadas (SSA. Programa de Acción en Salud Mental, 2001).

Datos publicados por la OMS

Alrededor de 450 millones de personas padecen trastornos mentales y de conducta a nivel mundial. Una de cada cuatro personas desarrollará uno o más de estos trastornos en el transcurso de su vida. Las condiciones neuropsiquiátricas son responsables de 13% del total de los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs, por sus siglas en inglés) que se pierden debido a todas las enfermedades y lesiones en el mundo y que se estima que para el año 2020 aumentarán en 15%. Cinco de cada 10 de las causas principales de discapacidad y muerte prematura a nivel mundial se deben a condiciones psiquiátricas. Los trastornos mentales representan no sólo una inmensa carga psicológica, social y económica a la sociedad, sino que también aumentan el riesgo de las enfermedades físicas. Teniendo en cuenta las actuales limitaciones en la efectividad de las modalidades de tratamiento para disminuir la discapacidad debida a trastornos mentales y de conducta, el único método sostenible para reducir la carga por estos trastornos es la prevención (OMS. Prevención de los Trastornos Mentales, 2004).

Dimensión rehabilitativa

Una vez que el equilibrio de la salud mental se ve afectado y se instala una enfermedad mental, la persona sufre varias pérdidas en los diferentes aspectos de su vida, ya que se altera la conducta, emociones y pensamientos, hay síntomas físicos, además el entorno también se ve afectado, una de las razones es la complejidad para entender estos padecimientos aunado al estigma que generan. Ya no es suficiente sólo pensar que remitan los síntomas mediante las diferentes modalidades de tratamiento, ya sea farmacológico, psicológico, TEC, entre otros; ambulatorio o en internamiento; sino que hay que proyectar como la persona una vez que se estabilice, de qué manera se rehabilitará y se integrará de nuevo a su familia, a su comunidad, a un trabajo (Otero, 2004).

La rehabilitación psicosocial se define como el proceso encaminado a ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial, se trata de un modelo de atención integral que pretende dar respuesta a los problemas psiquiátricos graves y crónicos, desde tres dimensiones: biológica, psicológica y social.

La rehabilitación psicosocial busca que la persona que tiene una enfermedad mental grave puede desarrollar o recuperar las habilidades y recursos necesarios para poder vivir en comunidad lo más independiente posible (Otero, 2004). Fomenta también la socialización y las redes de apoyo, ambas necesarias para el camino de la recuperación. En los últimos años este enfoque ha tomado cada vez más importancia, ya que los modelos de tratamiento asilares y de exclusión han quedado atrás; cuando se reconoce a la persona como un igual con independencia de un diagnóstico, se fomenta su autonomía y se lucha contra el estigma, esto impacta de una manera sorprendente en su recuperación.

La rehabilitación tiene que ver con la adaptación social y, por ello, los recursos psicológicos y sociales son tan importantes como su estado clínico (Otero, 2004).

Las intervenciones dirigidas a la rehabilitación psicosocial deben ser dentro de un programa estructurado de evaluación no sólo a la persona que padece la enfermedad, sino también a su familia, tomando en cuenta de igual manera el contexto donde vive. Es muy importante revisar las características individuales del sujeto, mediante entrevistas y evaluaciones para poder obtener la información que proporcione los elementos necesarios para desarrollar un programa individualizado de rehabilitación, ya que se tendrán que reforzar los recursos con lo que ya cuenta la persona que serán de mucha ayuda en su proceso de rehabilitación, así como detectar los déficit presentes y sobre éstos incidir para desarrollarlos a fin de que se generen más habilidades. Es indispensable tomar en cuenta los intereses de la persona en el momento de desarrollar el plan individualizado y que colabore en el proceso, ya que de esta manera se inicia su participación en su propia recuperación, siendo tomado en cuenta como individuo lo que repercute en su motivación y esfuerzo para llevar a cabo el programa. La familia es un factor que influye de manera determinante, ya que puede obstaculizar el proceso de rehabilitación o

promoverlo; el efecto del comportamiento de la familia en el paciente y su influencia en la tasa de recaídas, está establecido de forma suficiente con el concepto de emoción expresada (Otero, 2004), por lo que la intervención familiar es necesaria dentro del programa de rehabilitación para que sea partícipe de la formulación de los objetivos, de las estrategias y metodología que se implementarán, y a su vez adecuar sus expectativas de acuerdo con las características y posibilidades de la persona, para evitar una sobreexigencia que pueda llevar a una recaída, así como brindar las herramientas necesarias para que su acompañamiento sea facilitador del proceso de rehabilitación, como intervención en crisis, grupos de apoyo, terapia familiar y psicoeducación.

La meta global de la rehabilitación psicosocial es para Anthony (1977) citado en Otero (2004), asegurar que la persona con una discapacidad psiquiátrica pueda realizar las habilidades físicas, emocionales, intelectuales y sociales necesarias para vivir, aprender y trabajar en la comunidad con la menor cantidad de apoyo por parte de los profesionales.

Dimensión preventiva

El alto costo de las enfermedades mentales lleva a un planteamiento en el que los tratamientos actuales no son lo suficiente efectivos para controlar los altos índices de trastornos mentales; por lo que implementando estrategias de prevención eficaces, basadas en evidencia científica se impactará en la salud mental de la población (OMS, 2004).

De acuerdo con la salud pública, la prevención de los trastornos mentales tiene el objetivo de “reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en el que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad” (Mrazek & Haggerty, 1994 citado en OMS, 2004).

Por lo que desde la salud pública el desarrollo de estrategias y recursos para la prevención deben ser a nivel local, estatal, nacional e internacional, formulando planes de intervención que impacten en los tres niveles de atención primaria, secundaria y terciaria.

La prevención primaria incluye la prevención universal que son las intervenciones dirigidas al público en general o a un grupo completo de la población que no ha sido identificado sobre la base de mayor riesgo; la prevención selectiva que se dirige a individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es más alto de manera significativa que el promedio, según evidencia comprobada por los factores de riesgo psicológico o social y la prevención indicada dirigida a las personas en alto riesgo que son identificadas con signos o síntomas mínimos, pero detectables, que pronostican el inicio de un trastorno mental, o marcadores biológicos que muestran la predisposición para desarrollar trastornos mentales, pero que en ese momento, no cumplen con el criterio para trastorno mental (Mrazek & Haggerty, 1994, citado en OMS, 2004).

La prevención secundaria intenta disminuir la prevalencia, es decir la proporción de casos establecidos del trastorno o la enfermedad en la población; la prevención terciaria se dirige a reducir la discapacidad, mejorar la rehabilitación y prevenir las recaídas y la recurrencia de la enfermedad.

Existen diferentes estrategias que pueden contribuir a reducir la presentación de síntomas y posteriormente el desarrollo de un trastorno mental. En los diferentes niveles de prevención existen acciones comunitarias que van desde la mejoría en la alimentación en etapas tempranas de la vida para brindar una nutrición adecuada (Commonwealth Department of Health and Age Care, 2000) y que esto impacte por ejemplo en el área cognitiva de los niños y mejore su rendimiento escolar; el mejoramiento de la vivienda también brinda mayor percepción de seguridad y disminuye la tensión mental, (mejorar el acceso a la educación permite proporcionar mayores oportunidades a la población desfavorecida, lo que puede reducir la desigualdad; reducir la inseguridad económica y el desempleo, disminuye la frustración, sensación de inutilidad, incertidumbre y desesperanza.

Dimensión promocional

La promoción de la salud mental intenta promover la salud mental positiva aumentando el bienestar psicológico, la capacidad y la fortaleza emocional, y creando condiciones y entornos favorables a la vida (OMS. Promoción de la Salud Mental, 2004).

A qué se le llama salud mental positiva, según el enfoque psicoanalítico es la capacidad de la persona para usar su energía interna para la realización en los aspectos emocionales, intelectuales y sexuales. Otros autores como Bradburn (1965) menciona que es una sensación subjetiva de bienestar, mientras que Jahoda (1958) en la declaración de la OMS de 1947 que “salud mental no es solamente la ausencia de enfermedad, sino un estado completo de bienestar físico, psicológico y social” y separa la salud mental en tres áreas. Primero, la salud mental involucra un logro propio en el sentido de que los individuos pueden explotar de forma plena su potencial. Segundo, la salud mental incluye un sentimiento de control que ejerce el individuo sobre su ambiente, y por último, la salud mental positiva también significa autonomía que permite a los individuos identificar, confrontar y resolver problemas.

En la promoción de la salud mental están involucrados varios actores, en ocasiones las políticas de los sectores no relacionados con la salud afectan la salud y la salud mental, por lo que las autoridades políticas y sanitarias juegan un papel fundamental y determinante en la elaboración e implementación de legislaciones en materia de salud (OMS. 2004) y de manera específica en salud mental, ya que impactan a nivel social, cultural y económico en las comunidades por lo que los individuos se ven claramente afectados.

Autocuidado

Cada uno al poseer un cuerpo físico, el cual puede enfermarse y esto repercutir en el estado mental y emocional, es importante darle los cuidados necesarios para mantenerlo en un estado de salud y prevenir las enfermedades. Esto es desde una alimentación adecuada, práctica del ejercicio, pero además el saber escucharlo en sus propias necesidades, (Sandoval, 2010) la sociedad cada vez exige mayores cargas de trabajo, excediendo las horas recomendadas, con el auge de la tecnología las personas se encuentran conectadas a las redes sociales, a las actividades laborales de manera permanente, con dificultad para poder establecer los límites entre trabajo, tiempo de ocio y recreación, tiempo de convivencia en familia o con amigos; por lo que la falta de descanso y el estrés cotidiano y también crónico se puede manifestar con múltiples síntomas físicos; de la misma manera muchos estados emocionales que no son reconocidos pueden expresarse a través del cuerpo. De ahí la importancia del autoconocimiento, esto es cuando la persona tiene la capacidad de poder verse ella misma, en sus características y cualidades, con sus recursos y habilidades, y con sus defectos y limitaciones, siendo un proceso reflexivo y dinámico a lo largo de la vida (Sandoval, 2010).

En ocasiones hay eventos que llevan a realizar cambios drásticos en el estilo de vida, como accidentes, enfermedades, pérdidas, situaciones traumáticas. A partir de ahí, se hace un alto y se inicia un proceso reflexivo, el cual derivará en la modificación y adopción de estrategias, actitudes, herramientas que generen un cambio para cuidar de la salud. Sin embargo, el panorama ideal sería no tener que experimentar ese tipo de situaciones para llevarlo a cabo.

Se entiende que son múltiples los factores que inciden en el cuidado de la salud mental. La población está expuesta desde antes del nacimiento y a lo largo de toda su vida, siendo unos factores intrínsecos y otros extrínsecos, además de la vulnerabilidad de los diferentes grupos de edad, y los factores socioeconómicos, culturales y hasta de políticas públicas que tienen un fuerte impacto en la comunidad.

Se pueden diferenciar las estrategias enfocadas a factores externos que influyen en la salud como serían: práctica de ejercicio físico, alimentación balanceada, tiempo de trabajo estructurado y limitado, tiempo destinado a actividades recreativas y de ocio, fomentar la convivencia familiar en armonía, impulsar y fortalecer las relaciones de amistad, integración en actividades de arte, cultura, participar en la comunidad (Camacho y Vega-Michel, 2014).

Otras estrategias de manera individual, están basadas en el autoconocimiento, autoimagen, regulación de las emociones, capacidad de organización y planeación en todos los aspectos que abarcan la vida. Como lo expresa en su libro Kenford Nedd (2003), se tienen recursos para lograr un adecuado manejo y control del estrés con el cerebro, energía, tiempo, otras personas y la espiritualidad.

Conclusiones

El aprendizaje modifica diferentes campos del comportamiento en sus esferas cognitiva, afectiva y psicomotora, entonces el autocuidado de la salud puede ser algo que se aprende y por lo tanto se adquiere la capacidad para modificar estos aspectos personales.

El desarrollo de un proyecto personal, el encontrarle un sentido a la propia existencia, el estar activo físicamente y vincularse de manera afectiva con los otros son factores protectores que promueven la salud mental de las personas.

Cuando cada quien puede valorar la responsabilidad personal con respecto a uno mismo y cae en cuenta de la finitud de la vida, el reconocimiento del valor del autocuidado proporcionará la motivación para implementar una serie de medidas encaminadas a conservar la salud, reforzar las cualidades y mejorar los déficit.

El autocuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos con quienes interactúa (Tobón 2003); es un conjunto de estrategias que se desarrollan a lo largo del crecimiento y desarrollo personal, es un acto voluntario que implica tomar la decisión de cuidar la salud, también es un acto responsable porque influye en el entorno de manera positiva, propiciando en los demás un aprendizaje. Es apropiarse de la salud.

Referencias

- Almeida M., Nazaré E., Rosemiro F., et al. (2015). "Síndrome de Burnout: un estudio con profesores". *Salud de los Trabajadores*, 23(1), 19-27.
- Andrade V., Gómez I., (2008). "Salud Laboral Investigaciones realizadas en Colombia". *Pensamiento Psicológico*, 4(10),9-25.
- Camacho, E. y Vega-Michel, C. (2014). *Autocuidado de la Salud*. México: ITESO.
- De la Fuente, Juan et al. (2013). *"Salud Mental y Medicina Psicológica"* México: McGraw-Hill.
- Icart, A. J. Freixas (2013). *"La familia"* España: Herder.
- Mur de Vie C., Maqueda J., (2011). "Salud laboral y salud mental: estado de la cuestión". *Medicina y seguridad del trabajo*, 57 (1) 1-262 Recuperado de: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=13/09/2012-f003af8ca> (Último acceso 15 de septiembre de 2015).
- National Health Strategy (2000). *Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health. A Monograph*, Canberra, Australia.
- Need K., (2003). *"Power over stress"*. Canadá: QP Press.
- OMS (2013) *"Plan de acción en Salud Mental 2013-2020"*.
- OMS, (2004a) *"Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas"*. Ginebra. Un Informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht.
- OMS, (2004b) *"Promoción de la Salud Mental"*. Ginebra. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias en colaboración con la Fundación Victorian para la Promoción de la Salud y La Universidad de Melbourne.
- Otero V., (2004). *"Rehabilitación de enfermos mentales crónicos. Evaluación de objetivos"*. España: Ars Médica.
- Commonwealth Department of Health and Age Care (2000). *Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health. A Monograph*. Canberra, Australia: Mental Health and Special Programs Branch.
- Sandoval, C. (2010) "El autocuidado. El valor del autocuidado como estilo de vida saludable" *Revista Corporeizando* 1(4), 72-82.
- Tobón, O. (2003) *"El autocuidado: una habilidad para vivir"*. Universidad de Caldas. Colombia.