

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y
PSIQUIATRÍA,
PARA EL FORTALECIMIENTO DE ESTRATEGIAS DE
AUTOCUIDADO DIRIGIDAS A UN GRUPO DE PERSONAS
CRUZROJISTAS DEL COMITÉ AUXILIAR EN CIUDAD COLÓN**

**TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN APLICADA SOMETIDO A LA
CONSIDERACIÓN DE LA COMISIÓN DEL PROGRAMA DE ESTUDIOS DE
POSGRADO DE CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA PARA OPTAR AL GRADO Y
TÍTULO DE MAESTRÍA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL
Y PSIQUIATRÍA**

ROBERTO MARÍN CASCANTE

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

Diciembre, 2024

DEDICATORIA

Quiero dedicar este Trabajo Final de Graduación a mi gran, mejor e increíble amiga, compañera, enfermera y jefa Lucía Alejandra Ortiz Jiménez que hace 9 meses partió de este mundo, dejándome de una manera inesperada con un gran dolor en mi corazón, un sentimiento que lo llevaré por el resto de mi vida.

*Le quiero agradecerle, ya que usted me impulsó a iniciar con este proceso, además que fue parte al inicio del posgrado, pero por decisiones desistió y me dijo lo siguiente **“quiero que usted siga y si usted lo logra, va a ser como si yo lo lograra”**. Gracias Luci por todo lo que me ayudó y me motivó a seguir adelante hasta el último día de su vida, nunca, nunca, te olvidaré.*

Que en paz descanses.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento es para Dios, ya que mediante Jesús y el espíritu santo logre en los últimos meses conocerlo, y realmente más de lo que en realidad creía conocerlo, ya que logre entregar mi vida a él, todo esto en un momento donde ya había agotado todas las maneras humanas posibles de resolver las cosas.

Dios empezó y está trabajando en mí, dándome una oportunidad de ser una mejor persona y buscando mi propósito en este mundo.

También quiero agradecer a mi madre Doña Lilly Cascante Díaz que ha sido mi eje de vida en todo este proceso, desde el kínder, la escuela, el colegio, la licenciatura y en esta maestría no ha sido la excepción, sin ella no hubiera sido lo mismo, no tengo palabras para expresar todo lo que me has ayudado.

A mi padre Carlos Marín Arce, que ha estado ahí día a día siempre dándome ese apoyo incondicional, ayudándome por las mañanas siempre que no me falte el cafecito, siempre con pocas palabras, sin entender mucho las cosas, pero siempre incondicional, también a Sandy por ser mi hermano.


También, quiero agradecerle a mi novia y compañera de vida Bianca, una persona extraordinaria, que desde hace 8 años está en mi vida y trabajando para que sea hasta el infinito, muchas gracias por todo, escribiría otra tesis para describir todo lo que has hecho en mí y para mí.

No quisiera terminar sin agradecerle a mi amiga Xiomara Vargas por ser esa persona incondicional y a mi jefe Melvin Retana por todos los favores y comprensiones que me tuvo en todo este tiempo.

Además, mi agradecimiento a la profesora Mauren Araya Solís por el acompañamiento en estos dos años de maestría más los días de sacrificio para terminar el trabajo final, también mi agradecimiento al profesor Johan Ríos por todo el conocimiento y apoyo transmitido en sus clases además de los consejos brindados y finalmente a todos mis compañeros de Maestría que aprendí mucho de ellos, en especial a Mariela.

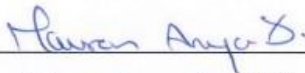
HOJA DE APROBACIÓN

“Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar por el grado y título de Maestría Profesional en Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría”



Máster Rebeca Gómez Sánchez

Representante de la Decana del Sistema de Estudios de Posgrados



Máster Maureen Araya Solís

Tutora



Mgtr. Stephany Román Taylor

Lectora



Máster Johann Ríos Mora

Lector



M.Sc. Patricia Vargas Leitón

Representante de la Directora del Programa de Posgrados en Enfermería



Roberto Marín Cascante

Estudiante

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	3
HOJA DE APROBACIÓN	4
TABLA DE CONTENIDO	
RESUMEN	7
LISTA DE TABLAS	12
I CAPÍTULO	13
1.1 INTRODUCCIÓN	13
1.2 PUNTO DE PARTIDA	16
1.2.1 ¿QUÉ ES SISTEMATIZAR?	17
1.2.2 ¿POR QUÉ SISTEMATIZAR LA PRÁCTICA REALIZADA?	17
1.2.3 ¿QUÉ TENEMOS PARA DESARROLLAR EL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN?	18
1.3 LAS PREGUNTAS INICIALES	19
1.3.1 OBJETIVO DE LA SISTEMATIZACIÓN	19
1.3.2 OBJETO DE LA SISTEMATIZACIÓN	20
1.3.3 OBJETIVOS ACADÉMICOS	20
1.3.4 EJE DE LA SISTEMATIZACIÓN	21
1.3.5 FUENTES DE INFORMACIÓN	21
1.4 CONTEXTO TEÓRICO	22
1.4.1 CONCEPTO DE SALUD	22
1.4.2 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	23
1.4.3 PROMOCIÓN DE LA SALUD	25
1.4.4 CONCEPTO DE SALUD MENTAL	26
1.4.5 DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL	27
1.4.6 ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA	28
1.4.7 ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA	29
1.4.8 ENFOQUE DE GENERO	30
1.4.9 DESARROLLO DEL CICLO VITAL - ETAPA ADULTEZ	31
1.4.10 DEFINICIÓN DE AUTOCUIDADO	

1.4.11 TEORÍA DEL AUTO CUIDADO DE DOROTHEA OREM	33
1.4.12 LA TEORÍA DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO	
1.4.13 TEORÍA DE SISTEMAS DE ENFERMERÍA	
1.5 CONTEXTO METODOLÓGICO.....	48
1.5.1 ENFOQUE PARADIGMÁTICO	48
1.5.2 PROCESO DE ENFERMERÍA	50
•ETAPA DE VALORACIÓN:.....	
•ETAPA DE DIAGNOSTICO:.....	
•ETAPA DE PLANEACIÓN.....	
•ETAPA DE EJECUCIÓN	
•ETAPA DE EVALUACIÓN	
1.5.3 DINÁMICA GRUPAL	53
1.5.4 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS	55
1.5.5 DISEÑO DE PERFIL DE ENTRADA.....	57
1.5.6 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	57
1.5.6.1 CUESTIONARIO AUTO ADMINISTRADO	57
1.5.6.2 APLICACIÓN DE ESCALA DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO (ASA)	
1.5.6 DISEÑO DE PERFIL DE SALIDA	62
II CAPITULO.....	62
2.RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO.....	62
2.1JUSTIFICACIÓN	63
2.2 ANTECEDENTES	66
2.2.1 ANTECEDENTES NACIONALES	66
2.2.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES	75
2.3 PROBLEMAS DE LA INTERVENCIÓN	82
2.4 OBJETIVOS.....	83
2.4.1 OBJETIVO GENERAL	83
2.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	83
2.4.4 IMAGEN OBJETIVO	84
2.5 CONTEXTO DE LA EXPERIENCIA	84
2.6 COORDINACIONES PERTINENTES	85
2.7 CRONOGRAMA DEL PROCESO VIVIDO.....	86
2.8 ABORDAJE DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA.....	87

2.8.1 FASE DE VALORACIÓN	87
2.8.1.1 PRE-INTERVENCIÓN: PRETEST	87
2.8.2 FASE DIAGNÓSTICA	92
2.8.2.1 SITUACIONES Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	92
2.8.3 FASE DE PLANIFICACIÓN.....	92
2.8.3.1 PLANEAMIENTO DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA	92
2.8.4 FASE DE IMPLEMENTACIÓN.....	94
2.8.4.1 DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA.....	94
2.8.5 FASE DE EVALUACIÓN.....	116
2.8.5.1 RESULTADOS DEL PERFIL DE SALIDA	116
2.8.6 EL FACILITADOR Y EL PROCESO VIVIDO	120
III CAPÍTULO	121
3. REFLEXIONES DE FONDO	121
V CAPÍTULO.....	151
LOS PUNTOS DE LLEGADA.....	151
4.1 CONCLUSIONES.....	151
4.2 RECOMENDACIONES	155
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	159
ANEXOS	169

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Este trabajo corresponde a una Intervención de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, por medio de la metodología de sistematización de experiencias de Oscar Jara, basado el modelo de Dorothea Orem.

OBJETIVO: Desarrollar una intervención de enfermería en salud mental y psiquiatría, para el fortalecimiento de estrategias de autocuidado dirigidas a un grupo de personas cruzrojistas del comité auxiliar en Ciudad Colón, 2024.

METODOLOGÍA: Esta intervención se organizó de acuerdo con la sistematización de experiencias de Oscar Jara, el profesional se posicionó desde el paradigma de la transformación, empleando como referente teórico el modelo de Dorothea Orem, para acompañar las experiencias se empleó el Proceso de Enfermería y la dinámica grupal como métodos de acercamiento a las personas participantes, ambos adaptados a la presencialidad y a la virtualidad, se tomaron en consideración los principios bioéticos mediante la aplicación del proceso de consentimiento informado, para la recolección de los datos se facilitó un cuestionario autoadministrado por medio de los patrones funcionales de Marjory Gordon y se aplicó la escala de apreciación de agencia de autocuidado (ASA), tanto para el perfil de entrada, como para el perfil de salida, se emplearon registros semanales de las experiencias, y finalmente se realizó una triangulación de la información registrada con el sustento teórico y las reflexiones de los profesionales.

DISCUSIÓN: La intervención de enfermería mediante la utilización de la Teoría de Dorothea Orem y de la aplicación de la escala ASA junto con proceso de sistematización de experiencias, permitió apreciar la disposición por mejorar el autocuidado de las personas participantes por medio de las estrategias implementadas en las ocho sesiones, a través del abordaje de enfermería de salud mental, además se ofreció un grupo de apoyo basado en la empatía mediante la escucha activa, la validación de emociones, donde se abordó cada estrategia con

igualdad de género, sometiendo a reflexión y a debate el sistema de creencias ya existentes, se logró conseguir en las personas participantes un aumento en la apreciación de la agencia de autocuidado.

CONCLUSIÓN: Posterior a la intervención de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, se observó una evolución en la apreciación de agencia de autocuidado de las personas, se puede afirmar que el autocuidado se fortaleció de manera dado a que las personas participantes lograron un entendimiento profundo y reflexivo sobre las acciones futuras a realizar, lo cual es esencial para cualquier proceso de cambio. Este avance en la comprensión de las acciones realizadas de su estado de autocuidado fomentara un crecimiento de manera integral.

SUMMARY

INTRODUCTION: This work corresponds to a Nursing Intervention in Mental Health and Psychiatry through the methodology of systematization of experiences of Oscar Jara, using Dorothea Orem's Theory as a support.

OBJECTIVE: Develop a nursing intervention in mental health and psychiatry, to strengthen self-care strategies aimed at a group of Red Cross members of the auxiliary committee in Ciudad Colón, 2024.

METHODOLOGY: This intervention was organized according to Oscar Jara's systematization of experiences, the professionals positioned themselves from the paradigm of transformation using the Dorothea Orem model as a theoretical reference, to accompany the experiences, the Nursing Process and group dynamics were used as methods of approaching to the participating people, both adapted to face-to-face and virtuality, bioethical principles were taken into consideration through the application of informed consent, for data collection a self-administered questionnaire was used through Marjory Gordon's functional patterns and the application of the self-care agency appreciation scale (ASA) was given for both the entry profile and the exit profile, weekly records of the experiences were used, and finally a triangulation of the recorded information was carried out with the theoretical support and the reflections of the professionals.

DISCUSSION: The nursing intervention through the use of Dorthea Orem's Theory and the application of the ASA scale together with the process of systematization of experiences, allowed to appreciate the willingness to improve self-care of the participating people through the strategies implemented in the eight sessions through the approach of mental health nursing, in addition a support group was offered based on empathic understanding, through active listening, validation of emotions, where each strategy was addressed with gender equality, subjecting the existing belief system to reflection and debate, it was possible to achieve in the participating people an increase in the appreciation of the self-care agency.

CONCLUSION: After the intervention of Mental Health and Psychiatry Nursing, an evolution was observed in the appreciation of people's self-care agency. Although it cannot be stated that self-care has been optimally strengthened, the participating people achieved a deep and reflective understanding of future actions to be carried out, which is essential for any change process. This advance in the understanding of the actions carried out on their self-care status will promote growth in a comprehensive manner.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Puntuación de la escala ASA.....	63
Tabla 2. Interpretación de la escala ASA.....	63
Tabla 3. Cronograma de actividades.....	88
Tabla 4. Diagnósticos NANDA.....	94
Tabla 5. Respuestas de las personas participantes.....	121
Tabla 6. Respuestas de las personas participantes.....	122

I CAPÍTULO

1.1 INTRODUCCIÓN

El siguiente informe es el resultado del trabajo final de graduación fundamentado en una estrategia de sistematización de experiencias, bajo la centralización de una intervención de enfermería en salud mental y psiquiatría, con la finalidad de acompañamiento, educación y asesoramiento para el fortalecimiento de estrategias de autocuidado en personas cruzrojisttas de Comité Auxiliar de Cruz Roja en Ciudad Colón.

El autocuidado, de acuerdo con Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) es definido como, la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir las enfermedades, y hacer frente a las situaciones y discapacidades con o sin el apoyo de un profesional de la salud. Por lo tanto, para mantener adecuada esa capacidad de cada persona entra en juego su salud mental, ya que es esencial, indispensable para mantener la capacidad de autocuidado óptima en cada persona, es esencial y determinante una adecuada salud mental, la cual es parte del bienestar integral en el ser humano.

En cada etapa de su desarrollo las personas se plantean objetivos por cumplir, retos, aprendizaje y crecimiento, lo que lleva a ese ser humano a tener nuevas y diferentes dificultades, obstáculos y a veces lamentablemente dolor emocional por no lograr lo propuesto, esto dado por diferentes factores como el estrés, el trabajo y las presiones sociales, las cuales se van acumulando y traen consecuencias muy graves en la vida de las personas al no poder manejarlas y gestionarlas sin que afecten su salud mental.

Por ende, si durante el desarrollo las personas en su ciclo vital acuden a recibir educación en salud mental cuando se les presenten todas esas dificultades de la vida, tendrán herramientas aprendidas para poder tener un mayor control para gestionar, clasificar las situaciones y priorizar en sus emociones.

A partir de lo anterior se propone desde una intervención de enfermería en salud mental y psiquiatría, con el desarrollo de estrategias, con el fin de fortalecer el autocuidado de las personas participantes, enfatizado en la autonomía y participación social, para esta población es fundamental tener un estado óptimo, dado a su participación en la atención de situaciones de emergencias.

La intervención de enfermería pretende dar un intercambio de experiencias con el grupo de personas participantes, además de fomentar la cohesión, descubrimiento y aprendizaje de nuevas técnicas para el fortalecimiento del autocuidado desde la aplicación del proceso de enfermería, que corresponde a una metodología sistemática que se utiliza para brindar cuidados de salud personalizados. Este proceso consta de varias etapas: valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación, con el respaldo de la teoría del autocuidado de Orem (1983).

La Organización Panamericana de la Salud (2013), define que la sistematización de la práctica “es un proceso de búsqueda y reflexión destinado a construir conocimiento a partir de la recuperación y conceptualización de experiencias con el fin de conocer y mejorar la práctica, así como socializar la información que emana de las mismas”.

Este proceso se llevó a cabo mediante la propuesta presentada por el autor Jara (2018), el cual indica que es una interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, en la cual se descubre o explicita la lógica y el sentido del proceso vivido en ellas, además, involucra los diversos

factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo.

Por tanto, al expresar las vivencias, las personas son capaces de materializar todos los conocimientos y construir aprendizajes conjuntos como grupo que atraviesan la misma etapa de vida y prácticas de cuidado similares. Se plantean cinco momentos fundamentales para su elaboración:

1. Punto de partida; implica haber sido parte del proceso experiencial y registrar las experiencias.
2. Las preguntas iniciales, fundamentales para la recopilación de los registros obtenidos durante el marco temporal del proceso, en este momento se define el objetivo, se delimita el objeto a sistematizar, se precisa el eje temático, las fuentes de información y procedimientos a seguir.
3. Recuperación del proceso vivido mediante la organización de los registros y otros elementos componenciales de la experiencia, la reconstrucción de la historia.
4. La reflexión de fondo es el análisis, síntesis e interpretación crítica del proceso y los resultados formativos.
5. Los puntos de llegada son las conclusiones de todo el proceso vivido y la comunicación de los aprendizajes.

Así mismo, Jara (2018), señala que existen una serie de características que se dan durante la sistematización y tres de estas características coinciden con los objetivos de este proceso de sistematización de experiencias que se realizó ya que;

- Quien sistematiza, produce conocimiento desde lo que vive, siente, piensa y hace; desde sus intereses, sus emociones, sus saberes, sus acciones y omisiones.
- Exige interpretar las razones y sentidos de fondo para que esos procesos se dieran de esa manera; la relación que se dio entre sus múltiples factores; las

consecuencias y sus causas; los efectos y las raíces; las contradicciones, coherencias e incoherencias, continuidades y rupturas; vínculos y ausencias.

- No sólo pone atención a los acontecimientos o situaciones, a su comportamiento o evolución, sino también y especialmente a las interpretaciones que tienen las personas, hombres o mujeres, que son sujetos y protagonistas de dichas experiencias.

La presente intervención de enfermería se desarrolló por medio de una dinámica grupal, a raíz de esto las personas participantes pueden ser fortalecidas desde un objetivo en común por las actividades que se realizan, con el fin de reforzar las conductas y lograr cambios positivos.

Finalmente, con esta intervención de enfermería, se refleja la importancia de crear espacios en salud mental en los cuales se promueva el intercambio de experiencias en las personas cruzojistas, con el fin de reconstruir y brindar un sentido humanizado a las vivencias actuales, donde el profesional de enfermería en salud mental y psiquiatría sea partícipe de incentivar, promover, promulgar, empoderar y facilitar el autocuidado y, por ende, una mejor calidad de vida.

1.2 PUNTO DE PARTIDA

Este proceso nace desde la experiencia, de acuerdo con Jara (2018), no se puede sistematizar algo que no se ha experimentado, entonces la sistematización se convierte en un segundo momento que se va construyendo de la mano con las experiencias que surgen de la práctica. Desde esta visión, resulta fundamental encontrarse inmerso en la experiencia y vivirla para tener la capacidad de sistematizar, entendiendo su concepto, sus fines y los recursos que permiten su desarrollo.

1.2.1 ¿QUÉ ES SISTEMATIZAR?

Jara (2018) plantea que la sistematización consiste en un esfuerzo de interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica y el sentido del proceso vivido en ellas, el autor menciona también, que sistematizar es un ejercicio intencionado que busca profundizar y recrear la experiencia y sus saberes con un ejercicio interpretativo de teorización y de apropiación consciente de lo vivido. En el caso particular de este trabajo, se sistematizó las experiencias vividas por las personas participantes, así como las del facilitador. A partir de las vivencias desarrolladas durante la intervención de enfermería en salud mental y psiquiatría.

1.2.2 ¿POR QUÉ SISTEMATIZAR LA PRÁCTICA REALIZADA?

Este enfoque cuenta con diversos beneficios tanto para la disciplina de la enfermería como para la población que se atiende, Jara (2018), enfatiza en varias utilidades de la sistematización de experiencias, se decidió utilizar las siguientes dos durante este proceso:

1. Se realiza esta sistematización para lograr comprender más profundamente nuestras experiencias y así poder mejorarlas: sistematizar (de la mano de la experiencia) genera una visión más amplia de los procesos que se desarrollan, porque los involucrados se encuentran inmersos en las experiencias y están conscientes de los factores, contextos y particularidades que median las etapas, permitiendo que surjan de una forma única e irrepetible, lo que favorece el desarrollo de procesos reflexivos orientados a potenciar la calidad de los cuidados brindados.
2. Además, para fortalecer la identidad colectiva de una institución, red u organización, con el objetivo de conocer profundamente sus motivaciones, sus temores, sus anhelos, y así construir planes, proyectos, lineamientos

donde exista el aporte y el consenso de la mayor parte de la comunidad, fortaleciendo un sentido de pertenencia.

Todo esto se da para crear un proceso de transformación de las personas participantes, así como del facilitador ya que es importante también considerar el cambio personal que se da al ser parte del proceso, ya que podemos decir que tenemos constructos ya instalados y que debemos de tener esa apertura para nuevos conocimientos.

1.2.3 ¿QUÉ TENEMOS PARA DESARROLLAR EL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN?

Posicionarse activamente en las experiencias que surgen a lo largo del proceso es trascendental para el desarrollo de la sistematización, por lo tanto, el rol de acompañamiento terapéutico de enfermería en salud mental y psiquiatría en las experiencias asociadas al fortalecimiento de estrategias es la clave para capturar las vivencias generadas.

Partiendo de lo anterior, Jara (2018), afirma que además de vivir la experiencia, es fundamental contar con registros que documenten todo lo que surja en el proceso, y que sobre todo hayan sido elaborados de forma intencional para su posterior utilización. Dentro de los insumos utilizados para la sistematización de toda la experiencia existen:

- Espacio físico, con sillas, mesas, iluminación, internet y televisión.
- Diario de las personas.
- Bitácora semanal.
- Planeamientos semanales.
- Planeamiento de las sesiones de intervención.

- Registro de actividades (semanal).
- Revisiones bibliográficas.
- Perfil de entrada (Valoración de patrones funcionales de Marjory Gordon - Escala de agencia de auto cuidado ASA).
- Perfil de salida (Cuestionamientos de retroalimentación cualitativa sobre su experiencia vivida- Escala de agencia de auto cuidado ASA).
- Técnicas de la dinámica de grupo.
- Estrategias de enfermería (mindfulness).
- Asesoramiento y guía de profesional de enfermería en salud mental.
- Chat de mensajería instantánea.

1.3 LAS PREGUNTAS INICIALES

En este punto, de acuerdo con Jara (2018), nos indica que los investigadores se embarcan en el proceso de sistematización, abordando cinco preguntas esenciales: ¿para qué queremos sistematizar?, ¿qué experiencia queremos sistematizar?, ¿qué aspectos centrales nos interesan más?, ¿qué fuentes de información tenemos y cuáles necesitamos?, y ¿cuál es el procedimiento concreto que vamos a seguir? Por tanto, se responderán estos cuestionamientos durante el desarrollo de este documento.

1.3.1 OBJETIVO DE LA SISTEMATIZACIÓN

Es fundamental la definición del objetivo en un proceso de sistematización de experiencias, ya que es la guía para poder realizar múltiples acciones en el desarrollo de esta y nos permite alcanzar una medición de lo realizado al terminar el proceso, además, nos brinda un resultado de la utilidad y funcionalidad del método utilizado y nos garantiza la satisfacción de todas las personas involucradas en el proceso. Asimismo, como hace referencia Jara (2018), es el poder definir de

la manera más clara y concreta posible, el sentido, la utilidad o el resultado que esperamos obtener de esta sistematización y por ello el objetivo de una sistematización debe siempre responder a una necesidad y debe perseguir un fin útil.

Por lo tanto, el objetivo de este proceso es brindar un acompañamiento desde la profesión de enfermería en Salud Mental y Psiquiatría para el fortalecimiento de estrategias de auto cuidado en un grupo de personas cruzrojistas del comité auxiliar de Cruz Roja en Ciudad Colón, mediante la comprensión de sus experiencias en un contexto socio histórico y holístico determinado por medio de sesiones presenciales.

1.3.2 OBJETO DE LA SISTEMATIZACIÓN

Responder a la pregunta ¿qué experiencias queremos sistematizar? implica un esfuerzo por delimitar el campo de la experiencia en torno al que vamos a realizar el ejercicio de sistematización, en el caso del presente trabajo, el objeto corresponde a sistematizar las experiencias en torno al fortalecimiento de estrategias de autocuidado dirigidas a un grupo de cruzrojistas del comité auxiliar en Ciudad Colón, desde la Intervención de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría.

1.3.3 OBJETIVOS ACADÉMICOS

Se plantea el siguiente objetivo académico para ser desarrollado durante este proceso de sistematización:

1. Aportar a la reflexión y a la construcción del conocimiento teórico a partir del análisis de la práctica de enfermería en salud mental y psiquiatría, mediante la sistematización de experiencias.

1.3.4 EJE DE LA SISTEMATIZACIÓN

El establecimiento del eje temático en una sistematización tiene como objetivo ser un facilitador del proceso de sistematización y que evite al facilitador perderse en la multitud de elementos de la experiencia, ya que van a estar presentes en todo momento y se encontrara con muchos que no son tan relevantes para cumplir con los objetivos de este proceso.

Por consiguiente, el eje de esta sistematización está basado en la experiencia del fortalecimiento de estrategias de autocuidado dirigidas a un grupo de personas cruzrojistas del comité auxiliar en Ciudad Colón, analizando cómo se implementó este proceso de enfermería mediante las sesiones presenciales y virtuales como herramienta y justificadas desde la teoría del autocuidado de Dorothea Orem.

1.3.5 FUENTES DE INFORMACIÓN

Para Jara (2018) al llevar un proceso de sistematización es importante identificar los registros con los que se cuenta, de tal manera que podamos saber si ellos nos permitirán o no acceder a la información que hará posible que nos lleve a los resultados esperados y anotar nuevas fuentes.

En este proceso se trabajó inicialmente con las personas participantes al valorar su capacidad de autocuidado, así como las expectativas del proceso y la percepción sobre sus aspiraciones, para ello, se realizó la planificación de aplicar un cuestionario auto administrado donde se valoraron los patrones funcionales de Marjory Gordon.

Además, se aplicó la escala de apreciación de la agencia de autocuidado (ASA) y finalmente se utilizaron herramientas como el cuaderno personal, preguntas aleatorias de tipo abiertas, exposiciones magistrales mediante la elaboración de

planeamientos, recopilación de testimonios, actividades rompe hielo, actividades de desarrollo y actividades de cierre, asignaciones para elaborar en casa, lista de participantes, fotografías, videos y bitácoras.

1.3.6 PROCESO A SEGUIR

El procedimiento por seguir es el cronograma del plan de sistematización, el cual permitió mantener la organización de los pasos concretos que se darán para sistematizar las experiencias, las distintas etapas y momentos, los cuales serán detallados en el en el siguiente capítulo.

1.4 CONTEXTO TEÓRICO

En este apartado se presenta los elementos teóricos importantes con los cuales se sustentó el desarrollo de esta intervención en Salud Mental y Psiquiatría. Dichos conceptos son base esencial para comprender el abordaje de enfermería, en el desarrollo del proceso con la población participante.

1.4.1 CONCEPTO DE SALUD

Es importante considerar el concepto de salud como un proceso dinámico que ha ido evolucionando históricamente y ha producido cambios sociales, políticos, culturales y filosóficos que han motivado a la ampliación y transformación de salud como definición. La OMS (2022), la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

En relación con el concepto anterior, es necesario enfatizar en el término “estado completo de bienestar”, que se asocia más a un estado ideal o excepcional que a las realidades sociales de la actualidad. Dicho esto, se integran el concepto de salud promulgado por la Organización Panamericana de la Salud (2013), donde la conceptualizan como un fenómeno con implicaciones sociales, económicas y

políticas y, sobre todo, un derecho fundamental, así mismo es primordial el considerar la salud como un derecho humano, lo que conduce a la revisión de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, desde esta perspectiva, el derecho a la salud es inherente a todos los seres humanos, sin discriminación alguna de nacionalidad, sexo, origen étnico, religión, lugar de residencia, o cualquier otra condición.

Para finalidad de esta intervención se baso en el siguiente concepto desarrollado por la Política Nacional de Salud del Ministerio de Salud (2015), el cual resalta como un deseo de mejorar las condiciones de vida de la población en un contexto globalizado que se acompaña por un aumento de las inequidades y creciente violencia social, por ello se sustenta en tres pilares: impulsar crecimiento económico generando más empleo, reducir la desigualdad y luchar contra la corrupción, además contiene como ejes transversales el género, la participación social, los derechos humanos.

1.4.2 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

De acuerdo con Ruiz (2022), el enfoque de determinantes sociales de la salud contempla el análisis de cómo el conjunto de circunstancias a través de las cuales las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen, así como los sistemas establecidos para combatir enfermedades, condicionan la salud. Por lo tanto, hace énfasis en los siguientes determinantes estructurales de la salud:

- **RAZA, ETNIA Y ORIGEN:** la condición de migrante o de pertenecer a una comunidad aborigen impacta en el acceso a la salud, esta población ha sido históricamente vinculada a pobreza, exclusión social, en general son poblaciones que tienen mayores problemas de salud como enfermedades infectocontagiosas, enfermedades a nivel bucodental, desnutrición, entre

otras; además reportan peor percepción de su estado de salud, en contraposición al resto de la población.

- **OCUPACIÓN:** la precariedad laboral condiciona las vivencias de salud física y mental, así como el acceso a sistemas de salud, factores como la explotación en los lugares de trabajo (trabajar más horas que las estipuladas sin pago de tiempo extraordinario, no contar con seguridad social), las condiciones físicas del lugar (humedad, poca ventilación e iluminación), las relaciones de poder (acoso, abuso psicológico por parte de jefaturas o compañeros/as), generan repercusiones importantes en la salud.
- **GÉNERO:** el patriarcado como cómplice del estado capitalista genera inequidades entre mujeres y hombres, donde históricamente las primeras han sido delegadas al espacio privado (casa, maternidad, familia), y los segundos al espacio público (trabajo, toma de decisiones), por ende, nacer mujer en un contexto esencialmente patriarcal condiciona a carecer de las mismas oportunidades que tienen los hombres para ser visibilizadas socialmente y posicionarse en espacios de poder.
- **NIVEL EDUCATIVO:** el bajo nivel de escolaridad se vincula con menor oportunidad para acceder a una fuente laboral que genere movilidad social, el analfabetismo es un factor de riesgo íntimamente ligado a la exclusión social y a la explotación laboral.
- **ESTATUS ECONÓMICO:** la pobreza se asocia a condiciones de precariedad como el hacinamiento, la violencia, el abuso de sustancias, entre otros, impactando estos factores directamente en la calidad de vida y la salud que perciben las personas. La privación financiera genera complicaciones a nivel físico (menor disponibilidad alimentaria), mental (más estrés, depresión, abuso de sustancias) y social (más vínculo con actividades delictivas).

Podemos decir que los determinantes de salud constituyen una serie de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de las personas o poblaciones, para actuar sobre los factores externos que condicionan la salud.

Ahora bien, Leiva et al (2021), hacen referencia al efecto que tienen los determinantes sociales en la salud mental de las comunidades, describen que la pobreza y la inequidad socioeconómica están íntimamente ligadas a mayor riesgo de desarrollar una psicopatología, de acuerdo con estos autores existen dos hipótesis que vinculan los factores socioambientales con la etiología de la enfermedad mental:

- Las personas con algún tipo de predisposición genética a patología mental o somática, luego de enfermar, descienden de la escala social donde estaban previamente.
- La situación social por sí misma causa enfermedad mental, la pobreza por ejemplo constituye un factor de estrés sistemático que contribuye al desarrollo de depresión y trastornos por consumo de alcohol.

Desde esta premisa los autores destacan la necesidad de optar por un paradigma biopsicosocial para enfrentar los desafíos de salud mental en las personas, basado en modelos integrales, desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, en contacto directo con las comunidades, fortaleciendo el empoderamiento de las personas como protagonistas en las experiencias de su salud.

1.4.3 PROMOCIÓN DE LA SALUD

Según la OMS (2022), es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla. Dentro de este contexto, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas un estado de bienestar físico, mental y social.

La promoción de la salud representa un enfoque práctico para lograr una mayor equidad en salud basado en un concepto operativo de salud que trasciende al tradicional de ausencia de la enfermedad, lo que pretende la promoción de la Salud es realizar una prevención primaria en el entorno laboral, eliminar los factores que puedan causar lesiones, la intervención tiene lugar antes de que se produzca la enfermedad, siendo su objetivo principal el impedir la aparición de esta.

1.4.4 CONCEPTO DE SALUD MENTAL

La OMS (2022), define la salud mental como un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida así como desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad, además que es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta las capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en donde se vive y también lo establece como un derecho humano fundamental, un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico.

Se le otorga a la sociedad como el ser responsable de tener un compromiso frente a la salud mental y sus entornos, pone de manifiesto la importancia de la intervención de enfermería en salud mental, la cual trabaja con base en un enfoque de calidad con perspectiva humanista y de derechos, el objetivo es que la persona usuaria logre afrontar, superar o aceptar las situaciones, circunstancias, problemas, crisis o enfermedades que enfrenta, de forma coherente con el convivir, su relación con el entorno, el conocimiento de sí, las expectativas, sueños, sufrimientos y realidades.

Es importante destacar que se evidencia el valor de la legislación en Costa Rica acerca de la Política Nacional de Salud Mental (2012), elaborada por el Ministerio de Salud y, desde su política define la salud mental como un proceso de bienestar,

desempeño personal y colectivo caracterizado por la auto realización, autoestima, autonomía y capacidad para responder a las demandas de la vida en diversos contextos.

Esta política forma parte del compromiso del gobierno hacia los costarricenses, al analizar en primera instancia los determinantes de la salud mental desde un plan de acción cuya finalidad busca ejecutar el mandato de la legislación, con el propósito de mejorar y comprender las posiciones que se van generando desde los constructos sociales de la población costarricense.

1.4.5 DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL

De acuerdo con la Política Nacional de Salud Mental (2012), los determinantes de la Salud Mental son todos aquellos factores que promueven la Salud Mental o por el contrario tienen un impacto negativo en la salud. Se identifican cuatro: Biológicos, Ambientales, Sociales-Económicos-Culturales, y Servicios y Sistemas de Salud.

- **DETERMINANTES BIOLÓGICOS:** son todos aquellos elementos de salud, tanto física como mental, que se desarrollan dentro del cuerpo humano como consecuencia de la biología básica y de aspectos orgánicos de la persona, como podría ser la carga genética, el proceso de envejecimiento, los sistemas internos del organismo, la estructura poblacional y otros.
- **DETERMINANTES AMBIENTALES:** corresponden a los aspectos relacionados con el ambiente en general, como el ambiente humano, que modifican el estado de salud de las personas.
- **DETERMINANTES SOCIALES, ECONÓMICOS Y CULTURALES:** se refieren a variables como aspectos culturales, estilos de vida, violencia social, discriminación por diversos motivos, estigma, ingresos económicos, nivel educativo, abuso de drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, conducción

peligrosa, empleo, prácticas de sexualidad, prácticas religiosas, la organización social, entre otras.

- **DETERMINANTES DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD:** la provisión de servicios de salud se ha caracterizado históricamente por ser médico-centrista, biólogo, especializado en el tercer nivel de atención y, que, además, consume el mayor número de recursos financieros y humanos.

Con esta conceptualización de condiciones de vida, se sostiene que la acción del estado debe de ir dirigida a disminuir las desigualdades en el desarrollo económico y social del país, esto es, que se considera legítima la acción del estado para intervenir en aquellas áreas que generen problemas que se consideran éticamente inaceptables y que ocasionan enfermedad o muerte a grupos de población particulares.

1.4.6 ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

En primera instancia se enfatiza en el concepto de enfermería que expone la madre de la Enfermería Psiquiátrica, Hildegard Peplau (1990), define a la enfermería como un proceso interpersonal y a menudo terapéutico, dirigido a un fin, que exige ciertas fases, acciones, operaciones y realizaciones que se producen entre el individuo que practica enfermería y la persona asistida”, para que el proceso sea terapéutico se exige la participación de dos o más personas, que en ocasiones se benefician de estas interacciones.

Por lo tanto, la enfermería es una relación humana entre una persona que necesita servicios de salud, y una profesional en enfermería con una formación especializada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda. En relación con el contexto nacional, el Colegio de Enfermeras de Costa Rica (2018), publicó en el diario La

Gaceta, el perfil profesional de enfermería especialista en salud Mental y psiquiatría en el año 2022.

1. En primer lugar, hacen énfasis en la atención de enfermería en salud mental y psiquiatría es un proceso interpersonal en el que el profesional presta atención al individuo, la comunidad para promover la salud mental, prevenir la enfermedad, afrontar las experiencias de estrés, de enfermedad mental y ayuda a las personas a readaptarse y a encontrar significados a estas experiencias.
2. Presentan las intervenciones propias de enfermería en salud mental, que se encuentran sustentadas en criterios científico-técnicos y en prioridades de política sanitaria, estas acciones son procesos que se realizan en diferentes niveles de atención: gestión, promoción, prevención, entrevista motivacional, intervención de tipo grupal, relación interpersonal de ayuda, intervención en crisis en primera y segunda instancia, acompañamiento en el proceso interdisciplinario, referencia, interconsulta a especialista, consultoría, gestión de grupos de apoyo y círculos de paz, prevención de la recaída, reducción del daño y manejo de la dependencia, educación en salud mental, entre otros.

1.4.7 ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

Las sesiones se desarrollaron a partir del enfoque práctico y teórico del Mindfulness, que suele traducirse como atención plena y es definido por Ramal (2015), como el prestar atención de manera consciente a la experiencia del momento presente con interés, curiosidad y aceptación. Así mismo, señala que se compone de técnicas diseñadas para retrotraer la mente de sus teorías y preocupaciones las cuales engloban: la respiración consciente, escaneo corporal, caminar conscientemente y hacer con atención plena cualquier actividad de la vida diaria.

Así mismo, indica que en el ámbito de los cuidados puede resultar especialmente relevante el uso del mindfulness para la enfermería, por su aproximación holista e integral a las personas, al plantear en términos positivos cómo orientar la atención y la actividad mental de las personas con malestar psicológico, esté o no asociado a problemas físicos, psicológicos, sociales o espirituales. Por lo tanto, se dio la implementación de técnicas de relajación, como la muscular progresiva de Jacobson, relajación guiada y autógena aplicadas en diferentes sesiones como actividades de cierre.

1.4.8 ENFOQUE DE GENERO

La presente intervención de enfermería posee un enfoque género sensible, en donde se toma en cuenta la afectación de la salud mental de los individuos desde una perspectiva inherente al hecho de ser hombre o ser mujer.

Desde el enfoque de género se permite comprender la concepción del proceso de salud como el de enfermedad desde una perspectiva social y cultural, que ayude a deconstruir y construir concepciones de roles preestablecidas. La OMS (2014), expresa que existe un origen social en cuanto a las desigualdades de género, por lo que éstas pueden modificarse, es por ello por lo que la propuesta de salud mental aboga a cambiar o minimizar estas diferencias.

Por otro lado, Batres (2001), refiere que el género corresponde a la adquisición de papeles conductuales definitorios de ser hombre o ser mujer, los cuales, son expresadas como conductas socialmente aprendidas y explicadas desde la psicología social, esta autora formula una visión desde la sociedad como formadora y moldeadora del ser humano a lo largo de su existencia.

Se involucró la dinámica de grupos desde una visión de equidad de género, se debe tomar en cuenta el papel que juegan ambos factores en la atención en salud, la

autora enuncia el género no solo desde una perspectiva individual, sino que también se manifiesta, modera y refuerza dentro de un ambiente grupal.

Por tanto, se conlleva a la concepción de género como consumación grupal, el aplicar una perspectiva de género en la intervención social implica una toma de postura a favor de la igualdad de género en las diversas intervenciones, programas, proyectos y actividades que se desempeñan a favor de determinados colectivos que se encuentran en especiales dificultades, ya que implica tener en cuenta las diferencias y desigualdades de género en los programas e intervenciones de la Cruz Roja Costarricense.

De acuerdo con lo anterior en esta intervención, se realiza mediante el uso de diferentes actividades enfocadas en promover la importancia de dar a conocer los sentimientos, los pensamientos y las emociones tanto del género masculino como femenino.

1.4.9 DESARROLLO DEL CICLO VITAL - ETAPA ADULTEZ

El ciclo de vida permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante etapas tempranas del desarrollo humano; Fernández (2010), indica que permite reconocer que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, como las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un grupo de edad puede derivarse de intervenciones previas en un grupo de edad anterior.

De acuerdo con Fernández (2010), los humanos cambian y crecen en muy diversos aspectos durante el período de los 20 a los 40 años, edades límite aproximadas que la mayoría de los estudiosos han establecido para definir al joven adulto, ya que durante estas dos décadas se toman muchas de las decisiones que han de afectar al resto de la vida, con respecto a la salud, la felicidad y el éxito del individuo.

Es en esta etapa de la vida cuando la mayoría de las personas dejan el hogar paterno, obtienen el primer empleo, se casan, tienen hijos y los crían, es decir, tienen las principales transiciones, para la sociedad, estos años son los más importantes de toda la vida.

Monreal (2011), indica que esta época es primordial de la vida ya que las personas tienen sus tensiones y además se dan cuenta que su cuerpo no es lo que una vez fue, abonado a una sociedad orientada hacia la juventud y la buena condición, las arrugas, los hundimientos y los dolores musculares agudos son señales no bienvenidas pues indican la proximidad de la vejez.

Las aparentes señales de envejecimiento pueden herir a la gente que está buscando trabajo o que se encuentra dentro de una institución donde la mayoría de la población es gente “joven”, esto es significativo porque el trabajo que hace la gente ejerce una gran influencia en la forma como se siente ante esta época de la vida.

1.4.10 DEFINICIÓN DE AUTOCUIDADO

Correa (2016), nos define que el aprender a cuidarse es una forma de mejorar la relación con uno mismo, implica conocerse mejor y saber qué prácticas e intereses abonan a la propia salud. El auto cuidado invita a la persona a pensar en lo que realmente le apasiona e inspira, ayuda a entender mejor las necesidades físicas, sociales, cognitivas y emocionales que le abonan y a tener una mayor conciencia de sí mismo y la valoración de las propias necesidades, promueve la toma de decisiones y el establecimiento de límites tanto de la persona como de los otros y hacia los otros. En concreto consiste en reconocer las propias capacidades y respetar su bienestar.

A si mismo nos indica que se deben considerar algunos de los siguientes elementos que los caracterizan:

- Es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos activos del cuidado de su salud y es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.
- Es una responsabilidad individual y un compromiso cotidiano que se fundamenta en un sistema formal de salud e informal con el apoyo social.
- Al realizar las prácticas de autocuidado, ya sea con fines protectores o preventivos, las personas las desarrollan con la certeza que van a mejorar su nivel de salud.
- Para que haya autocuidado se requiere cierto grado de desarrollo personal, que está mediado por un permanente fortalecimiento del autoconcepto, el autocontrol, la autoestima, la auto aceptación y la resiliencia.

Podemos concluir con lo que nos plantea Bastidas (2007), el cual nos define que la incorporación de rutinas de autocuidado es clave para mejorar la calidad de vida y prevenir enfermedades, tanto físicas como mentales (ansiedad, depresión, entre otros) así como para recuperarse en el caso de estarlas padeciendo.

1.4.11 MODELO DE DOROTHEA OREM

Según Orem (1983), en la palabra auto cuidado, el prefijo auto se refiere al ser total, es decir, la palabra auto cuidado lleva la connotación doble de “para uno mismo” y “dado por uno mismo”, por lo tanto el auto cuidado lo define como la práctica de actividades que las personas inician y hacen por sí mismas para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar, es la contribución constante de un adulto a su propia vida, salud y bienestar continuo, es una respuesta práctica a una demanda experimentada para atenderse así mismo.

Los supuestos básicos de la teoría general se formalizaron a principios de la década de 1970 y se presentaron por primera vez en la escuela de enfermería de la Marquette University en 1973.

Orem (2001), identifica las cinco premisas subyacentes en la teoría general de la enfermería:

1. Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.
2. La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás, haciendo de la sostenibilidad de vida los estímulos reguladores de las funciones.
4. La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para otros.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidado a los miembros del grupo que experimentan las privaciones, con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás

Leiva (2009), indica que la teoría descrita por Orem es un punto de partida que ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para brindar una atención de calidad, en cualquier situación independientemente del estado en el que se encuentre, ya que tanto puede ser aplicada en personas que se encuentran enfermas, como por personas que están tomando decisiones sobre su salud, y por personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud.

Se define que este modelo proporciona un marco conceptual y establece una serie de conceptos, definiciones, objetivos, para fortalecer mediante los cuidados a la persona, por lo que se considera debe aceptarse para el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería y para guía de esta intervención de enfermería en salud mental y psiquiatría.

Como toda teoría se debe de definir algunos conceptos básicos para lograr entender y comprenderla. Orem (1993) definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos, para lograr tener una visión de su forma de ser aplicada y como aplicar su idea:

- **PERSONA:** concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante y lo define como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.
- **SALUD:** la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes, dando a entender que este concepto significa integridad física, estructural y funcional; y la ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; el desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.
- **ENFERMERÍA:** como un servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Raile et al (2011), definen que del auto cuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos

reguladores de cada persona, estos requisitos están asociados con sus periodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales, por la capacidad de participar en el auto cuidado

Es denominada como la agencia de autocuidado, y esta se desarrolla a lo largo de la vida por medio de un proceso espontáneo de aprendizaje, el cual esta complementado por la curiosidad intelectual, con las instrucción y supervisión de otros y con la experiencia de llevar a cabo las medidas de auto cuidado. Este autor nos explica que la agencia de auto cuidado se puede ser dividida de dos maneras: forma y contenido:

1. **LA FORMA:** está relacionada con el conjunto de capacidades humanas para la acción intencional, es decir, la capacidad de atender a cosas específicas o excluirlas, así como entender sus características y significado; la capacidad de detener la necesidad de cambiar o regular las cosas observadas; la capacidad de adquirir conocimientos de vías de acciones adecuadas para la regulación; la capacidad de decidir qué hacer y la capacidad de actuar para conseguir el cambio o la regulación.
2. **EL CONTENIDO:** está relacionado con el objetivo de satisfacer los requisitos de auto cuidado, independientemente de cuales sean y en qué momento sean.

Orem (1983), refiere que es importante al analizar la agencia de auto cuidado de una persona, tomar en cuenta las capacidades que tienen los individuos, así como su repertorio de habilidades y los tipos de conocimiento que usan, es decir “la agencia de auto cuidado va a contemplar habilidades de tipo cognoscitivas, intelectuales y psicomotoras” mediados por los componentes de poder, los cuales son las capacidades específicas que están relacionadas con la habilidad de cada

persona para comprometerse en el autocuidado, la valoración de la salud, energía y conocimiento de auto cuidado.

Leiva (2009), menciona que este compromiso es determinado por 10 componentes definidos por Orem para así evaluar la agencia o habilidades que tiene una persona ya sea a favor o en contra de su auto cuidado y estos componentes de poder son:

1. **MÁXIMA ATENCIÓN O VIGILANCIA:** se define como la habilidad para mantener la atención y ejercitar la adecuada vigilancia con respecto a uno mismo como agencia de autocuidado y hacia las condiciones internas, externas y los factores importantes para el autocuidado.
2. **CONTROL DE LA ENERGÍA FÍSICA:** es el uso controlado de energía física disponible que sea suficiente para la iniciación y continuación de las operaciones de auto cuidado.
3. **CONTROL DEL MOVIMIENTO DEL CUERPO:** es la habilidad para controlar la posición del cuerpo y sus partes en la ejecución de los movimientos que se requieren, para la iniciación y cumplimiento de las operaciones de auto cuidado.
4. **HABILIDAD PARA RAZONAR:** este debe ir dentro de un marco de referencia de auto cuidado.
5. **MOTIVACIÓN PARA LA ACCIÓN:** la orientación de objetivos y metas para la vida, la salud y el bienestar.
6. **HABILIDADES PARA TOMAR DECISIONES:** se basa acerca del cuidado de sí mismo y para operacionalizar estas decisiones.
7. **CONOCIMIENTO:** definido como la habilidad para adquirir conocimientos técnicos acerca del autocuidado, de fuentes y recursos autorizados, lo mismo que para retener dicho conocimiento y operacionalizarlo.
8. **REPERTORIO DE HABILIDADES:** comprende las habilidades cognoscitivas, perceptuales, manipulativas, de comunicación e interpersonales, adaptadas a la ejecución de operaciones de auto cuidado.

9. **HABILIDADES PARA ORDENAR LAS ACCIONES DE AUTO CUIDADO:** son acciones discretas de auto cuidado o sistema de acción dentro de sus relaciones, junto con acciones subsecuentes, que llevan hacia la realización final de metas reguladoras de auto cuidado.
10. **HABILIDADES PARA INTEGRAR:** Es la habilidad para llevar a cabo, en forma consistente, las operaciones de auto cuidado, integrándolas con aspectos de la persona, familia y vida de la comunidad.

Ahora bien Orem(1993), señala que existen una serie de factores internos y externos que pueden influir o modificar la agencia de auto cuidado y por ende el auto cuidado, a esto le llama: factores básicos condicionantes, los cuales consisten en condiciones o eventos en una matriz de tiempo y lugar que afectan el valor de las capacidades de las personas para cuidarse a sí mismas, entre las cuales, señaló: la edad, el sexo, estado de desarrollo, condiciones y patrones de vida, factores familiares y socioculturales, estado de salud y factores del sistema del cuidado de la salud.

Orem (1983), indica que el auto cuidado tiene su razón de ser ya que es la acción que tiene un modelo y un desarrollo y, cuando se hace eficazmente, contribuye de forma específica a la integridad estructural, funcionamiento y desarrollo humano. Los propósitos para obtener los tipos de acción de auto cuidado se llaman requisitos de auto cuidado, los cuáles son tres:

1. **UNIVERSALES:** estos conducen a satisfacer necesidades de agua, aire, alimentos, eliminación/excreción, actividad y reposo, soledad e interacción social además para crear y mantener condiciones de vida que sostengan los procesos vitales, la formación y mantenimiento de la integridad estructural del cuerpo y promoción de su integridad funcional.

2. **DE DESARROLLO:** Van desde el periodo inicial de la vida hasta la plenitud de la madurez, requiere la formación y el mantenimiento de condiciones que promueven los procesos conocidos de desarrollo en cada etapa del ciclo vital.
3. **ALTERACIÓN DE SALUD:** se presentan cuando los defectos y alteraciones genéticas y constitucionales de la integridad normal estructural y funcional y de bienestar ocasionan necesidades de prevención y acción regulatoria para controlar su extensión y mitigar sus efectos.

Los requisitos de auto cuidado son acciones generales y básicas sobre los propósitos que tienen o deben de tener las personas cuando participan en el auto cuidado, por lo general, forman parte de la cultura general o bien son promovidos por el personal de salud, sin embargo, hay situaciones en las que no es así, sobre todo los requisitos de auto cuidado de alteraciones de salud, los cuales, llegan a ser conocidos por aquellas personas que presentan defectos genéticos, constitutivos, alteraciones de salud o por personas que tienen familiares o colegas con tales defectos o alteraciones. Orem (1983)

Cada tipo de requisito tiene acciones intencionales que se harán por o para los individuos en función de sus necesidades como seres humanos, las cuales son:

1. REQUISITOS UNIVERSALES:

- 1.1. El mantenimiento de una ingesta suficiente de aire.
- 1.2. El mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
- 1.3. El mantenimiento de una ingesta suficiente de comida.
- 1.4. La provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación y excreción.
- 1.5. El mantenimiento de un equilibrio entre actividad y descanso.
- 1.6. El mantenimiento de un equilibrio entre soledad y comunicación social.
- 1.7. La prevención de peligros en la vida

1.8. La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de grupos sociales, de acuerdo con la capacidad, las limitaciones conocidas y el deseo del hombre de ser normal.

Orem (1983), indica que estos ocho requisitos representan los tipos de acciones humanas que causan las condiciones internas y externas que mantienen la estructura y madurez, cuando ha sido suministrado eficazmente el auto cuidado o cuidado de gente dependiente que se organiza alrededor de los requisitos universales de auto cuidado, se fomenta la buena salud y el bienestar.

2. REQUISITOS PARA EL AUTO CUIDADO DE DESARROLLO:

Son manifestaciones especializadas de requisitos universales de auto cuidado que han sido particularizados para procesos de desarrollo, o bien requisitos nuevos derivados de una condición y pueden ser clasificados en dos categorías:

2.1. Causar y mantener las condiciones de vida que sostienen los procesos vitales y promueven los procesos de desarrollo; es decir, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de estructuras humanas y hacia la madurez durante:

- Las etapas intrauterinas de la vida y proceso de nacimiento.
- La etapa neonatal de vida.
- La Infancia.
- Las etapas de desarrollo en la niñez, incluyendo la adolescencia y entrada en el mundo adulto.
- Las etapas de desarrollo del adulto.
- El embarazo en adolescencia o como adulto.

2.2 El suministro de cuidado o para la prevención de efectos nocivos de las condiciones que pueden afectar el desarrollo humano o para mitigar o vencer dichos efectos que resultan de condiciones, tales como:

- La privación de educación
- Los problemas de adaptación social
- Los fallos de la individuación sana.
- La pérdida de parientes, amigos o colegas.
- La pérdida de posesiones de la seguridad en el trabajo.
- El cambio repentino de residencia a un ambiente desconocido.
- Los problemas asociados con la posición social.
- Mala salud o invalidez.
- Condiciones opresivas de la vida.
- Enfermedad que termina en la muerte, y la muerte cercana.

Orem (1983), establece que la primera categoría de los requisitos para el auto cuidado de desarrollo se articula con cada uno de los ocho requisitos universales de auto cuidado y los requisitos de esta categoría, cuando se los satisface eficazmente, deben contribuir a la prevención de los trastornos de desarrollo y a promover este acuerdo con la capacidad humana.

Además, que los tipos de problemas citados en la segunda categoría no constituyen una lista completa ya que en algunas situaciones de enfermería los tipos de problemas especificados pueden ser el enfoque central de cuidado, mientras en otras situaciones los resultados de los problemas se consideran una cualificación sobre la acción específica.

3. REQUISITOS PARA EL AUTOCUIDADO DE LA ALTERACIÓN DE LA SALUD

De acuerdo con Orem (1983), estos requisitos son dirigidos a personas que están enfermas, con daño, con formas específicas de patología que incluyen defectos e invalidez, estando todas ellas bajo el diagnóstico y tratamiento médico, ya que Las

alteraciones de salud pueden causar síntomas de enfermedad, enfermedad en sí, y no poder funcionar normalmente.

Las condiciones que limitan la movilidad física, aun cuando tales limitaciones sean severas, pueden ser menos desorganizadoras del funcionamiento integrado que los trastornos emocionales y mentales, siempre y cuando las alteraciones en la salud terminan en incapacidad o desfiguración, hay una exigencia para la asistencia especializada de medicina y enfermería para prevenir más alteraciones en el funcionamiento humano.

Además, menciona que existen seis categorías de requisitos de auto cuidado cuando hay presentes alteraciones en la salud:

- Buscando y consiguiendo asistencia médica adecuada cuando la persona está expuesta a agentes específicos físicos, biológicos o condiciones ambientales asociados con acontecimientos humanos patológicos o cuando hay evidencia de condiciones genéticas, fisiológicas, psicológicas, que se sabe que producen o están asociadas con la patología humana.
- Teniendo consciencia y estando atento a los efectos y resultados de las condiciones y los estados patológicos.
- Llevando a cabo eficazmente medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación determinadas por los médicos para la prevención de tipos específicos de patología, a la patología en sí, a la regulación del funcionamiento integrado del ser humano, al arreglo de deformaciones y anormalidades o a la compensación de incapacidades.
- Estando consciente y atendiendo o regulando los efectos nocivos o incómodos de las medidas para el cuidado hechas o prescritas por el médico.

- Modificando la imagen de uno mismo aceptándose en un estado especial de salud y con necesidad de formas concretas de cuidados sanitarios.
- Aprendiendo a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y con los efectos del diagnóstico y tratamiento médico en una forma de vida que fomenta el desarrollo personal continuo.

Y cuando se satisfacen eficazmente los tres tipos de requisitos, se producen condiciones humanas y ambientales que;

- Sostienen los procesos vitales.
- Mantienen las estructuras y el funcionamiento del hombre dentro de un límite normal.
- Sostienen el desarrollo de acuerdo con la variedad humana.
- Previenen daños y estados patológicos.
- Contribuyen a la regulación o control de los efectos del daño y la patología.
- Contribuyen también a la curación o regulación de los procesos patológicos.

Ahora bien, se sabe que las personas en general realizan acciones que les permite propiciar su auto cuidado, pero que también, hay quienes no pueden llevarlas a cabo por sí mismos, necesitando de una agencia de auto cuidado asistida. La totalidad de acciones de auto cuidado que se hace durante alguna temporada para alcanzar los requisitos de auto cuidado, utilizando métodos válidos y grupos de operaciones o acciones relacionadas entre sí, se denomina exigencia de auto cuidado.

Es por lo anterior que Orem (1983), refiere que los profesionales en enfermería desarrollan capacidades para:

- Identificar los requisitos de auto cuidado de sus pacientes.

- Seleccionar o confirmar los métodos generales por los cuales cada requisito identificado puede y debe ser satisfecho.
- Identificar las acciones que se deben tomar para satisfacer cada requisito específico de auto cuidado.

Además, indica que los profesionales deben también desarrollar sus capacidades para identificar y formalizar no solo los requisitos específicos de auto cuidado, sino también la totalidad de exigencias para la acción de este. ~~Ahora bien,~~ El profesional de enfermería debe determinar o calcular la demanda para el auto cuidado terapéutico, y para ello es necesario:

- Particularizar cada uno de los requisitos universales de auto cuidado e identificar y particularizar los requisitos de auto cuidado en estados de desarrollo y de alteración de la salud.
- Identificar los factores internos y externos que pueden afectar la manera en que se pueden satisfacer cada requisito de auto cuidado, lo que condiciona la selección de métodos que se realizaran.
- Identificar las interrelaciones entre los requisitos universales de auto cuidado con los de desarrollo y de alteración de la salud y entre ellos.
- Determinar si los métodos escogidos para la satisfacción de requisitos podrían afectar la realización de otros requisitos de auto cuidado.
- Diseñar modos de acción que permitan satisfacer los requisitos universales específicos en relación con los modos de acción para la realización de los requisitos de desarrollo y de alteraciones de la salud.
- Formular un plan para la acción de auto cuidado que tiene validez durante un momento determinado.

Sin embargo, hay ocasiones en las que las personas no pueden propiciar su autocuidado, sino que necesitan de alguien más para lograrlo, a esto Orem (1983), le llama agente de autocuidado, el término agente se refiere a la persona que realiza acción, por ejemplo: la persona que proporciona cuidados a lactantes, niños o adultos dependientes es agente de autocuidado.

Según Orem (1983), las personas que son agentes de auto cuidado deben ser capaces de calcular las demandas de auto cuidado actuales y proyectadas de aquellos bajo su cuidado, es por ello por lo que necesitan un alto desarrollo de habilidades específicas para poder calcular la demanda de auto cuidado terapéutico, la demanda de auto cuidado varía según los requisitos de auto cuidado que este hecha. Existen al menos dos variantes y se identifican en relación con el cuidado sanitario preventivo:

1. UNA DEMANDA DE AUTO CUIDADO DE PREVENCIÓN PRIMARIA

- Los requisitos universales de auto cuidado.
- Los requisitos de desarrollo para el auto cuidado.

2. UNA DEMANDA DE AUTO CUIDADO DE PREVENCIÓN SECUNDARIA O TERCIARIA

- Los requisitos de auto cuidado de alteraciones de la salud o desarrollo.
- Los requisitos universales de auto cuidado.
- Los requisitos de auto cuidado de desarrollo.

Orem (1993), indica que la mezcla de tipos de requisitos de auto cuidado en una demanda de auto cuidado terapéutico es una muestra de la complejidad de las necesidades que tienen los individuos de cuidado continuo y es un índice de los

tipos de conocimientos y de la variedad de las habilidades necesarias en las personas, que pueden actuar para satisfacer la demanda.

Es por lo anterior, que la agencia de cuidado necesita tener habilidad de diagnóstico para identificar los déficits de auto cuidado de las personas que intentan satisfacer sus demandas presentes y futuras de auto cuidado terapéutico, además, es necesario determinar las competencias de cuidado que requiere cada persona o cada grupo.

A si mismo nos indica que la variedad de demandas de auto cuidado terapéutico y la gama de déficits de autocuidado son indicadores del tipo y cantidad de enfermería que se necesita, a la vez que estos también son indicadores de los tipos de capacidades que cualificarán a los profesionales de enfermería para la práctica.

1.4.12 LA TEORÍA DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

De acuerdo con Gast (1989), la teoría de déficit de autocuidado describe y explica cómo es la relación o intervención de la enfermería para ayudar a los individuos, la idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras.

Las limitaciones generadas por los diferentes procesos del binomio salud-enfermedad vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o desarrollo o del de las personas dependientes de ellos.

Orem (1993), define que el déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de

autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada.

Por lo tanto, la agencia de autocuidado se relaciona con el concepto de factores básicos condicionantes, de modo que las capacidades de la persona para ejecutar el autocuidado de tipo y calidad requerida, se ve influido por estos factores internos o externos, y se finaliza con que la agencia de autocuidado está influida, tanto por las características internas, como la edad, estado de salud, así como por numerosos factores externos, como la cultura y sus recursos, estos se denominan factores básicos condicionantes.

1.4.13 TEORÍA DE SISTEMAS DE ENFERMERÍA

El propósito de esta teoría es describir y explicar las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero. Orem (1993), indica que la enfermería es una acción humana, los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras, mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente.

Alba et al (1993) refieren que las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación. Los sistemas enfermeros están organizados según la relación entre la acción del paciente y la de la enfermera.

Por lo tanto, Orem (1991), puntualiza que los sistemas de enfermería se definen como las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades

terapéuticas de autocuidado de sus pacientes y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes.

Alba et al (1993), indican que los sistemas de enfermería se forman cuando las enfermeras usan sus habilidades, con el fin de prescribir, diseñar, proveer cuidados de enfermería a los pacientes, en este caso, la enfermera se convierte en agencia de autocuidado para el paciente.

Las acciones de enfermería se organizan en tres sistemas a saber:

- **SISTEMA DE COMPENSACIÓN TOTAL:** Cuando un individuo es incapaz de satisfacer sus propias demandas de autocuidado, entonces existe un déficit o problema, dicho déficit o problema es lo que indica a las enfermeras cuán y por qué la enfermera es necesaria. Aquí la enfermera debe hacer todo por el paciente o individuo.
- **SISTEMA DE COMPENSACIÓN PARCIAL:** El paciente se ayuda parcialmente puesto que su condición no le permite ser totalmente independiente para su autocuidado.
- **SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO:** El individuo está en capacidad de autocuidarse, pero requiere orientación, las acciones que emprenden las enfermeras ayudan a los pacientes a mejorar sus capacidades para involucrarse en su autocuidado y para alcanzar sus propios requisitos de autocuidado, de manera terapéutica.

Orem (1991), finaliza diciendo que los sistemas de enfermería pueden ser elaborados para personas, para aquellos que contribuyen en una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes o limitaciones similares que les impiden comprometerse o desempeñar un autocuidado o el cuidado dependiente, o para familias u otros grupos multipersonales.

Estas tres teorías constituyen la teoría del autocuidado propuesta por Orem la cual indica que la teoría de los sistemas enfermeros es la teoría que unifica e incluye todos los elementos esenciales y comprende tanto la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del autocuidado.

1.5 CONTEXTO METODOLÓGICO

Este apartado, describe la metodología que se utilizó en la investigación, en ella se aborda temáticas como: el enfoque paradigmático, proceso de enfermería, la dinámica de grupos, el diseño de la recolección de información y las consideraciones éticas.

1.5.1 ENFOQUE PARADIGMÁTICO

Con respecto de la sistematización, Jara (2018), indica que no puede ser solo un aspecto metodológico, que se reduce a una técnica, ni a un conjunto agrupado de técnicas. Significa estructurar con un sentido estratégico toda la lógica del proceso deseado de impulsar, orientar y dar unidad a todos los factores que intervienen, tales como personas participantes y sus características personales, grupales, sus necesidades, sus intereses, el contexto en el cual viven, sus conocimientos sobre el tema, los objetivos propuestos de alcanzar, las etapas por desarrollar para lograrlos, la secuencia temática que se debe seguir, las técnicas y procedimientos por utilizar en los distintos momentos, las tareas de aplicación práctica por proponer y realizar, entre otros.

La presente intervención se desarrolló bajo el paradigma de la transformación el cual según plantea González et al (2016), indica que cada suceso del ámbito de enfermería es único e irrepetible, los cuidados dejan de considerarse producto empírico o necesidades ocasionales y se transforman en actividades altamente

complejas por la constante interacción humana, la enfermería comienza a crear posibilidades de «desarrollo propio» para beneficiar a la persona bajo su cuidado.

Siguiendo con esta línea de acuerdo con Sanabria et al (2002), el paradigma de la transformación cumple cinco funciones;

1. Proporcionar una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones que puede utilizarse para la descripción y el análisis,
2. Reducir la probabilidad de que existan supuestos y conceptos ocultos inadvertidamente, ya que cada nuevo supuesto y concepto ha de deducirse lógicamente de los componentes anteriores e introducirse en ellos de forma explícita,
3. Aumentar la cuantía de las interpretaciones teóricas.
4. Promover el análisis más de la descripción de detalles completos.
5. Permitir codificar el análisis cualitativo de forma que se aproxime a la lógica, aunque no al rigor empírico de dicho análisis.

Se concluye que el paradigma de la transformación representa un cambio de mentalidad sin precedentes, ya que es un proceso recíproco y simultáneo de interacción. Por lo tanto, el profesional de enfermería crea las posibilidades para desarrollar el potencial de la persona, que a su vez se beneficia para fortalecer sus propias capacidades y mejorar su entorno.

1.5.2 PROCESO DE ENFERMERÍA

De acuerdo con Alfaro (2014), el respaldo científico de la profesión de enfermería se basa en el proceso enfermero el cual se caracteriza por ser humanístico, proactivo, basado en la evidencia, intuitivo, lógico, rentable y creativo, además, de estar orientado a las mejoras en un ciclo dinámico de etapas.

Asimismo, Gonzales (2016), nos indica que su implementación es una ventaja que suscita autonomía en el trabajo de los profesionales de enfermería, garantizando el desarrollo de una práctica clínica fundamentada en bases científicas, favoreciendo la calidad en el cuidado brindado y facilitando la atención individualizada al usuario, haciéndolo partícipe de su cuidado

Se deduce que el Proceso de Enfermería (PE) se trata de una herramienta metodológica necesaria para la profesión y que a la vez debe ser documentada como evidencia del trabajo conducido desde los postulados de la teoría que se utilice en este proceso será la aplicada la teoría de Dorothea Orem.

El profesional de enfermería según Alfaro (2014), utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud. Por esto, el proceso de enfermería se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina, fundamentado en el método científico, pues a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica, se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación y ejecución de acciones y de toma de decisiones y por último se analiza y evalúa los resultados para registrarlos.

Estos pasos que se mencionaron son los que componen el PE, los cuales son descritos a continuación, de acuerdo con Alfaro (2014);

- **ETAPA DE VALORACIÓN:** Se trata de la fase inicial del proceso y es conocida como la base para el desarrollo de las siguientes etapas del proceso. Esta etapa es el primer contacto con la persona o grupo y se producen eventos como la aplicación de instrumentos de valoraciones iniciales (escalas, encuestas, entrevistas) que permiten el registro de las necesidades y/o

problemas en la persona o el grupo, que permitan tomar decisiones y pasar a diagnosticar. En este caso, el reunir información relevante sobre los participantes se llevó a cabo mediante la implementación del perfil de entrada.

- **ETAPA DE DIAGNOSTICO:** Esta etapa va procedida de la valoración y se trata de la segunda etapa del proceso, y tiene como finalidad el generar diagnósticos de enfermería acordes a las necesidades encontradas durante el proceso de valoración, los cuales forman la base de la intervención. “el propósito del diagnóstico es aclarar la naturaleza exacta de los problemas y riesgos que se deben tratar para lograr los resultados generales esperados de los cuidados”.

En relación con este proceso de sistematización, el diagnóstico se formuló utilizando la herramienta digital NNNConsult, disponible en la base de datos de la Universidad de Costa Rica, la cual cuenta con los insumos taxonómicos de la clasificación de diagnósticos enfermeros NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

- **ETAPA DE PLANEACIÓN:** Durante esta fase se crean los objetivos a alcanzar en conjunto con el individuo o grupo y se diseñan estrategias para alcanzar las metas, lo que establece la base para el cuidado de enfermería. Para algunos profesionales en enfermería la planificación comienza con la asignación de prioridades; para otros, con la identificación de los objetivos, siendo lo más importante determinar los problemas urgentes antes de dedicar tiempo a identificar objetivos.

En ese sentido, los objetivos de la intervención en salud mental y psiquiatría se planearon según las necesidades prioritarias del grupo de cruzrojistas, esto a partir de la taxonomía que permitió elaborar un plan de cuidados que fue la base y la guía para el desarrollo de la intervención de enfermería en salud mental y psiquiatría.

- **ETAPA DE EJECUCIÓN:** se relaciona con las etapas de planificación y de evaluación actuando como un puente entre ambas, por dos razones principales:
 1. La planificación guía los cuidados durante la ejecución.
 2. Al ejecutar los cuidados, comienza una primera evaluación, haciendo los cambios necesarios.
- **ETAPA DE EVALUACIÓN:** Se trata de la última fase del Proceso de Enfermería, la cual consiste en medir la efectividad de las acciones planeadas y ejecutadas en fases anteriores, por medio de la clasificación de resultados de enfermería (NOC) que contiene criterios estandarizados para evaluar los resultados obtenidos, tomando en cuenta el antes y el después de la persona.

Mediante la evaluación se recibe retroalimentación necesaria para valorar la satisfacción de las personas usuarias, lo que, permite una oportunidad para maximizar el valor de los cuidados de salud que se brinda.

En el caso concreto de esta intervención, se realizaron evaluaciones por medio del lanzamiento de preguntas abiertas posterior al desarrollo de cada sesión, asimismo, se evaluaron los resultados de la intervención de forma global mediante la replicación de la escala de agencia de autocuidado la cual funciona como perfil de entrada y de salida, permitiendo comparar los datos iniciales con los resultados finales.

1.5.3 DINÁMICA GRUPAL

La utilización de la dinámica de grupos en salud influye de manera importante en los procesos intervenidos, como lo menciona Sánchez (2014), la aportación que desde la psicología de los grupos se puede hacer a la promoción, prevención, tratamiento, recuperación e intervención de la salud, bienestar social o calidad de

vida, es incuestionable. Los grupos, como sistemas sociales, desempeñan un papel importante en los múltiples ámbitos de la salud, así como en los procesos de interacción e integración que los usuarios tienen con las instituciones que representan a estos ámbitos.

Continuando con respecto a la clasificación del grupo en salud, por lo general los grupos de intervención en esta área de la salud se han clasificado desde tres orientaciones:

1. Los grupos terapéuticos.
2. Los grupos de apoyo.
3. Los grupos de autoayuda.

Los grupos de apoyo, que fue la técnica específica utilizada durante todo el proceso de intervención, el autor menciona que, estos tipos de grupos están dirigidos a facilitar la adaptación de las personas a presiones circunstanciales que les exigen una gestión nueva de sus capacidades o posicionamiento psicosocial.

Además, Sánchez (2014), sintetiza sus principales características e indica que son grupos pequeños formados por sujetos voluntarios; se reúnen periódicamente, en ocasiones bajo la supervivencia de un profesional, para compartir experiencias, estrategias y habilidades de afrontamiento, retroalimentación, identificar recurso, teniendo como su principal objetivo el proporcionar ayuda mutua de cara a conseguir un fin determinado.

En el caso de esta intervención se utilizó como principal herramienta la técnica de observación, la cual es vital para recabar una información más extensa ya que existen técnicas de auto información que son todas aquellas en las que los sujetos que componen el grupo dan sus propios puntos de vista acerca de la realidad grupal interna y externa, esta tiene la facilidad de estandarizar las conversaciones y poder analizar la información de una manera más sencilla. Sánchez (2014)

Otra de las técnicas utilizadas fueron las documentales, en las cuales se recaba información de manera escrita, lo que permite tener un mejor análisis de los datos obtenidos igualmente menciona que las técnicas se utilizan para que las personas participen sobre el conocimiento de un tema o problema específico, o necesidad grupal, de esta manera surgen herramientas educativas que dan respuesta al objetivo planteado.

Dicho esto, para realizar el registro de esta experiencia vivida, se utilizaron técnicas de recolección de la información como la observación la cual es fundamental para lograr la percepción de las relaciones y actividades de las personas dado que es el observador quien, por sí mismo, adquiere la información del fenómeno de interés. Además, el observador no se limita a la percepción visual, sino que explota otros medios perceptivos como la audición, el tacto y el olfato como herramientas para entender lo que sucede en el entorno de estudio.

Otra de las técnicas fue la utilización de un diario de campo, como lo define Martínez (2007), establecer un diario, es un instrumento valioso porque permite sistematizar las prácticas, las enriquece y las transforma. Este diario posibilita el mantener un monitoreo permanente de la observación y tomar notas que se consideren importantes para analizar e interpretar la información obtenida mediante instrumentos de evaluación. Durante el desarrollo de toda la intervención se utilizó este diario al finalizar cada sesión, con el objetivo de recabar datos, palabras, acciones y emociones de las personas participantes y que se ajustaran con el eje de sistematización planteado.

En síntesis, se realizó la intervención de enfermería en salud mental y psiquiatría por medio del grupo socioeducativo, donde se dio el desarrollo, adquisición de hábitos, comportamientos, herramientas, técnicas y habilidades que representaron un progreso personal, grupal y social. Primero se realizó un perfil de entrada y de

salida, con el propósito de registrar y comparar los resultados obtenidos, posteriormente se realizó el proceso de enfermería con el objetivo de fortalecer el autocuidado en los cruzrojistas. En total se realizaron ocho sesiones que siguieron la estructura de inicio, desarrollo y cierre.

Durante el inicio se dio una actividad rompe hielo y explicación breve en cuanto a los temas a tratar, en el desarrollo se explicaron a profundidad dichos temas, esto se logró realizar mediante distintas dinámicas o actividades y finalmente en el cierre se brindaron retroalimentaciones de cada sesión.

1.5.4 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Las consideraciones éticas establecidas en la presente intervención de enfermería en salud mental y psiquiatría tienen como base fundamental la Ley Reguladora de Investigación Biomédica (Ley N° 9234) y los lineamientos del comité científico de la Universidad de Costa Rica para investigaciones con seres humanos, biomédicas y no biomédicas y el reglamento ético científico de la Universidad de Costa Rica para las investigaciones en las que participan seres humanos.

Dentro de los principios éticos considerados y las acciones realizadas para resguardarlos están los siguientes artículos de la Ley Reguladora de Investigación Biomédica (Ley N° 9234):

ARTÍCULO 3: Protección al ser humano; en todo momento prevaleció “la vida, la salud, el interés, el bienestar y la dignidad de los participantes sobre el interés de la ciencia, de los intereses económicos o comerciales, siempre respondiendo a un enfoque de derechos humanos”.

ARTÍCULO 4: Principios de la investigación biomédica; la presente investigación estuvo regida por los principios de:

- Respeto a la dignidad de las personas.
- Beneficencia.
- No maleficencia.
- Autonomía.
- Justicia distributiva.

ARTÍCULO 5: Gratuidad; la participación de las personas fue voluntaria, sin remuneración alguna de ninguna de las partes, y se protegió durante la selección y el desarrollo de la intervención en todo momento el principio de autonomía.

ARTÍCULO 9: Consentimiento informado, el profesional de enfermería de salud mental y psiquiatría de la Universidad de Costa Rica cursantes de la maestría profesional, brindó a cada persona participante un consentimiento informado expreso, específico, escrito y que fue aprobado por cada una de ellas, para la participación de dicha intervención, mediante la lectura y aprobación de este documento será requisito obligatorio en la presente sistematización. (Ver instrumento en anexo)

El consentimiento informado es el proceso mediante el cual una persona confirma, voluntariamente su deseo de participar en una investigación y además de proteger legalmente al investigador.

En la presente intervención se toma en cuenta todos estos principios bioéticos, respetando el principio de autonomía, dado a que las personas participantes podían decidir en cualquier momento retirarse de la intervención, además, de mantener la confidencialidad y privacidad, se mantuvo presente el principio de no maleficencia y de beneficencia en todo momento con el fin de mantener en las personas participantes equilibrio en sus aspectos emocionales y con el entorno, conservando el respeto y el estilo de comunicación asertiva.

Finalmente, bajo el principio de justicia, se toma en cuenta los aspectos culturales y espirituales de esta población en todo momento.

1.5.5 DISEÑO DE PERFIL DE ENTRADA

Como parte del proceso de preparación para la experiencia en curso, se desarrolló un instrumento de recolección de datos del tipo cuestionario auto administrado. Además de este cuestionario, se complementó el perfil con la aplicación de una escala validada para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado. (Escala ASA).

1.5.6 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En este apartado se muestran los métodos de recolección de datos utilizados para la realización de la intervención en enfermería.

1.5.6.1 CUESTIONARIO AUTO ADMINISTRADO

Las unidades de análisis parten de algunos patrones funcionales de Marjory Gordon (ver anexo #1), la indagación sobre datos demográficos, las expectativas de la intervención y la percepción sobre tele enfermería, todo ello se aborda en el cuestionario autoadministrado, como se detalla a continuación:

Se confeccionó un instrumento que permitió realizar una valoración de dos dimensiones esenciales para el inicio de la Intervención de enfermería en salud mental y psiquiatría, la primera dimensión fue realizada por medio de un historial de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon, los cuales se componen de 11 patrones funcionales.

Este instrumento se aplica como una entrevista que consta de diversas preguntas acerca de cada patrón funcional de la persona, cuyas respuestas son tanto objetivas

(preguntas cerradas) como subjetivas (preguntas abiertas), ya que incluyen las percepciones del usuario.

De acuerdo con Álvarez et al (2010), la valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de estos. Asimismo, se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica o informes de otros profesionales.

El instrumento está compuesto por 37 ítems, de los cuales los ítem 1,2,3,4 el cual evalúan el patrón de percepción y manejo de salud mediante dos preguntas con la posibilidad de especificar su respuestas, el ítem 5 se evalúa el patrón nutricional y metabólico, el ítem 6,7,8,9,10 y 11 evalúa el patrón de actividad y ejercicio con la posibilidad de especificar su respuesta, los ítems 12,13,14,15,16,17,18 evalúan el patrón de sueño y descanso, los ítems 19,20 21,22,23,24,25, 26,y 27 evalúan el patrón de autopercepción y autoconcepto, los ítems 28,29,30,31,32,33 y 34 evalúan el patrón de rol y relaciones, el patrón 10 es valorado por los ítems 35,36 y 37.

1.5.6.2 APLICACIÓN DE ESCALA DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO (ASA)

Para continuar con el perfil de entrada se decidió aplicar un segundo instrumento (ver anexo #2), el cual consiste en una escala validada para la población costarricense. Esta escala fue desarrollada en Holanda por Evers, Isenberg, Philipsen, Senten y Brouns en 1983 citados por Rodríguez et al (2011), denominada, Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado ASA, por sus siglas en inglés, (Appraisal of the Selfcare Agency).

Según con los descrito por Evers (1998), los autores eligieron para sustentar la escala los siguientes diez componentes: máxima atención o vigilancia, control de la energía física, control del movimiento del cuerpo, habilidad para razonar, motivación para la acción, habilidades para tomar decisiones, conocimiento, repertorio de

habilidades, habilidades para ordenar las acciones de autocuidado y habilidades para integrar. La escala ASA está sustentada en la teoría general de Dorothea Orem, diferentes seguidores de esta teoría han llevado a cabo una serie de investigaciones que dieron como resultado la creación de instrumentos como el que se utilizó en este trabajo final de graduación.

En nuestro país, la escala fue validada en el año 2010, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.84, lo que reflejó que los 24 ítems que conforman la escala ASA tienen un grado óptimo de homogeneidad, es decir, que posee consistencia interna, permitiendo esto que pueda ser utilizada en nuestro país.

La escala ASA es un instrumento que permite determinar la agencia de autocuidado en las personas. De acuerdo con Leiva et al (2014), indica que la escala, está conformada por siete dominios o categorías, que son los siguientes:

- **DOMINIO 1:** (ítems abarcados 1,2,4,5,6,16 y 20, ver anexo #1) este dominio abarca ítems relacionados con la prevención de peligros contra la vida, el buen funcionamiento y bienestar humano.

En personas sanas, es de importancia tomar medidas que cumplan con el objetivo de promover la salud y prevenir la enfermedad para que mantengan un estado de salud adecuado, Orem (1983), en su teoría propone la existencia de tres niveles de prevención: el primario, el secundario y el terciario.

1. El primario, estrechamente relacionado con una población sana donde el autocuidado se dirige a mantener la salud y prevenir la enfermedad.
2. El segundo, está relacionado con la prevención después de inicia una enfermedad y está orientada a evitar aparición de complicaciones e incapacidad prolongada.

3. El terciario, abarca requisitos como la promoción del funcionamiento y desarrollo humano entre los grupos sociales y el de mantenimiento de un equilibrio entre actividad y descanso.
- **DOMINIO 2:** Este dominio hace referencia a la prevención de peligros contra la vida, el funcionamiento y el bienestar humano y la promoción del funcionamiento y desarrollo humano entre los grupos sociales, el cual busca alcanzar la integridad humana y proveer a los individuos de herramientas que le permitan una participación social activa. (incluye ítems 14,17,18 y 21 de la escala).
 - **DOMINIO 3:** Incluye los requisitos de prevención de peligros contra la vida, el funcionamiento y el bienestar humano, promoción del funcionamiento y desarrollo humano entre los grupos sociales y de equilibrio en el mantenimiento de una ingesta suficiente de comida, dándole énfasis al requisito de alimentación describiéndolo como indispensable para el metabolismo y la producción de energía. (ítems: 9,10,15 y 19).
 - **DOMINIO 4:** Contiene ítems relacionados al equilibrio entre actividad y descanso, equilibrio entre soledad y comunicación social y promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de grupos sociales (ítems: 3,22 y 24)
 - **DOMINIO 5:** incluye los ítems referentes a equilibrio entre soledad y comunicación social, equilibrio entre actividad y descanso y prevención de peligros contra la vida y bienestar humano (ítems: 12,13,23)
 - **DOMINIO 6:** Abarca únicamente el requisito de prevención de peligros contra la vida y bienestar humano (ítem: 8).

- **DOMINIO 7:** hace referencia a los requisitos de prevención de peligros para la vida y bienestar humano y equilibrio entre actividad y descanso (ítems: 7 y 11).

Según lo anterior, se comprueba que la escala ASA puede ser utilizada de manera segura y confiable en cualquier persona que requieren los servicios profesionales de enfermería como tal, para interpretar los resultados obtenidos al momento de aplicar la escala, se utiliza como parámetro la siguiente puntuación:

TABLA 1

Puntuación asignada a cada opción de respuesta de la escala ASA

Opción de respuesta	Valor de cada respuesta
Nunca	1
Casi nunca	2
Casi siempre	3
Siempre	4

La suma de cada una de las respuestas se ubica en un rango que va de 24 a 96 puntos, según la agencia de auto cuidado que posea la persona, se clasifican de la siguiente manera:

TABLA 2

Interpretación de Agencia de Autocuidado de la escala ASA según puntaje obtenido

Puntaje	Interpretación
De 24 a 43	Muy baja Agencia de Autocuidado
De 44 a 62	Baja Agencia de Autocuidado
De 63 a 81	Regular Agencia de Autocuidado
De 82 a 96	Buena Agencia de Autocuidado

1.5.6 DISEÑO DE PERFIL DE SALIDA

Se utilizó la aplicación nuevamente de la escala de agencia de autocuidado con el objetivo de comparar los resultados derivados a partir de la implementación de las intervenciones de enfermería en salud mental y psiquiatría, siendo consideradas las mismas variables de la primera evaluación para conservar de manera fidedigna la validez y confiabilidad del proceso de sistematización de la experiencia.

Como segundas estrategias se dio una retroalimentación, que consistió en la aplicación de dos preguntas abiertas con el objetivo de identificar la percepción personal de cada participante, sobre las experiencias del proceso vivido, con el propósito de observar los resultados y evidenciar si se obtuvieron los cambios esperados, además, como punto de cierre se realizaron las siguientes preguntas:

1. ¿Qué es lo nuevo aprendido sobre las estrategias para fortalecer el autocuidado?
2. ¿A que me comprometo para seguir fortaleciendo mi autocuidado?

Esta retroalimentación fue utilizada en la última sesión como herramienta para conocer la efectividad del proceso brindado por el facilitador, hacía las personas participantes; evaluando de esta forma el conocimiento adquirido en el proceso terapéutico llevado a cabo, y así determinar la aplicación de estos nuevos temas en sus vidas.

II CAPITULO

2.RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

Según Jara (2018), este corresponde al tercer momento, caracterizado por un ejercicio fundamentalmente descriptivo y narrativo, la exposición del trayecto de la experiencia permite objetivarla, mirando sus distintos elementos desde lejos. Este momento incluye dos tareas esenciales: reconstruir la historia de la experiencia y ordenar, clasificar la información.

2.1 JUSTIFICACIÓN

Todos los seres humanos experimentan múltiples habilidades cuando deben de implementar acciones para lograr sobrevivir ante una situación que se les presente, esta habilidad innata de emprender acciones en pro de mantener un adecuado funcionamiento es lo que Orem (1983) define como agencia de autocuidado.

Angarita (2014), define que es como la capacidad compleja adquirida que le permite a las personas satisfacer los requerimientos continuos para cuidar de sí mismas, que regula los procesos de mantener la vida, mantener o promover la integridad de la estructura y funcionamiento humanos, el desarrollo y promover el bienestar.

Por lo tanto, de acuerdo con Achury (2008), indica que es importante analizar la agencia de autocuidado de una persona, además tomar en cuenta las capacidades que tienen los individuos, así como su repertorio de habilidades de conocimiento que usan, es decir la agencia de autocuidado va a contemplar habilidades de tipo cognoscitivas, intelectuales y psicomotoras.

Orem (1983), señala que existen una serie de factores internos y externos que pueden influir o modificar la agencia de auto cuidado, llamados factores básicos condicionantes. Los cuales consisten en condiciones o eventos en una matriz de tiempo y lugar que afectan el valor de las capacidades de las personas para cuidarse a sí mismas, entre las cuales, señaló: la edad, el sexo, estado de desarrollo, condiciones y patrones de vida, factores familiares y socioculturales, estado de salud y factores del sistema del cuidado de la salud.

Sin embargo, hay ocasiones en las que las personas no pueden propiciar su autocuidado, sino que necesitan de alguien más para lograrlo, a esto se le llama agente de auto cuidado. El término agente se refiere a la persona que realiza acción,

por ejemplo: la persona que proporciona cuidados a lactantes, niños o adultos dependientes es agente de autocuidado.

En relación con esto, la Política de Salud Mental de Costa Rica (2012), indica que las condiciones de vida de las personas, tales como la pobreza, la transición demográfica, los conflictos y la violencia social, las emergencias y desastres naturales, impactan directamente sobre su salud mental, esto acrecienta la demanda y el costo de los servicios de, lo que a su vez tiene consecuencias sobre el desarrollo y la economía de los países.

En nuestro país los habitantes tienen consecuencias en su estado mental dado a los múltiples factores que interfieren para desenvolverse en la actual sociedad, abonado por la deficiente articulación y complementariedad en la red de proveedores de servicios relacionados con estos temas, tanto públicos como privados.

En este sentido, el enfoque debe ir dirigido a solucionar estos problemas con el fin de lograr la armonización de los servicios y una mejor distribución de los recursos para un adecuado financiamiento. Dado a la relevancia que tiene la prevención y promoción de las intervenciones psicológicas en diferentes situaciones, es fundamental buscar la expansión de estas intervenciones fuera del ámbito hospitalario, evidenciado por la necesidad de brindar herramientas para fortalecer el autocuidado de la población.

Orem (1983), indica que la profesión de enfermería desde sus inicios se ha considerado como un producto social vinculado al arte de cuidar, por lo que responde a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse así mismas o a las personas, que dependen de ellas, la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida, con el objetivo de identificar los problemas de salud y las necesidades reales y/o

potenciales de la persona, familia y comunidad que demandan cuidados, generando autonomía o dependencia como consecuencia de las actividades que asuma el enfermero.

Se decide crear una intervención de enfermería que potencie las estrategias de autocuidado en materia de salud mental en las personas participantes de la Cruz Roja de Ciudad Colón, para que posteriormente puedan transmitir a través del conocimiento adquirido en el proceso, todas las herramientas para brindar un abordaje emocional a toda la comunidad cuando se enfrente a una situación de emergencia en su vida diaria.

La Cruz Roja Costarricense (2022), se define con estructura de cuerpo y alma que intenta brindar la mejor asistencia, en el menor tiempo y al menor costo posible. Para realizar una adecuada atención prehospitalaria se requiere un importante grado de compromiso, responsabilidad, profesionalismo.

Además, de una adecuada capacidad para gestionar su autocuidado, manejo de emociones, control del estrés, inteligencia emocional, asertividad y empatía, aspectos fundamentales que se trabajaron con las personas participantes, durante la intervención ejecutada.

¿Por qué es importante trabajar estos temas con la población participante?

Dado que, cuando se presenta una situación de emergencia, son las personas colaboradoras de la Cruz Roja Costarricense quienes hacen el primer contacto terapéutico con las personas que se encuentran en un estado de vulnerabilidad, por ende, se evidencia la necesidad que estos funcionarios y funcionarias tengan la habilidad para responder adecuadamente y brindar un acompañamiento emocional en el ámbito extrahospitalario, que posteriormente entrelace y facilite el abordaje profesional a nivel hospitalario.

Finalmente, surgió la importancia de crear y aplicar esta Intervención de enfermería en salud Mental y psiquiatría, por medio de la metodología de dinámica grupal y desde el proceso de enfermería, para el fortalecimiento de las estrategias de autocuidado del grupo de personas participantes y fundamentada a partir de la teoría del autocuidado, propuesta por Dorothea Orem.

Esta intervención, fue muy valiosa para comprender las experiencias de las personas y el facilitador, así como potenciar la movilización de recursos de salud mental en el grupo, orientados a la transformación de su autocuidado; además, permitió también posicionar a la disciplina de enfermería en salud mental en entornos distintos y evidenciar su capacidad para ofrecer procesos de intervención que responden a las necesidades de salud y cuidado de las personas.

2.2 ANTECEDENTES

Para la presente intervención, se realizó una búsqueda sobre publicaciones, a nivel nacional e internacional, concernientes al tema del autocuidado, utilizando diversas bases de datos como: SIBDI, KERWA, SCRIBD, Scopus, PubMed y Library Plus.

2.2.1 ANTECEDENTES NACIONALES

En la investigación de Leiva et al (2012), la cual consistió en analizar la capacidad de agencia de autocuidado que poseen las personas con diagnóstico de artritis reumatoide, quienes habitan en los cantones de Palmares y San Ramón, los autores la llevaron a cabo mediante una metodología de investigación cuantitativa de tipo descriptiva transversal, en cuanto a la población participante del estudio, estuvo conformada por 13 personas diagnosticadas con artritis reumatoide.

Es importante destacar que igual que en esta sistematización se utilizó como método para recolectar información la aplicación de la escala de apreciación de la capacidad de agencia de autocuidado, dado a lo propuesto por Orem (1983), la cual menciona que el profesional en enfermería, debe ser capaz de identificar las

necesidades de las personas que atiende, seleccionar el o los métodos generales de ayuda que requiere el individuo para que sus requisitos de autocuidado o necesidades sean cubiertas, así como identificar las acciones específicas para lograr el objetivo y resultado deseado,

Este método presenta ventajas para su utilización, por ejemplo, cuenta con la facilidad de ser autoadministrada o dirigida y, al presentar solamente 24 ítems, requiere un periodo corto para su aplicación (entre 10 y 20 minutos), por lo que mantiene el interés de la persona que la está completando, de manera que se evita sesgos de información confiable

Dentro de los principales hallazgos encontrados determinaron que los participantes poseen alta capacidad de agencia de autocuidado en las diferentes categorías, ya que únicamente se detectó baja capacidad de agencia de autocuidado en cuanto a interacción social en dos personas.

Los datos confirman la importancia de las variables sociodemográficas en la capacidad de agencia de autocuidado, pues en relación con el género, se evidencia que las mujeres tienen tres veces más probabilidad que los hombres de desarrollar artritis reumatoide, debido a los roles establecidos para el género femenino. Son las mujeres quienes, por realizar más cantidad de actividades manuales, son más propensas a sufrir problemas interarticulares.

Lo anterior evidencia que el género influye en la capacidad de agencia de autocuidado, así como en la realización del autocuidado. ~~Por lo tanto~~, concluyen que el género también influye como un factor protector o agresor en la capacidad de Agencia de Autocuidado que realizan las personas.

Dentro de su análisis coinciden con Matud (2008), el indica que son las mujeres quienes presentan más conductas protectoras de la salud, en comparación con los hombres, debido a que estos últimos recurren menos a centros de salud o lo hacen

en periodos avanzados de la enfermedad, conducta que incrementa el deterioro e impide un adecuado proceso de atención, calidad de vida y bienestar.

El conocer la edad en la investigación permitió a las investigadoras valorarla como un índice de las dimensiones de salud, pues en cada etapa de la vida los individuos van a presentar necesidades que deben abordarse según las demandas de cada ciclo vital.

Esto, permite aclarar su capacidad de mantener y realizar su autocuidado, sin olvidar la influencia de factores hereditarios o ambientales. Finalizan que la edad y el género se relacionan con la posición dentro de la familia, pues determinan las ocupaciones y responsabilidades de la persona en el hogar, por lo tanto, debido a la disminución de la movilidad que puede generar la enfermedad, es fundamental valorar los rubros mencionados, puesto que las relaciones e interacción social pueden verse afectadas y comprometer aún más la condición de salud

Por tal motivo, el que una persona cuente con la ayuda de los diferentes miembros de la familia va a contribuir con un desarrollo adecuado del proceso de la enfermedad, creando un estado mental positivo ante la misma, así como un mejor funcionamiento y desarrollo humano.

Respecto de la categoría de interacción social, según Orem (1983), este es un requisito de autocuidado que requiere ser satisfecho para el control temprano de la patología, según lo planteado, se requiere un equilibrio entre la soledad y la interacción social, puesto que el individuo es un ser sociable que forma parte de un conjunto de personas, desde su nacimiento hasta su muerte, el cual inicia con el grupo familiar.

Otro elemento por considerar al evaluar la capacidad de agencia de autocuidado de una persona es la actividad y reposo Orem (1983), el estudio constata que el total de la población cuenta con alta capacidad como agente de autocuidado, conducta

que influye positivamente en la salud, pues estos elementos constituyen requisitos básicos, considerados universales y elementales para los seres humanos.

Por otra parte, en la investigación de Valverde et al (2012), tuvo como objetivo el conocer la capacidad de agencia de autocuidado en la población lesionada medular posterior a una intervención quirúrgica, mediante la aplicación de la escala ASA lograron partir de los datos obtenidos el plantear acciones que permitan al personal de enfermería quirúrgica conducir su quehacer.

En la investigación se trabajó con 32 personas de manera global a los que se les aplicó la escala ASA donde se pudo determinar de manera general los siguientes, la mayoría de los participantes refieren tener una buena agencia de autocuidado (59.4%), sin embargo, hay un porcentaje importante que obtuvo una agencia de autocuidado regular (37.5%) y un menor porcentaje una agencia de autocuidado baja (3.1%). Estos resultados le permitieron determinar los cuidados desde enfermería con el objetivo de que las personas estén en una búsqueda constante de su autocuidado, por medio de acciones que favorezcan su salud, así como también los resultados permiten determinar de manera anticipada acciones para evitar complicaciones en salud.

Los autores explican la importancia de tomar en cuenta los factores condicionantes básicos que expone Orem en su teoría, porque se analiza que se intentó establecer una relación entre sí a mejor educación o mayor edad existía una mejor agencia de autocuidado, sin embargo, para este trabajo se determinó que no había relación entre estos. Los autores llegaron a evidenciar que desde enfermería se vuelve fundamental el análisis de cada caso en particular, para poder determinar las necesidades de autocuidado de cada persona según sus requerimientos y habilidades.

Otro aspecto analizado fue la capacidad del individuo para cuidarse aún con las limitaciones presentes y modificaciones propias de la enfermedad. El fin de recabar tal información fue para que esta ayude a determinar si la persona puede valerse

por sí o requiere de los sistemas de enfermería, especialmente, del sistema sustentador educativo, donde se promueve la capacidad de participación activa en el autocuidado y con ello se construyen sujetos capaces de satisfacer sus necesidades de autocuidado.

Los autores mencionan a Leiva et al (2009), el cual indica que en que él mismo determina sus necesidades y demandas, aunque en ocasiones el poder cumplir sus propios requisitos de autocuidado pueden verse imposibilitados. Por ello es relevante la participación de los sistemas de enfermería, establecidos por la teorizante.

Como conclusión los autores definen que, al utilizar el ASA, permitió identificar el déficit en la capacidad de autocuidado de forma oportuna y adecuada de modo que se brinda una atención más específica según las necesidades de cada uno de los grupos clasificados, mejora que reduce tanto la inversión económica directa (hospitalizaciones-consultas y tratamiento) como la indirecta por parte de las instituciones de salud. Además, se agilizaría la atención y se enfocaría en las áreas que obtengan puntajes inferiores, de forma que contribuya con el bienestar y funcionamiento personal.

La escala ASA permite al profesional de enfermería determinar la capacidad de agencia de autocuidado, de forma oportuna y eficaz, permitiendo a las investigadoras observar un panorama general de las necesidades de autocuidado de la población participante y constatar que esta presenta alta capacidad de agencia de autocuidado.

En otra investigación realizada en nuestro país por Leiva et al (2014), en la cual se presentan los resultados obtenidos del proceso de validación de apariencia, contenido y consistencia interna al que fue sometida la segunda versión en español de la escala ASA aplicada a población costarricense.

Leiva et al (2014), determinaron que los resultados del proceso de validación arrojan que esta escala es una herramienta que puede ser utilizada en cualquier nivel de atención de salud existente, ya sea como una medida complementaria que permita establecer un diagnóstico, en términos de la capacidad de autocuidado para fortalecer la capacidad que presente una persona en aras de la promoción de la salud o prevención de la enfermedad, o para tomar medidas correctivas, de acompañamiento y educación según los resultados que se muestren tras la aplicación de la escala a la persona que se le esté brindando los servicios profesionales en enfermería.

Cardozo (2000), citado por Leiva et al, asegura que es necesario establecer un proceso de atención de enfermería en el que el cuidado sea continuo e integral, principalmente cuando es una persona que presenta una enfermedad o condición crónica, situación por la que se recalca una vez más la importancia de haber validado la escala ASA con un grupo de personas que presentan esta condición de salud.

Se afirma que el profesional en enfermería representa un verdadero gerente de cuidado en cuanto a la instrucción y orientación que se le brinda no solo a la persona sino a la familia y el entorno, con el fin de brindar un cuidado holístico. En este sentido, la escala es un instrumento que brinda un diagnóstico de la capacidad de agencia de autocuidado de la persona a la que se le está brindado el servicio de modo que, si se encuentra hospitalizada, le sirva como recurso para dar educación y acompañamiento, al punto de mejorar el autocuidado sin la presencia permanente del profesional de enfermería

Además, se suma la posibilidad de adquirir una mayor autonomía y capacidad de trabajo multidisciplinar, interdisciplinar y transdisciplinar en la atención que se vaya a brindar a los usuarios del sistema de salud costarricense y propiamente a la disciplina de enfermería en su proceso de atención, siempre partiendo de un criterio

científico y pertinente, basado y sustentado por una teoría propia que permita establecer si una persona es capaz de cuidarse así o no y el nivel de capacidad de agencia de autocuidado que presente.

Otro estudio fue realizado por Espinoza et al (2020), donde se realiza la investigación con el título de estrategias de autocuidado que implementan las docentes de educación preescolar en su trabajo cotidiano en el aula, la cual como una propuesta para fortalecer el autocuidado con el objetivo de analizar las estrategias de autocuidado que implementan las docentes de educación preescolar en su trabajo cotidiano en el aula y plantear una propuesta para fortalecer el autocuidado.

El estudio se realizó en el cantón de San Ramón, en siete instituciones de los circuitos O1 y O2 de la Dirección Regional de Occidente y un CECUDI, perteneciente a la municipalidad, se dio la participación de 23 docentes, todas mujeres, no se contó con la colaboración de hombres, debido a que en las instituciones no existía personal masculino, se utilizó un enfoque cualitativo, un paradigma humanista y un diseño etnográfico, el cual permite reconstruir la realidad de las docentes en su cotidianidad dentro del salón de clases, específicamente en la aplicación de estrategias de autocuidado.

Las áreas de autocuidado que se incluyeron fueron: alimentación saludable, hidratación, necesidades fisiológicas, cuidado de la voz, postura corporal, descanso y recreación, y reacción ante factores de estrés delimitándolos a la jornada laboral. Los resultados reflejaron la necesidad de capacitación y concientización de las docentes, respecto a hábitos saludables en su labor cotidiana.

Dentro de las conclusiones se encontró que las educadoras reconocen el significado de autocuidado y su relevancia, pero se les dificulta llevarlo a la práctica, además la reacción a distintos factores de estrés varía según la situación de cada persona, sin embargo, hay consenso en que la elaboración del planeamiento didáctico y la condición de interinas les generan mayor estrés. Como conclusión se destaca la

necesidad de que las docentes practiquen hábitos de autocuidado que les permitan tener un mayor bienestar físico, mental y emocional.

Otro de los antecedentes es el de Araya et al (2021), en el cual se da la creación de un programa educativo de enfermería para el autocuidado dirigido a prevenir la sobrecarga en la persona cuidadora de adolescentes y adultos jóvenes con cáncer, desde la Teoría General de Enfermería de Dorothea Orem en la ONG Proyecto Daniel por medio de 4 sesiones virtuales.

Las autoras realizaron una valoración por medio de la aplicación de la valoración, solicitando a los padres y madres el llenado de un cuestionario sobre datos sociodemográficos, escala de apreciación de la agencia de autocuidado (ASA) y escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.

Entre los principales resultados se encontró que el 66.7% de las personas participantes presentaba una agencia de autocuidado regular, 16.7% una buena agencia y 16.7% una baja agencia, así mismo el planificar el programa a partir del sistema sustentador educativo por Orem (1983), resulto ser de gran utilidad, debido a que permitió a las personas cuidadoras ejercer un papel activo en su autocuidado, lo que les confiere la autonomía necesaria para seguirse cuidado a sí mismas sin depender del profesional de enfermería.

Al concluir el programa se realizó una segunda aplicación de las escalas utilizadas, así como la evaluación de los indicadores de los NOC y de la totalidad de la Práctica Dirigida, encontrándose que, el porcentaje de personas con agencia de autocuidado regular aumentó en un 20.8% y el de personas con baja agencia se redujo en su totalidad, lo anterior permite concluir que, las intervenciones realizadas fueron fructíferas para prevenir el desarrollo de la sobrecarga del cuidador, lo cual constituía el propósito final de esta práctica.

También concluyen que este tipo de trabajos contribuyen a visibilizar el ser, saber y quehacer de la enfermería dentro de las organizaciones no gubernamentales y

como esta tiene la potencialidad de incidir positivamente sobre la salud de quienes la conforman, resaltando así la labor de la profesión fuera del ámbito hospitalario

En otro de los estudios, las autoras Benavides et al (2017), crearon el programa educativo de enfermería, para favorecer la capacidad de agencia de autocuidado, en la población adulta mayor que asiste al "Centro Diurno Coraje y Esperanza" de San Juan, San Ramón.

Siendo una propuesta de programa educativo enmarcada bajo una práctica dirigida que tuvo como objetivo desarrollar un programa que permitiera favorecer la capacidad de agencia de autocuidado de la persona adulta mayor en la cual se trabajó con 16 personas con la utilización de la escala de agencia de autocuidado como método evaluativo.

Entre los principales resultados se encontró que, de los 16 participantes, cinco personas poseían buena percepción de capacidad de agencia de autocuidado y doce regulares percepciones de capacidad de agencia de autocuidado las actividades planificadas consideraron estrategias gerontológicas dinámicas y participativas, orientadas por medio de Dorothea Orem.

Se concluye que el proceso de envejecimiento requiere de una adecuada preparación para asegurar una buena calidad de vida en la adultez mayor, y por ello, las acciones que desarrolla el profesional de enfermería constituyen una forma efectiva para garantizar el autocuidado de la persona adulta mayor. Además, que la escala ASA permite adecuarse a múltiples escenarios y poblaciones distintas siendo un excelente parámetro evaluativo y también método para medir el avance de las personas con respecto a su autocuidado.

2.2.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

A nivel internacional se han encontrado una variedad de publicaciones de artículos relacionados con el tema de autocuidado y la aplicación de la Escala ASA.

En la investigación realizada por Espitia (2011), la cual tuvo como objetivo el determinar la asociación entre los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten al Hospital Universitario la Samaritana en Colombia, teniendo un diseño de tipo descriptivo, de asociación con abordaje cuantitativo y de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 432 personas a quienes se les aplicó la ficha “Factores básicos condicionantes del autocuidado” y la “Escala de apreciación de capacidad de agencia de autocuidado.”

El estudio permitió concluir que los participantes presentan niveles de autocuidado regular y bajo (51 y 48%); que de los diez factores básicos condicionantes que plantea la teoría de Orem, la edad, el estado de desarrollo, el estado de salud, los factores del ambiente y los patrones de vida tienen una asociación fuerte con la capacidad de autocuidado.

Esto permitió determinar a los autores que muchos de los factores externos son de gran importancia para fomentar la disminución de la agencia de autocuidado de las personas y como entre más longevos nos hacemos esa capacidad tiende a ser disminuida dado por los problemas de salud, por lo tanto es fundamental para la profesión de enfermería el crear ambientes en lugares donde las personas adultas mayores sean educados con estos temas y buscar estrategias para potenciar sus capacidades.

Otra investigación fue realizada por Silva (2017), la cual es el relato de una experiencia de la aplicación de la sistematización de la asistencia de enfermería, con base en las demandas del autocuidado terapéutico, de acuerdo con el concepto formulado por Orem, sobre el cuidado de la salud en el interior de una unidad carcelaria, realizada en Piauí de Brasil.

Se dieron resultados importantes que fueron construidos mediante diagnósticos de enfermería, relacionados a la promoción de la salud nutrición actividad/descanso, percepción/cognición, autopercepción y roles/relacionamientos, con prescripciones construidas a partir de la realidad local.

La pluralidad de escenarios en los que la teoría de Orem puede trabajar, tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario mediante su amplia variedad de conceptos como el de sistemas, ya que como en el caso de esta sistematización de experiencias en las que estos escenarios por su complejidad traen las principales dificultades como la infraestructura deficitaria y peligrosidad, contexto y logística de seguridad del entorno carcelario, por lo tanto, la aplicación del estudio posibilitó comprender la realidad que viven los enfermeros de una cárcel y reflexionar sobre la importancia de la implementación de la sistematización de la asistencia para la calidad y la organización del equipo de enfermería.

Además enfatiza que es un desafío avanzar en la implementación de teorías de enfermería en la práctica, pues trae beneficios a la disciplina, ya que contribuyen a diferenciarla de otras profesiones de la salud, involucra la utilización de un lenguaje profesional característico, también se manejan conceptos de persona, ambiente, salud y enfermería desde la perspectiva de la teoría que se aplica ya que las teorías contribuyen a distanciar a la enfermería del enfoque médico que por mucho tiempo ha influenciado y manipulado la profesión, por ende, nos ha limitado a expandir nuestros conocimientos en el campo de la salud.

Navarro et al (2010), dan a conocer la experiencia de la aplicación del modelo de Orem en un grupo, donde uno de los criterios de inclusión fue la presencia de Hipertensión arterial, esto por ser uno de los principales factores de riesgo modificables de las enfermedades cardiovasculares, a pesar de ello, su prevalencia sigue siendo muy elevada la efectividad de un tratamiento no depende exclusivamente de que sea adecuada la decisión terapéutica, sino que está

condicionada en última instancia por la colaboración del paciente, que también influye en la adherencia al tratamiento no farmacológico como lo son el régimen y la actividad física.

Se tuvo como objetivo el educar al grupo comunitario para mejorar su autocuidado y así contribuir a lograr una mejor adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, para finalmente alcanzar la compensación de la patología.

Dentro de los hallazgos de la investigación y que son relacionados con la presente sistematización, se encontró que en el grupo comunitario con que se trabajó, las personas presentaban déficit de autocuidado, principalmente en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico (lo relacionado con el régimen hiposódico y bajo en grasas) de la hipertensión arterial, lo que coincide con otras experiencias en que se ha trabajado con personas con el diagnóstico de hipertensión arterial y utilizando una de las teorías del modelo de Orem.

Además, se utilizó el sistema de apoyo educativo para el logro de objetivos, sin embargo, se concluye que tener el conocimiento contribuye al cambio de conducta, pero no lo asegura. Por esto cuando se utiliza la teoría de Orem se asume que la persona es capaz de decidir y realizar su propio autocuidado con el apoyo de enfermería, por lo tanto, es imprescindible incorporar intervenciones destinadas a guiar a nuestros usuarios a la toma de decisiones para el cambio de conductas y asegurar así un autocuidado adecuado que contribuya a mantener una mejor calidad de vida.

Es precisamente esto último lo que llegaron a concluir que el aporte de Dorothea Orem beneficia a quienes reciben los cuidados de enfermería basados en esta teoría y las define como personas racionales, pensantes, con la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, y también capaces de guiar sus esfuerzos

para hacer aquellas actividades que son beneficiosas para sí mismos, es decir para realizar el autocuidado.

Espinoza et al (2020), en Chile realizaron la Validación de escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en adolescentes chilenos, fue realizada en una muestra 199 adolescentes. Dentro lo que motivo a los autores para realizar esta validación fue que las acciones de agencia de autocuidado conducen a una reducción de los costos personales y de los sistemas de salud, ya que las personas se enferman con menos frecuencia, o necesitan menos cuidados de salud.

La población estuvo constituida por adolescentes de ambos sexos, de 12 a 19 años matriculados en un establecimiento educacional público de una comuna de Concepción, Chile, durante el año 2016-2017, utilizando un procedimiento de aplicación de la escala ASA fue a través de auto aplicación, antes del inicio de una clase, con acompañamiento de uno de los investigadores.

Concluyen que la teoría de autocuidado orienta cómo detectar estos déficits; la investigación psicométrica, puede aportar a mejorar los instrumentos de medición de estas capacidades, así mismo esta investigación contribuye a generar evidencia, al proponer una nueva versión de escala ASA para población adolescente y sugiere la incorporación de aspectos específicos de autocuidado de este grupo etario.

Así mismo que la utilidad de la teoría de autocuidado es fundamental dado que permite comprender el comportamiento dirigido a mantener el funcionamiento, desarrollo personal y bienestar de la persona en pro de su autocuidado. También se reconoce que la base de esta teoría orienta la medición, el diagnóstico, así como implementación de cuidados, en cualquier situación relacionada con la salud, tanto de personas enfermas, que están tomando decisiones sobre su salud y sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo.

Por otra parte, Fernández (2010), realiza él estudió sobre el efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia. Con el objetivo de evaluar el efecto de una intervención educativa de enfermería en el fortalecimiento de la agencia de autocuidado de adultos mayores hipertensos, mediante el estudio piloto de diseño cuasiexperimental con preprueba y posprueba, desarrollado en Tunja y Soracá, entre octubre y diciembre de 2008; con una muestra de 40 adultos mayores inscritos en programas de hipertensos; divididos en cuatro grupos.

Se utilizó la escala para valorar la agencia de autocuidado (ASA), antes y después de la intervención, que consistió en seis sesiones educativas con el apoyo didáctico de videos y folletos diseñados por los investigadores. Dentro de los resultados obtenidos de la intervención educativa, al mes aumentó la agencia de autocuidado en 26,4 puntos y 1,9 puntos en el grupo experimental y control respectivamente, cuando se usó medición basal; 20,5 y 1,2 cuando se controló el efecto basal, concluyen que la ganancia en ASA fue significativa entre 20,9 y 31,8 puntos ($p=0,00$) usando basal en grupos dependientes; y 16,9 a 24 puntos sin medida basal en grupos independientes experimentales

Dando como conclusión que el efecto de la intervención educativa de enfermería fue positiva en cuanto logró mejorar la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Tunja, por ende, mejor pronóstico de su enfermedad crónica.

En otro de los estudios de Aguilar et al (2016), tuvieron como objetivo determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular en adolescentes de una Institución de Educación Superior en el Distrito de Barranquilla, Colombia en el año 2016.

Esta investigación se llevó mediante una metodología por medio de estudio descriptivo, exploratorio, de corte transversal, con abordaje cuantitativo, basado en la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem, donde la muestra fue

compuesta por 133 adolescentes, seleccionados mediante muestreo aleatorio simple, donde se aplicó la Escala de Apreciación de la Agencia de Autocuidado, además del cuestionario internacional de actividad física y la encuesta Mundial de tabaquismo en jóvenes.

La mayor parte de los participantes presentó niveles de capacidad de agencia de autocuidado media y alta respectivamente, abonado a que la identificación de los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular se evidenció que los adolescentes presentaron probabilidades de desarrollar alguna enfermedad cardiovascular hacia el futuro, dado el comportamiento de los factores de riesgo, como son la obesidad y el sedentarismo.

En cuanto a la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo, se encontró asociación significativa al relacionar la capacidad de agencia de autocuidado con las categorías de clasificación de la presión arterial. Los resultados encontrados en el presente estudio coinciden con lo hallado por otros investigadores que afirman que el sedentarismo y la obesidad son los factores de riesgo con mayor presencia en los adolescentes.

De igual manera, los hallazgos indican que los adolescentes mostraron capacidad de agencia de autocuidado de nivel medio, pero sólo se encontró asociación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado con las categorías de clasificación de la presión arterial.

En la investigación realizada por Acosta et al (2018), como un trabajo de fin de grado presentado con el título de “influencia de la motivación en el autocuidado de los voluntarios del cuerpo filial de juventud de Cruz Roja Salvadoreña” con una base de esta investigación sobre la influencia de la motivación y autocuidado se llevó a cabo en las seccionales de las zonas de oriente, zona central y occidente del país.

El objetivo principal es el “ Investigar la influencia de la motivación en el auto cuidado de los voluntarios del cuerpo filial de Juventud de Cruz Roja Salvadoreña”, para mejorar el desempeño de los jóvenes voluntarios en su relación con la Institución. Objetivos específicos: conocer los motivos para formar parte del voluntariado, los factores de personalidad que intervienen en la motivación y autocuidado, sus características psicológicas; para diseñar los instrumentos de evaluación y posteriormente la elaboración de un programa que les ayude a manejar el estrés y el autocuidado producto de su trabajo en emergencias.

Además, para conocer la motivación en el auto cuidado de los voluntarios de Juventud de Cruz Roja Salvadoreña, se llevó a cabo la aplicación de una entrevista abierta con 39 preguntas, que evaluó 8 áreas y dos pruebas psicológicas; uno para medir los niveles de estrés y el otro para conocer factores de personalidad relacionados al auto cuidado.

El equipo investigador, después de analizar los resultados obtenidos sobre la influencia de la motivación en el autocuidado de voluntarios del cuerpo filial de Juventud de Cruz Roja Salvadoreña, se pudo concluir que existe una clara relación entre la influencia de la motivación en el autocuidado que los jóvenes voluntarios ejercen como un accionar para lograr sus objetivos y metas. De esta manera garantizan que puedan cumplir con todas las exigencias y responsabilidades que conlleva ser un voluntario de este cuerpo filial.

Entre los factores de personalidad que intervienen en la motivación del auto cuidado son estabilidad emocional, inteligencia alta, tendencia a ser abiertos, afectuosos, participativos, auto control emocional y de la conducta en general. Todas estas características son parte de los requisitos que cada uno de los voluntarios debe cumplir para poder llevar a cabo sus actividades, colaborar con sus compañeros y tomar la iniciativa, así como también evitar conductas de riesgo que afecten su trabajo de voluntariado.

Con los datos obtenidos se han priorizado siete áreas de intervención con el propósito de dar a conocer conceptos básicos de autocuidado; estrategias para el manejo del estrés, pautas de interacción social y promoción de la actividad humana como inteligencia emocional, comunicación asertiva, autoestima y resolución de conflictos. Todo esto con la finalidad de poder garantizar una mejoría en los servicios que este grupo de voluntarios brinda a nivel nacional.

2.3 PROBLEMAS DE LA INTERVENCIÓN

En las poblaciones que tienen como segunda tarea el brindar un servicio de atención sanitaria extrahospitalaria y en la mayoría de los de manera voluntaria, por ende es clave generar o bien potenciar proyectos que tengan como finalidad el fortalecer las capacidades de las personas y no solo para la atención de situaciones de emergencia, sino para el desenvolvimiento de en su vida diaria, ya que, resulta indispensable generar espacios para la capacitación y de reflexión en torno a las situaciones que fortalezcan su autocuidado y así tener mayores herramientas para su crecimiento.

Este trabajo final de graduación tuvo como propósito el de fortalecer las estrategias de autocuidado de las personas cruzrojistas mediante una intervención de enfermería de salud mental, basada en la teoría de Dorothea Orem, dirigida a personas que pertenecen al comité auxiliar de Cruz Roja en Ciudad Colón. Posterior a estas sesiones se llevó a cabo un análisis comparativo de los niveles de agencia de autocuidado antes y después de la intervención, así como una evaluación de la percepción de las personas participantes sobre la efectividad de intervención de enfermería en estos contextos.

A partir de esta premisa surgieron las siguientes interrogantes:

- *¿Cómo estaba la capacidad de agencia de autocuidado de las personas cruzrojistas participantes, antes de la intervención de enfermería en Salud Mental y Psiquiatría?*
- *¿De qué manera la intervención de enfermería en salud mental y psiquiatría realizada favoreció el fortalecimiento de las estrategias de autocuidado en las personas cruzrojistas participantes?*

2.4 OBJETIVOS

2.4.1 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar una intervención de enfermería en salud mental y psiquiatría, para el fortalecimiento de estrategias de autocuidado dirigidas a un grupo de personas cruzrojistas del comité auxiliar en Ciudad Colón.

2.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la capacidad de agencia y estrategias de autocuidado que posee el grupo de personas cruzrojistas del comité auxiliar en Ciudad Colón.
2. Establecer un diagnóstico de enfermería en salud mental y psiquiatría dirigida a fortalecer las estrategias de autocuidado que posee el grupo de personas cruzrojistas del comité auxiliar en Ciudad Colón.
3. Planificar una intervención de enfermería en salud mental y psiquiatría dirigida a fortalecer las estrategias de autocuidado que posee el grupo de personas cruzrojistas del comité auxiliar en Ciudad Colón.

4. Implementar una intervención de enfermería en salud mental y psiquiatría dirigida a fortalecer las estrategias de autocuidado que posee el grupo de personas cruzrojistas del comité auxiliar en Ciudad Colón.
5. Evaluar la intervención de enfermería en salud mental y psiquiatría dirigida a fortalecer las estrategias de autocuidado que posee el grupo de personas cruzrojistas del comité auxiliar en Ciudad Colón.

2.4.4 IMAGEN OBJETIVO

Desde la presente intervención de enfermería en salud mental y psiquiatría, se propició un contexto para el fortalecimiento de estrategias de autocuidado desde una dinámica grupal, trabajando directamente en el conocimiento de los participantes y propiciando sesiones, donde se partió de una imagen objetivo para que las personas participantes desde el desarrollo personal y grupal pudieran ser capaces de aprender estrategias o bien fortalecer las estrategias ya aprendidas sobre el autocuidado y llevarlo a su vida diaria y en la atención de situaciones de emergencia.

2.5 CONTEXTO DE LA EXPERIENCIA

La intervención de enfermería en salud mental y psiquiatra se desarrolló gracias al Comité Auxiliar de Cruz Roja en Ciudad Colón y al grupo de personas cruzrojistas que voluntariamente se inscribieron al proceso y fueron pioneros en innovar en estas actividades en toda la historia del comité.

Cruz Roja Costarricense (2022), se define como una institución Benemérita de primera respuesta, de carácter privado y sin fines de lucro, adscrita al Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Medialuna Roja, tiene como fin, reducir el sufrimiento de las personas súbitamente enfermas o lesionadas, o que ven

alterados sus modos de vida, por ejemplo, debido a su exposición a accidentes, crisis y desastres.

Su acción se evidencia a través de servicios de atención de emergencias médicas y servicios de transporte de pacientes, respuesta a desastres, promoción de la resiliencia comunitaria, la inclusión social, el trabajo en red y la promoción de la no violencia y la cultura de paz. La Benemérita fue fundada con el Decreto Ejecutivo número 24 del 4 de abril de 1885; sin embargo, en varias leyes y decretos presidenciales posteriores, el Estado costarricense ratificó su rol auxiliar como unidad de sanidad militar y como organización de primera respuesta.

La Cruz Roja Costarricense desarrolla sus actividades al amparo de la Ley de Asociaciones de la República de Costa Rica y su reglamento, siendo auxiliares de los poderes públicos en aquellas actividades humanitarias compatibles con nuestro mandato institucional, neutral, imparcial e independiente.

2.6 COORDINACIONES PERTINENTES

El día viernes 13 de marzo del 2024, se procede a realizar una reunión de manera virtual con la señora Gina Retana administradora del comité y los integrantes de la junta directiva: Carlos quien es el presidente y Mauricio quien es el secretario, así como con el jefe de personal voluntarios Bryan. En la reunión se les plantea el proyecto a realizar, se les explica cuáles son los objetivos de la intervención, así como los recursos con los que se cuenta y que son necesarios para poder llevarla a cabo, posterior a esto se da la aprobación de manera verbal por todos los participantes y se finaliza la reunión.

El miércoles 17 de marzo se envía un mensaje general por parte de la administradora realizando una invitación a todos los que pertenecen a este comité, donde se crea una encuesta sobre si desean o no participar. Posterior a esto se

realizó una invitación de manera individual a todas las personas interesadas por parte del profesional a cargo de la intervención en enfermería.

El día 5 de abril se envía formalmente la carta de solicitud por parte de la directora del Posgrado para la autorización de la intervención y finalmente el día 8 de abril se recibió la respuesta por parte de la administradora Gina Retana, quien aprueba la ejecución del trabajo. Posterior a esto, se recibió el aval de parte del Sistema de Estudios Posgrados, para iniciar con el trabajo. (ver anexo 3).

2.7 CRONOGRAMA DEL PROCESO VIVIDO

A continuación, se presenta el cronograma del proceso vivido con el que se desarrolló la intervención de enfermería en salud mental y psiquiatría mediante el proceso de sistematización de experiencias.

Es importante tomar en cuenta que, como parte de los hechos fundamentales, durante los meses de marzo, abril, mayo y junio del 2024, se recibieron las clases de los cursos PF-0551 (Residencia Práctica en Salud Mental - Sistematización) y PF-0552 (Sistematización de experiencias investigativas con perspectivas de género) donde se facilitó un acompañamiento educativo y de supervisión activa por parte de la docente del curso, la Tutora Máster Mauren Araya Solís.

TABLA 3.

Cronograma de actividades, intervención de enfermería en salud mental y psiquiatría en el comité auxiliar de Cruz Roja en Ciudad Colón, Costa Rica, 2024.

Fecha	Actividades
24 abril 2024	Sesión 1: El autocuidado y la salud mental.
01 de mayo 2024	Sesión 2: El afrontamiento al Estrés.
08 de mayo 2024	Sesión 3: Los 5 pilares del autocuidado.

15 de mayo 2024	Sesión 4: La higiene del sueño.
22 de mayo 2024	Sesión 5: El estilo de vida saludable.
29 de mayo 2024	Sesión 6: La autoimagen, auto concepto y autoestima.
05 de junio 2024	Sesión 7: La inteligencia emocional.
12 de junio 2024	Sesión 8: La resiliencia y la asertividad.

FUENTE: Elaboración propia.

2.8 ABORDAJE DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

La propuesta grupal desarrollada en el Comité Auxiliar de Cruz Roja en Ciudad Colón tuvo como finalidad generar un fortalecimiento de estrategias de autocuidado. Por lo tanto, como se plasmó en el primer objetivo específico, la primera sesión responde a la necesidad de realizar una valoración inicial o perfil de entrada de las personas participantes, así como aplicación del consentimiento informado.

2.8.1 FASE DE VALORACIÓN

2.8.1.1 PRE-INTERVENCIÓN: PRETEST

2.8.1.2 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

Para la construcción del perfil de entrada se contó con la participación inicial de 12 personas de las 15 que se inscribieron para la intervención de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría; de las cuales 10 son hombres y 2 mujeres con edades entre los 18 años y los 66 años, elegidos mediante una invitación realizada a todo el personal del comité auxiliar en Ciudad Colón.

Es de suma importancia resaltar que al finalizar se contó solo con la participación de 10 personas distribuidos entre 8 hombres y 2 mujeres, dado a que se retiraron

por razones personales de estudio y de viaje en los dos casos, por lo que solo se tomaron en cuenta los instrumentos y los resultados de la escala de 10 participantes.

2.8.1.3 SÍNTESIS DEL PERFIL DE ENTRADA

Se realizó un resumen de los 10 formularios completados que se obtuvieron, para visualizar globalmente los patrones funcionales que presenta el grupo personas cruzrojistas, al que se dirige la presente Intervención de Enfermería y que se detallan a continuación:

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN DE LA SALUD

Los principales hallazgos con respecto a la percepción de salud son los siguientes: Dentro de los antecedentes patológicos personales: Hipertensión arterial, diabetes, y asma, todas las personas refieren padecimientos con medicación de tratamiento diariamente y un control en el sistema de salud. ~~así mismo en~~ El 50% de las personas perciben su salud como buena y un 50% la perciben como regular, es importante destacar que solamente dos personas indicaron ser fumadoras y tres respondieron que dejaron de fumar luego de varios años de consumo de tabaco, la mayoría no consume bebidas alcohólicas, solo tres personas indicaron practicarlo.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL-METABÓLICO

En general, no presentan problemas de ingesta de alimentos y las comidas favoritas son variadas y saludables, las personas perciben su estado físico y nutricional como bueno y regular, en excepción de una persona la cual indica que es su estado físico y nutricional es malo, así como su alimentación dado a sus jornadas laborales.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD/EJERCICIO

El grupo refiere autonomía con respecto a la movilización, no indican tener alguna condición que interfiera en sus actividades, de las diez personas solo tres personas no realizan actividad física constantemente. Además, refieren practicar ejercicio de leve a moderado con regularidad y dentro de las actividades están, gimnasio, pesas, spinning, hacking, correr, natación, yoga.

Es de suma importancia resaltar que 3 de los participantes se encuentran con un IMC de 18 a 26 con un peso gráficamente normal mientras que cuatro se encuentran en sobre peso, dos en obesidad grado I y una en obesidad grado 2.

PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO

La mayoría de los participantes indican presentar alguna alteración de sueño al dormir a lo que podríamos definir como calidad de sueño inadecuado dado al sueño interrumpido y dificultad para conciliar el sueño. Con respecto a la cantidad de horas indicadas esta entre dormir de cinco a siete horas por las noches, una persona indica dormir cuatro horas diaria y solamente una persona duerme durante el día ya que trabaja en horarios rotativos.

Además, ninguna persona realiza siesta, cuatro de las personas no tienen sueño interrumpido, los dos restantes indica que por su trabajo deben tener disponibilidad porque algunas veces se les interrumpe, así mismo cuatro de las diez personas necesitan algún apoyo para dormir y solo dos de ellas utilizan un medicamento y solamente dos más utilizan alternativas como té y aceite en su cuarto. Es importante destacar que ocho de las personas indican no sentirse descansadas cuando se despiertan por la mañana.

PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTIVO

Todos los participantes conscientes, alertas, orientados en sus 3 esferas tiempo, lugar y espacio, logrando seguir instrucciones y tienen fluidez en el discurso, no se encuentra alteraciones de la percepción, comunicación y lenguaje y en general se perciben como personas comunicativas.

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

Dentro la descripción de la personalidad se encuentra las siguientes definiciones: tranquilo, pasivo, espontanea, sincera, frio, trabajador, insistente, conciliador, alegre, seguro, dedicado, compasivo, callado, cuatro personas refieren dificultades para concentrarse y coincidentemente las mismas personas utilizan anteojos, pero no refieren alteraciones para ver,

Seis definen su imagen corporal como positiva, pero siete indica que no están conformes consigo mismo, nueve de las personas participantes indican que han perdido interés por las cosas que anteriormente les daba ilusión o motivación, abonado que ocho también indica que tienen alguna dificultad para la toma de decisiones.

PATRÓN 8: ROL-RELACIONES

En general refieren sentirse satisfechos con su vida, en la comunidad, a nivel personal, laboral y educativo. Así mismo dentro las profesiones que encontramos, se encuentran: coordinador, cuidadora, ingeniero en sistemas, jubilado, comerciante, servicio al cliente, informático, administrador de empresas, conductor, asistente de pacientes, y es importante destacar que todos cuentan con un sistema de apoyo familiar.

PATRÓN 10: AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS

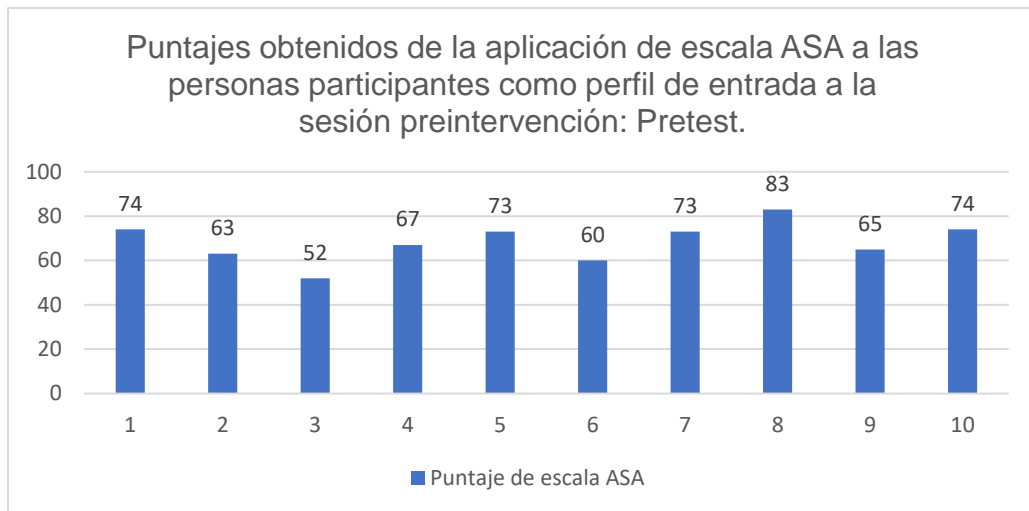
Las personas participantes indican que sufren estrés por asuntos referentes a temas económicos, familiares y referentes a la salud propia o de las personas a su cuidado, dentro de las manifestaciones que presentan cuando están estresados definieron las siguientes: tristeza, ganas de llorar, aislamiento, mal humor, comer mucho, picazón dolor de estómago, náuseas, dolor muscular, malestar mental, contracturas, dermatitis, falta de apetito, así mismo las acciones realizadas por los participantes para controlar el estrés, se encuentran: escuchar música, escribir, fumar, caminar, manejar, hacer ejercicio, me aislé por diez minutos, dormir, escuchar música.

2.8.2.4 APLICACIÓN DE ESCALA DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO.

En la aplicación de la ASA se dieron los siguientes resultados, el participante 1 obtuvo 74 puntos para una regular agencia de autocuidado, el participante 2 obtuvo 63 puntos, el participante 3 obtuvo 52 puntos, el participante 4 obtuvo 67 puntos, el participante 5 obtuvo una puntuación de 73, el participante 6 obtuvo una puntuación de 60, el participante 7 obtuvo una puntuación de 73 puntos, participante 8 obtuvo 83 puntos, participante 9 obtuvo 65 puntos y finalmente el participante 10 una puntuación de 74.

Esto da como resultado lo siguiente, de los diez participantes, un participante obtuvo como resultado 52 puntos y otro 60 puntos lo que significa una baja agencia de autocuidado, siete de los participantes obtuvieron puntajes entre 63 a 81 puntos lo que significa que se encuentran con una regular agencia de autocuidado y solamente un participante obtuvo una buena agencia de autocuidado con un puntaje de 83.

GRAFICO 1



FUENTE: Elaboración propia

2.8.2 FASE DIAGNÓSTICA

2.8.2.1 SITUACIONES Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Con base en el análisis de la valoración y utilizando la taxonomía NANDA, se logra identificar como principal diagnóstico enfermero:

- Disposición para mejorar el autocuidado-

DEFINICIÓN: Patrón de realización de actividades por parte de la propia persona que le ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

Se establecieron las intervenciones de enfermería con la planificación de las actividades según la clasificación NOC y NIC, con las que además se realizará la evaluación al finalizar la intervención y el proceso enfermero.

2.8.3 FASE DE PLANIFICACIÓN

2.8.3.1 PLANEAMIENTO DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

TABLA 4.

Diagnostico	NOC	NIC	Actividades
<p>(00182) Disposición para mejorar el autocuidado</p> <p>Características definitorias</p> <p>Expresa deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado.</p> <p>Expresa deseos de aumentar el autocuidado.</p>	<p>Código: 1606</p> <p>Participación en las decisiones sobre la salud.</p> <p>DEFINICIÓN: Implicación personal en la selección y la evaluación de opciones de cuidados de salud para conseguir un resultado deseado.</p> <p>[160602] Manifiesta autocontrol en la toma de decisiones.</p> <p>[160607] Identifica obstáculos para conseguir el resultado deseado.</p> <p>[160608] Utiliza técnicas de resolución de problemas para conseguir los resultados deseados.</p> <p>[160610] Identifica apoyo disponible para conseguir los resultados deseados.</p>	<p>Código: 5240</p> <p>Asesoramiento.</p> <p>DEFINICIÓN: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.</p>	<p>Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</p> <p>Mostrar empatía, calidez y comprensión.</p> <p>Establecer la duración de las sesiones de asesoramiento.</p> <p>Establecer metas.</p> <p>Disponer la intimidad y asegurar la confidencialidad.</p> <p>Favorecer la expresión de sentimientos.</p> <p>Practicar técnicas de reflexión para facilitar la expresión de preocupaciones.</p> <p>Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos.</p> <p>Fomentar la sustitución de hábitos no deseables por hábitos deseados.</p>
	<p>NOC</p> <p>Código: 1603</p> <p>Resultado: Conducta de búsqueda de la salud.</p> <p>Definición: acciones personales para fomentar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación óptimos.</p> <p>[160306] Describe estrategias para eliminar una conducta poco saludable.</p> <p>[160310] Describe estrategias para optimizar la salud.</p> <p>[160313] Obtiene ayuda de un profesional sanitario.</p> <p>[160314] Realiza conductas de salud por iniciativa propia.</p>	<p>NIC</p> <p>CÓDIGO: 5430</p> <p>INTERVENCIÓN: Grupo de apoyo</p> <p>DEFINICIÓN: Uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros.</p>	<p>Intervenciones</p> <p>Crear una atmósfera relajada y de aceptación.</p> <p>Clarificar desde el principio los roles del grupo y las responsabilidades de sus miembros y de su líder.</p> <p>Establecer una hora y lugar para las reuniones grupales.</p> <p>Fomentar la expresión y el intercambio de conocimientos.</p> <p>Atender a las necesidades de todos, así como a las necesidades de los miembros individuales.</p>

FUENTE: Elaboración propia.

2.8.4 FASE DE IMPLEMENTACIÓN

2.8.4.1 DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

2.8.4.2 SESIÓN PREINTERVENCIÓN

Fecha: 24 abril de 2024

Unidad Temática: El autocuidado y la salud mental.

Objetivos: Brindar una bienvenida a las personas participantes y la aplicación de instrumento de valoración de Marjory Gordon, así como la escala de percepción de agencia del autocuidado (ASA).

Personas Participantes: 10 hombres y 2 mujeres.

Descripción de las actividades: Se da el inicio el día 24 de abril de 2024 comenzó a las 19:10 horas y finalizo a las 21:00 horas, la sesión llamada Pre-Intervención, llevó una estructura la cual es descrita en el (ver anexo #4).

Previo a la sesión se da una preparación del espacio físico, ubicando las sillas, mesas, proyector, computadora, gafetes, hojas, cuadernos y plantas entre otros materiales que se utilizaron en la sesión. Fueron llegando las personas participantes y se les fue recibiendo en la puerta principal del salón y se fueron acomodando en la mesa a su gusto.

A las 19:10 se da inicio a la sesión donde el facilitador se presenta y explica las razones por las cuales se encuentran en el lugar y el por qué ofrecer la Intervención de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. Se les proyecta y explica sobre la distribución y frecuencia de las sesiones y se da la implementación de acuerdos y

reglas grupales en relación a las pautas de comunicación e interacción de las personas participantes en el marco del respeto, la comprensión empática y la equidad de género, se recibe el siguiente comentario:

“restringir el uso del celular por respeto y que este espacio sea para aprovechar” se planteó por el (Participante 3 de la actividad).

Se realiza la primera actividad en la cual, se les entrega un gafete con una frase motivadora sobre la salud mental, además de un cuaderno, lapiceros de 3 colores. Se procede a solicitarles que se presenten, ¿cómo les gustaría que les llamaran durante las sesiones? y ¿Para usted que es la Salud Mental?, esto se realiza uno por uno, obteniendo las siguientes respuestas:

“La salud mental es base de todo, es la que manda nuestra vida” (Participante 1 de la actividad).

“Es un complemento de la salud física y es individual” (Participante 2 de la actividad).

“Es la clave para poder llevar una vida sin estrés y nos ayuda a poder solucionar los problemas” (Participante 3 de la actividad).

“La salud mental es todo, si no tenemos una buena salud mental, no podemos hacer nada bien” (Participante 4 de la actividad).

“La salud mental es una lucha diaria contra lo malo que se nos presenta en la vida” (Participante 5 de la actividad).

“La salud mental es variable de acuerdo con lo que estamos viviendo en el momento, puede verse afectada por cosas mínimas” (Participante 6 de la actividad).

“Es clave para poder sobrellevar los problemas de la vida y manejar el estrés, aunque muchas veces estar mal es bueno, no siempre se está bien” (Participante 7 de la actividad).

“Bueno es tan importante que por eso estoy acá, quiero aprender más y poder mejorar mi mente” (Participante 8 de la actividad).

“La salud mental es un proceso por que unos días uno está muy bien y otros días no, me pasa cuando me pasa algo bueno o cuando me pagan que me siento bien” (Participante 9 de la actividad).

“La salud mental es un estado de bienestar o bueno poder saber cómo resolver las cosas sin que me hagan daño y no tomarme todo tan a pecho” (Participante 10 de la actividad).

“La salud mental es como la forma de prevenir que cuando nos pase algo malo, podamos resolverlo, ya que hay muchas cosas más malas que buenas” (Participante 11 de la actividad).

“la salud mental es la nueva forma de estar saludable ya que va más allá de la salud física y de tener un cuerpo bonito.” (Participante 12 de la actividad).

Posterior a la actividad se da la lectura del consentimiento informado, no hay dudas sobre el consentimiento y todos lo firman sin ningún problema. Seguidamente se procede a dar las instrucciones sobre la escala que se va a aplicar y cuál es la finalidad, se procede a leer todos los ítems y no hay dudas sobre el llenado, se les deja solos para no interferir con el proceso, aproximadamente duran 15 minutos completando la escala.

Se realiza una pausa activa, se les indica que pueden tener un espacio de 10 minutos, una vez se da por finalizado el llenado se procede a realizar una exposición magistral sobre el concepto de la salud mental, la importancia del autocuidado y sus tipos.

Para finalizar se les entrega una planta (suculenta) y se les indica que esto será su tarea para el resto de las sesiones, deberán buscar la forma de cómo mantenerla viva y deberán traerla el último día de las sesiones. Como motivación para enlazar con la intervención al finalizar la sesión se les brindo un refrigerio a todas las personas participantes y se les motivo para la próxima sesión.

Síntesis del proceso de la sesión preintervención

Todas las personas participantes se encontraban muy receptivas a la información brindada. Se realiza adecuadamente la presentación de objetivos, las reglas del proceso, el consentimiento informado y la explicación de los instrumentos para poder realizar el perfil de entrada, ayudando de esta manera al equipo investigador, al finalizar la sesión se cumplieron a cabalidad los objetivos de esta sesión.

2.8.4.1.2 SESIÓN 2

Fecha: 01 de mayo de 2024.

Unidad Temática: Estrategias de afrontamiento al estrés.

Objetivo: Favorecer un espacio para que la persona participante se identifique consigo misma, además de presentar los resultados de la etapa de valoración y perfil de entrada, así como los contenidos para abordar a lo largo de la intervención y ofrecer un espacio de educación sobre las estrategias de afrontamiento al estrés.

Personas Participantes: 8 hombres y 2 mujeres.

En la segunda sesión sobre las estrategias de afrontamiento al estrés del programa de Salud Mental y psiquiatría se llevaron a cabo tres momentos: inicio, desarrollo y cierre (ver anexo # 5).

Descripción de las actividades: Se da el inicio de la sesión a las 7:00pm previo a lo cual se acondicionó el espacio físico de la misma manera a la sesión anterior y se procede a realizar el saludo a las personas participantes.

En primera instancia se brinda un resumen a las personas participantes sobre los principales hallazgos de la etapa de preintervención a manera de retroalimentación, donde se le describe los resultados obtenidos de la escala donde se reciben comentarios como el siguiente:

“fijo mi escala es la peor” (Participante 3 de la actividad).

“que dicha que estamos aquí para mejorar esos resultados, yo sabía que no estábamos bien”. (Participante 5 de la actividad)

Se da la revisión de la asignación de la semana anterior sobre el llenado de los patrones funcionales, donde se reciben comentarios como los siguientes:

“me costó llenar la parte del sueño, realmente me di cuenta de que no duermo lo suficiente” (Participante 3 de la actividad).

“esa pregunta sobre la actividad física me di cuenta de que debo mejorarla ya que estoy muy vago” (Participante 3 de la actividad).

“a mí me asusto lo del sueño, que increíble lo mal que estoy durmiendo, pensé que así estaba bien, pero hago todo muy mal” (Participante 7 de la actividad).

Posterior a esta retroalimentación se procedió a la realizar una actividad rompe hielo donde se les realizó la pregunta ¿Qué fue lo mejor de la semana que acaba de pasar? A lo cual dieron las siguientes *respuestas*:

“después de lo que vimos la semana pasada trate de reflexionar un poco más las cosas antes de hacerlas e intentar priorizarse más antes de los demás” (Participante 1 de la actividad),

“lo mejor de la semana fue el poder hacer una pausa un día y reflexionar sobre cómo estaba llevando mi vida y que es un equilibrio entre mi yo, mi familia, el trabajo y la sociedad” (Participante 3 de la actividad).

Seguidamente se procede a realizar la actividad llamada ¿Que me genera estrés? se da la explicación de las indicaciones para el desarrollo de la actividad en la cual se le entrega 3 tipos de post it para que describan dependiendo el color; el amarillo significa cosas que me generan estrés que están fuera de mi control y no han pasado, el color celeste son las situaciones que me generan estrés donde estoy yo y otra persona incluida y no depende de mí solamente para resolver la situación, y el color verde son cosas que me generan estrés pero si depende exclusivamente de mi poder. Cada participante después de escribirlo fue a pegarlo a la pizarra, los participantes refieren:

“qué difícil es escribir lo que uno siente y ponerlo en un papel” (Participante 5 de la actividad).

Me cuesta pensarlo, ahora escribirlo aún peor, me motiva saber que todos tenemos cosas en nuestras mentes y estamos dispuestos a sacarlas. (Participante 1 de la actividad).

Cada participante debía dar un comentario sobre qué color les costó más llenar, por lo que algunos de comentarios fueron:

“me costó el color amarillo ya que siempre trato de controlar todo y cuando algo se me sale de las manos me frustró y tomo malas decisiones que siempre me arrepiento” (Participante 1 de la actividad).

“a mí también me costó el color amarillo ya que me paso imaginado escenarios malos o bueno no malos si no que son fuertes o se ven como difíciles de sobrellevar si llegaran a pasar” (Participante 4 de la actividad)

“realmente me costó mucho el color celeste ya que me afecta mucho cuando alguien no hace algo o bueno no está en sintonía conmigo como los compañeros del trabajo por ejemplo que uno le pone en algo y mi compañero nada que ver, eso me estresa muchísimo” (Participante 5 de la actividad).

“bueno en mi caso me costó el de las cosas que dependen de mí mismo porque me cuesta mucho conseguir las cosas como las metas que me he propuesto y me da colera que no las pueda lograr sabiendo que solo dependen de mí” (Participante 7 de la actividad).

Posterior a la actividad se consideró importante el facilitar un conversatorio sobre los principales elementos teóricos en relación con el estrés, eustres y distrés, así como sus estrategias de afrontamiento y su relación como estrategia para fortalecer el auto cuidado.

Para finalizar la sesión se procede a realizar una técnica de relajación con todos los participantes en la cual se les brindan indicaciones sobre la importancia de realizar estas técnicas y sus beneficios para la salud mental y el autocuidado. Se les informa sobre el despojarse de las cosas que tiene en sus manos de guardar el celular y de

tomar una posición cómoda en la silla y además que esta es una técnica rápida y que pueden realizarla en cualquier momento de sus días.

Se incursiona con la técnica 4-7-8 la cual no conlleva más que realizar una inspiración fuerte por cuatro segundos, sostener el aire por siete segundos y espirar por ocho segundos lentamente por la nariz o bien por la boca como se sientan más a gusto, esto se realiza por cuatro veces, se procede a realizar un ejemplo, ya una vez todo entendido se bajan las luces, se pone aceite aromático y se inicia con la actividad.

Una vez finalizada la actividad se reciben comentarios como:

“nunca había respirado conscientemente y bueno creo que esa sensación de sentir el aire pasar es inexplicable” (Participante 8 de la actividad).

“es increíble que en tan pocos minutos sintamos esto tan relajante y no puede ser que pasemos todo un día y no podamos sacar unos minutos para respirar tranquilos” (Participante 6 de la actividad).

“hagamos más de esto, me encanto” (Participante 10 de la actividad).

Para finalizar la sesión se les brindo un refrigerio a todos los participantes y se les motivo para la próxima sesión el miércoles siguiente a la misma hora en el mismo lugar. Se da por finalizada la sesión.

Síntesis de la sesión 2

En esta sesión, las personas participantes se adentraron en el proceso de cuales situaciones les causan estrés y cuáles de esas están en mi imaginación o bien no solo dependen de mí ya que hay otra u otras personas involucradas para poder solucionarlas, así mismo, cuales situaciones dependen completamente de uno

mismo para lograr solucionarlo. Se logró identificar los tipos de estrés y su fisiología, se realiza la actividad para fomentar la priorización de estas situaciones que nos generan estrés y mediante una actividad de cierre se realizó una técnica de respiración 4-7-8 de manera guiada para fomentar esta estrategia para fortalecer su autocuidado.

2.8.4.2 SESIÓN 3

Fecha: 08 de mayo de 2024

Unidad Temática: El autocuidado.

Objetivos: Fomentar un espacio donde se les eduque con los cinco pilares del autocuidado como estrategia para el fortalecimiento del auto cuidado y explicación de la técnica STOP para mejorar la resolución de situaciones.

Personas Participantes: 8 hombres y 2 mujeres

En la tercera sesión sobre el fortalecimiento del autocuidado de salud mental y psiquiatría se llevaron a cabo tres momentos: inicio, desarrollo y cierre (ver anexo # 6).

Descripción de las actividades: Se da el inicio de la sesión a las 7:15 pm dado a que algunos participantes tuvieron imprevistos para poder llegar, se dio en un momento con el consentimiento de los demás presentes a tiempo para esperar a los demás, previo a lo cual se acondicionó el espacio físico de la misma manera a la sesión anterior y se procede a realizar el saludo a las personas participantes.

Se procede a realizar la pregunta ¿qué fue lo mejor de la semana que acaba de pasar? A lo que se reciben respuestas como:

“logre sacar un tiempo un par de días para sentarme y darme un espacio para respirar tranquila y realmente me sirvió demasiado, es algo que quiero implementarlo todos los días” (Participante 7 de la actividad).

En mi semana puse en práctica los colores de la semana pasada y fui clasificando las cosas que me pasaban más que todo me di cuenta de que en el trabajo hay muchos papelitos amarillos y más verdes en mi casa” (Participante 3 de la actividad).

Posterior a la actividad rompe hielo se inicia con la explicación del concepto de autocuidado y sus pilares como estrategia para la salud mental, además se da la actividad de la técnica STOP para el control de impulsos y se le pregunta sobre que les pareció la estrategia y en que situaciones la hubieron puesto en práctica si la hubieran conocido anteriormente, a lo que se reciben comentarios como:

“bueno no la conocía realmente y si sabía la de los 10 segundos que es la más común, pero me di cuenta de que en diez segundos puedo respirar y hacer esta técnica porque no se trata solo de respirar y ya es de analizar la situación y tomar una decisión” (Participante 3 de la actividad).

“bueno me hubiera gustado conocerla antes ya que me hubiera ahorrado algún problemilla por mi reacción que hoy en día me arrepiento, bueno fue una situación con mi hermano que lastimosamente hasta el día de hoy estamos bravos aun” (Participante 5 de la actividad).

Para dar como finalizada la sesión se procede a exponer la reflexión titulada el “El leñador” ya que se observó que existían comentarios muy cercanos al trabajo de los participantes y mediante esta estrategia de donde una vez realizada se reciben los siguientes comentarios:

“realmente es importantísimo priorizarse a uno mismo y ver como dejar de lado todo lo demás como el dinero o las cosas materiales” (Participante 5 de la actividad).

Se procede a dar-establecer la tarea para la próxima semana sobre describir en el cuaderno de cada uno la rutina antes de dormir cada día, además sobre el tiempo

de utilizado el celular diariamente registrado en el dispositivo y recordarles que traigan ropa de ejercicio ya que iremos a realizar la caminata. Por último, se les brindo un refrigerio a todos los participantes y se les motivo para la próxima sesión el miércoles siguiente a la misma hora en el mismo lugar. Se da por finalizada la sesión.

Síntesis de la sesión 3

Se procede a pedirles contestar que fue lo mejor de la semana que acaba de pasar con el objetivo de enlazar la semana anterior, posteriormente se le brinda una charla magistral sobre el autocuidado y se les educa sobre la técnica STOP para la resolución de situaciones, finalmente se expone una reflexión mediante llamada el leñador, para finalizar la sesión se les deja como asignatura pendiente el describir la rutina de todo lo que hacen previo a dormir.

2.8.4.1.4 SESIÓN 4

Fecha: 15 de mayo de 2024.

Unidad Temática: Estilos de vida saludables (Higiene del sueño).

Objetivo: Fomentar los estilos de vida saludables como estrategia para el fortalecimiento del autocuidado de las personas participantes, así como la integración grupal.

En la cuarta sesión sobre el fortalecimiento del autocuidado de salud mental y psiquiatría se llevaron a cabo tres momentos: inicio, desarrollo y cierre (ver anexo 7).

Descripción de las actividades: Por situaciones de clima lluvioso, rayería y emergencias en la zona, se procedió a suspender minutos antes de la sesión presencial, a lo que se decide realizar la sesión de manera virtual mediante la aplicación Zoom donde todos los participantes estuvieron de acuerdo en realizarla de esa manera, se da el inicio de la sesión a las 7:10 pm con algunos problemas

para la conexión ya que algunos nunca habían utilizado esta aplicación, unos minutos después todos estaban conectados y listos.

Para iniciar agradeciéndoles la disposición y la versatilidad para adaptarse a las situaciones a lo que se reciben los siguientes comentarios:

“esto es parte de la salud mental poder adaptarnos a lo que se nos presente y sobrellevarlo”(Participante 5 de la actividad).

“la tecnología esta para utilizarla, es una lástima que no podamos hacer la caminata, pero ya estará el día correcto para ir y disfrutarla” (Participante 3 de la actividad).

Se da la actividad rompe hielo llamada “BUM” en la cual se da la interacción de los participantes mediante la participación. Se procede a revisar la tarea asignada la semana anterior sobre la rutina para dormir, donde se les consulta como les fue escribiendo lo que realizan antes de dormir:

“bueno me di cuenta de que el celular es lo primero que toco por las mañanas y lo último que toco al dormir, es increíble lo que utilizo este aparato y no es lo peor si no que el mayor de los tiempos es en redes sociales” (Participante 10 de la actividad).

“me di cuenta de que mi rutina es diferente de acuerdo como me sienta durante el día, en los días que me siento triste no me dan ganas ni de lavarme los dientes y en los días en lo que me siento feliz hasta me baño y me pongo mascarillas antes de dormir, creo que dependo mucho de mi periodo menstrual” (Participante 5 de la actividad).

“me costó mucho describir la rutina porque no sabía que tenía una rutina para dormir, pero si puedo decir que mi cama es para dormir porque a penas la toco solo sueño es lo que me da” (Participante 3 de la actividad).

Se procede a la realizar una explicación sobre la importancia de los estilos de vida saludable en las personas adultas como el mantener una alimentación balanceada, realizar actividad física, afrontamiento al estrés y evitar el consumo de drogas. Así mismo también se abordó la importancia del sueño en la vida de las personas, su fisiología, sus fases, sus beneficios, mitos, así como la importancia de las 10 estrategias que nos brinda la OMS para tener una higiene del sueño saludable, de lo cual un participante comenta “realmente no hago nada bien de esas 10 cosas, ni para dormir soy bueno” y se dan risas de todos los participantes.

Una vez realizada la explicación se procede a brindarle indicaciones para realizar la aplicación de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, se le insta a buscar una posición cómoda en sus lugares, así como de dedicarse estos minutos para su autocuidado y salud mental, todos los participantes realizan la técnica guiada por el facilitador, al finalizar se da la apertura de un espacio para retroalimentar el momento vivido de lo que se reciben comentarios como los siguientes:

“me quito un gran peso de encima todo esto, realmente lo necesitaba, muchas gracias”; (Participante 4 de la actividad).

“no sabía que una relajación me podía llegar a sentir esto con tan pocos minutos” (Participante 6 de la actividad).

“se imagina uno haciendo esto todos los días, me gustaría hacerla un día en vivo” (Participante 8 de la actividad).

Para finalizar se les motivo para la próxima sesión el miércoles se realizará la caminata por que se les pide traer ropa para la ocasión y se les indica estar 15 minutos antes de las 7pm para iniciar puntualmente siempre en el mismo lugar, a lo que todos están de acuerdo y se procede a dar por finalizada la sesión.

Síntesis de la sesión 4

En la cuarta sesión, los participantes profundizaron en la reflexión sobre los estilos de vida que llevan a pensar sobre situaciones en su higiene de sueño específicamente ya que fue de los datos más alterados durante la aplicación de la escala. La discusión incluyó el compromiso de cambiar algunas conductas y fortalecer hábitos. Se exploraron nuevas perspectivas para reformular estrategias entre todos para fomentar el autocuidado.

2.8.4.5 SESIÓN 5

Fecha: 22 de mayo de 2024

Unidad Temática: Estilo de vida saludable (La actividad física como estrategia para el fortalecimiento del autocuidado).

Objetivos: Fomentar un estilo de vida saludable mediante la caminata como estrategia para fortalecer el autocuidado de los participantes.

Personas Participantes: 7 hombres y 2 mujeres

En la quinta sesión sobre el fortalecimiento del autocuidado de salud mental y psiquiatría se llevaron a cabo tres momentos: inicio, desarrollo y cierre (ver anexo # 8).

Descripción de las actividades: Se procede al inicio de la sesión, dando una explicación de los objetivos de la caminata, así como de los beneficios de la actividad física en el cuerpo humano y así mismo una descripción del recorrido de la caminata el cual es de 6km aproximadamente. Es importante recalcar que se les

brindo hidratación y alimentación previa, así como asistencia de una ambulancia durante el recorrido; previo al inicio se reciben comentarios como:

“hace mucho tiempo no hacia este ejercicio ya que solo paso metido en un gimnasio y el poder respirar aire fresco es lo mejor” (Participante 8 de la actividad).

“Hoy me sentí bien al saber que, si o si debía esforzarme para poder hacer la caminata en la noche y me dio emoción, creo que el sentir el compromiso con el grupo fue fundamenta” (Participante 2 de la actividad).

Uno de los participantes se ofreció a realizar un estiramiento previo a caminar y una oración. Se da el inicio de la caminata a las 7:00pm en punto en la cual se tuvo un ambiente de risas, comentarios sobre otros temas como el futbol y la interacción de los participantes con otros que normalmente no se da por sus diferentes días de prestar servicio voluntario.

Durante el descanso se les brindo refrigerio saludable lleno de frutas, barritas, agua e hidratante, además se contó con la motivación por parte del facilitador por medio de una reflexión, se les insta a seguir realizando actividad física como beneficio a la salud.

Al finalizar la caminata se les realiza la pregunta de ¿cómo se sintieron el haberse planteado desde la mañana el que iban hacer actividad física y si lograron cumplir con lo propuesto? A lo que varios participantes respondieron lo siguiente:

“bueno en mi caso casi nunca lo cumplo, cuando lo hago trato de realizarlo en las mañanas porque en la noche se me hace muy difícil” (Participante 8 de la actividad).

“creo que es lo más difícil ya que las excusas que me pasan por la cabeza me ganan la batalla la mayoría de los días” (Participante 9 de la actividad).

“creo que me gustó la idea de hacer actividad física en grupo, es una buena idea para motivarse entre todos ya que a uno solo le cuesta más” (Participante 8 de la actividad).

“a mí me encanto la actividad, realmente todo lo que tuvimos, nos chineo un montón parecía una carrera organizada hasta con asistencia” (Participante 7 de la actividad).

“actividades como estas son las que son valiosas en la vida, compartir con buenas personas, aprender cosas bueno y mejorar la salud tanto física como la mental y eso te lo agradezco.” (Participante 5 de la actividad).

Para finalizar la sesión se les brindó un refrigerio a todos los participantes y se les motivó para la próxima sesión el miércoles siguiente a la misma hora en el mismo lugar, se les pide que para la próxima sesión traigan una hoja blanca, lápiz y lápices de color. Se da por finalizada la sesión y se programa la próxima para el miércoles siguiente a la misma hora.

Síntesis de la sesión 5

La quinta sesión se centró en el fortalecimiento de la idea que tener un estilo de vida saludable es fundamental para tener una mejor salud y ayuda a la prevención de enfermedades. Así mismo los participantes tuvieron la oportunidad para practicar la caminata y la convivencia al aire libre abonado a la aplicación de estrategias para fortalecer el autocuidado mediante técnicas motivadoras como la reflexión.

2.8.4.5 SESIÓN 6

Fecha: 29 de mayo de 2024

Unidad Temática: Autoimagen, autoconcepto y autoestima como estrategias para el fortalecimiento del autocuidado.

Objetivos: Facilitar un espacio para la expresión de afirmaciones relacionadas con la autoimagen y autoconcepto y autoestima a partir de identificación de las afirmaciones de las participantes consigo mismas y su definición del yo.

Personas Participantes: 8 hombres y 2 mujeres.

En la sexta sesión sobre el fortalecimiento del autocuidado de salud mental y psiquiatría se llevaron a cabo tres momentos: inicio, desarrollo y cierre (ver anexo #9).

Descripción de las actividades: Se da el inicio de la sesión a las 7:05 pm, previo a lo cual se acondicionó el espacio físico de la misma manera a la sesión anterior y se procede a realizar el saludo a las personas participantes.

Mediante una actividad rompe hielo llamada 2 verdades y una mentira, en la cual cada participante tenía que decir dos cosas verdaderas de su vida y otra que era mentira, posterior a la actividad se da la retroalimentación de esta actividad en la cual sobresalen los siguientes comentarios:

*“bueno tengo años de conocerlos y es interesante saber cosas nuevas de ustedes”
(Participante 5 de la actividad).*

“esta actividad me dio para recordar cosas más que no las tenía claras como que mi padre se llama igual que mí y no lo tenía tan presente”. (Participante 3 de la actividad).

Posterior a la actividad se procede a pedirles que realicen un dibujo de la silueta de ellos mismos, en la que pueden pintarla y hacerle lo que les represente a cada uno:

“creo que nunca me he dibujado a mí mismo” (Participante 8 de la actividad).

Además, al lado derecho del dibujo anotar como define su autoconcepto y al lado izquierdo sobre cómo define su autoestima, se procede a darles 25 minutos para

realizar el dibujo y durante esto se les coloca música relajante y aceite esencial de menta. Durante la actividad se reciben comentarios como:

“juepuña voy a hacerme como me gustaría verme, así un poco más flaco” (Participante 9 de la actividad).

“nunca me había tenido que dibujar, no es tan fácil como parece” (Participante 4 de la actividad).

“que tanta diferencia hay entre la autoimagen y el autoconcepto” (Participante 5 de la actividad)

Posterior al tiempo determinado para la actividad, se les consulta que fue lo que más les costó de la actividad a lo que dan respuesta un par de personas:

“bueno a mí me costó definir la autoestima, ya que puede que tenga otra, pero hoy no me siento tan bien y eso influyo en mi definición, digamos si me lo preguntan mañana u otro día fijo pongo otra definición” (Participante 8 de la actividad).

“en mi caso la silueta me costó mucho porque me hubiera gustado haber tenido más tiempo ya que tengo muchos detalles que no puse, pero si me gusto la actividad para recordarme quien soy y como soy” (Participante 3 de la actividad).

Posterior a esta actividad se procede a dar un espacio para tomar un breve refrigerio y realizar una pausa activa mediante estiramientos guiados por un participante del taller.

Seguidamente se da una explicación de los conceptos de autoimagen, autoestima y autoconcepto y como su fortalecimiento es una estrategia para potenciar el autocuidado y la salud mental, así mismo se reciben comentarios como:

“es fundamental dejar de lado eso que dices de la presión social y de las situaciones que se nos presentan en la vida, debemos iniciar a trabajar en lo que realmente vale que es sentirnos bien y felices como somos ah bueno y orgullosos de lo que hemos logrado, claro siempre pensando en mejorar y sacar lo mejor de cada uno” (Participante 2 de la actividad).

“a mí me da rabia como muchas veces me he dejado influenciar en lo que la sociedad nos mete en la jupa para que pensemos que solo así podamos ser aceptados o bueno sentirnos parte de la vida, esto realmente me abrió los ojos para no dejarme engañar que una ropa de marca o bien un carro es lo más importante, eso no vale de nada” (Participante 6 de la actividad).

Se procede a colocar un video de motivación a los participantes y se les brinda una reflexión en un sobre para cada uno, donde se desea reafirmar los conceptos vistos en la sesión y se les pide que la guarden y la lean en algún otro momento en el que se sientan que necesitan alguna palabra de aliento.

De esta manera se da por finalizada la sesión y se les invita y motiva a asistir a la penúltima sesión a la misma hora y en el mismo lugar.

Síntesis de la sesión 6

La sexta sesión se dedicó a conocer, explorar y reforzar conceptos, explorando las fuentes de motivación de cada participante mediante la técnica del autorretrato. Se animó a las participantes a visualizar sus fortalezas, a trabajar las debilidades y no solo las apariencias físicas como los estereotipos existentes en la sociedad, también a identificar los pasos necesarios para alcanzar sus objetivos. Además, se fomentó a la construcción de un compromiso personal que fue el cierre de esta sesión, permitiendo una exploración detallada de su desarrollo personal y la creación de un plan de acción motivador.

2.8.4.7 SESIÓN 7

Fecha: 5 de junio de 2024

Unidad Temática: Inteligencia emocional como estrategia para el fortalecimiento del autocuidado.

Objetivos: Descripción de las cinco claves descritas por Daniel Goleman para lograr ser inteligente emocionalmente, esto como una estrategia para el fortalecimiento del auto cuidado.

Personas Participantes: 8 hombres y 2 mujeres

En la séptima sesión sobre el fortalecimiento del autocuidado de salud mental y psiquiatría se llevaron a cabo tres momentos: inicio, desarrollo y cierre (ver anexo #10).

Descripción de las actividades: Se da el inicio de la sesión a las 7:05 pm, previo a lo cual se acondicionó el espacio físico de la misma manera a la sesión anterior y se procede a realizar el saludo a las personas participantes.

Mediante la actividad rompe hielo en la cual a dos personas (una mujer y un hombre) previamente se les mando un dialogo sobre un conflicto de pareja en el cual se les presentó un escenario que debía resolver sin haber conocido la teoría, las dos personas pasan al frente y realizan la actuación.

Posterior a esto se les consulta sobre cómo se sintieron para resolver el conflicto y responden lo siguiente:

“bueno yo vi que no había forma de resolverlo porque cada uno estaba muy seguro de su posición y creo que quedamos bien, tal vez es porque uno ya tiene experiencia y prefiere no discutir más y dejar todo para otro día (Participante 8 de la actividad).

la otra participante nos comentó;

“quizás antes de estas sesiones le hubiera pegado un golpe jajaja, pero con lo que he aprendido sobre las emociones y el estrés me ayudo a controlarme y a comprender que él podía tener la razón y que por más que le decía no íbamos a

resolver por que los dos teníamos la verdad según nosotros. (Participante 5 de la actividad).

Seguidamente se procede a realizar una pausa activa de 5 minutos, posterior a esto se inicia con una explicación del concepto de inteligencia emocional y como los 5 postulados de Daniel Goleman son una estrategia para el fortalecimiento del autocuidado y la salud mental.

Seguido a esta explicación se procedió a decirles a los participantes de la escena del inicio que una vez ya conocido este concepto volvieran a realizar la escena, una vez realizada la escena se tuvieron los siguientes comentarios:

“bueno si pensé dos veces antes de decir lo que iba a decir, ya uno como que lo piensa mejor y se da cuenta que puede buscar otra estrategia para resolver la situación (Participante 8 de la actividad).

“bueno en mi caso si me sentí más tranquila, entendí que no ganaba nada con enojarme, que lo mejor era confiar en que él no estaba haciendo nada malo y pues confiar en el por qué no puedo hacer un problema por algo tan simple. (Participante 5 de la actividad).

Para finalizar la sesión se les brindo un refrigerio a todos los participantes y se les motivo para la próxima sesión el miércoles ya que es la última y es a la misma hora en el mismo lugar. Se da por finalizada la sesión y se programa la próxima para el miércoles siguiente a la misma hora, por último, se les pide traer la plantita (suculenta) que se les dio la primera sesión, así como el cuaderno de salud mental.

Síntesis de la sesión 7

Las personas participantes logran ejemplificar y profundizaron en la narrativa sobre la inteligencia emocional mediante la presentación y análisis de un caso que reflejaba una situación de la vida diaria.

La discusión incluyó el ser más inteligentemente emocional en la resolución de conflictos y en la clasificación de las emociones, donde no es malo enojarse o sentir rabia lo incorrecto es la acción que procede al sentimiento y cómo podemos ahorrar múltiples problemas si tenemos un adecuado control de esas emociones. Además, se exploraron nuevas perspectivas para reformular sus narrativas desde una visión positiva y empoderada con una mejor inteligencia emocional.

2.8.4.7 SESIÓN 8

Fecha: 12 de junio de 2024

Unidad Temática: La resiliencia y asertividad como estrategias para el fortalecimiento del autocuidado.

Objetivos: Descripción los conceptos de resiliencia y asertividad como estrategia para el fortalecimiento del auto cuidado.

Personas Participantes: 8 hombres y 2 mujeres

En la séptima sesión sobre el fortalecimiento del autocuidado de salud mental y psiquiatría se llevaron a cabo tres momentos: inicio, desarrollo y cierre (ver anexo # 11).

Descripción de las actividades: Se da el inicio de la sesión a las 7:00 pm, previo a lo cual se acondicionó el espacio físico de en un semicírculo totalmente diferente a los otros días y se les colocó la imagen de una manzana en el espacio de cada uno con su respectivo nombre. A cómo iban llegando se procede a realizar el saludo a las personas participantes, para iniciar se les pide colocar la planta frente a ellos,

tres de los participantes no lograron traerla ya que la tenían en su casa y venían directo del trabajo.

Para iniciar se procede a una actividad rompe hielo con el propósito de retroalimentación de todos los temas que se vieron en las semanas anteriores, por ende, se realizan 10 preguntas por medio de la aplicación kahoot, el cual tenía un premio a los 3 primeros lugares.

Posterior a esto se procede a realizar una explicación magistral sobre los conceptos de resiliencia y asertividad y su relevancia como estrategias para fortalecer el autocuidado, durante la explicación de los conceptos se reciben los diferentes comentarios:

“no estamos tan mal, siento que mejoramos mucho, bueno yo en lo personal si y más si recordamos lo del estrés y lo del sueño fue lo que más me marco, creo que me cambio la vida el haber aprendido esas cosas” (Participante 1 de la actividad);

“a mí también me marcaron esos temas, los mismos que al compañero, pero si este último que de la inteligencia emocional me llamo demasiado la atención” (Participante 4 de la actividad).

Seguidamente se presenta un video que ejemplifica la asertividad en el ambiente laboral y se da una explicación del concepto y estrategias de cómo ponerlo en práctica en la vida diaria, esto con el objetivo de fortalecer el autocuidado. Así mismo se explica el concepto de resiliencia y su importancia en el fortalecimiento de la salud mental de las personas como estrategia para fortalecer el autocuidado, a esto se recibe el comentario siguiente:

“tengo que confesar que no conocía este concepto de la resiliencia y ya me lo quiero tatuar, es que de verdad analizando todo lo que nos has contado yo me pude identificar con esa palabra ya que en la vida me ha costado mucho y me identifiqué

mucho, gracias por traerla y ahora será mi palabra favorita” (Participante 5 de la actividad).

Una vez recibido este comentario se procede a realizar la actividad final en la cual se les pide anotar las respuestas a las preguntas del perfil de salida en la manzana que se le entrego al inicio. Se decide realizar una pausa y brindar un refrigerio con la intención de que la actividad sea lo último y que sea lo que se lleven para sus casas.

Síntesis de la sesión 8

La octava y última sesión se centró en el fortalecimiento de la importancia de la comunicación mediante el entrenamiento en la asertividad. Las participantes practicaron técnicas de comunicación efectiva, aprendiendo a expresar sus necesidades y deseos de manera clara y respetuosa. Además, se discutió la importancia de buscar y mantener la paz interior, explorando estrategias para gestionar el estrés y las emociones negativas.

2.8.5 FASE DE EVALUACIÓN

2.8.5.1 RESULTADOS DEL PERFIL DE SALIDA

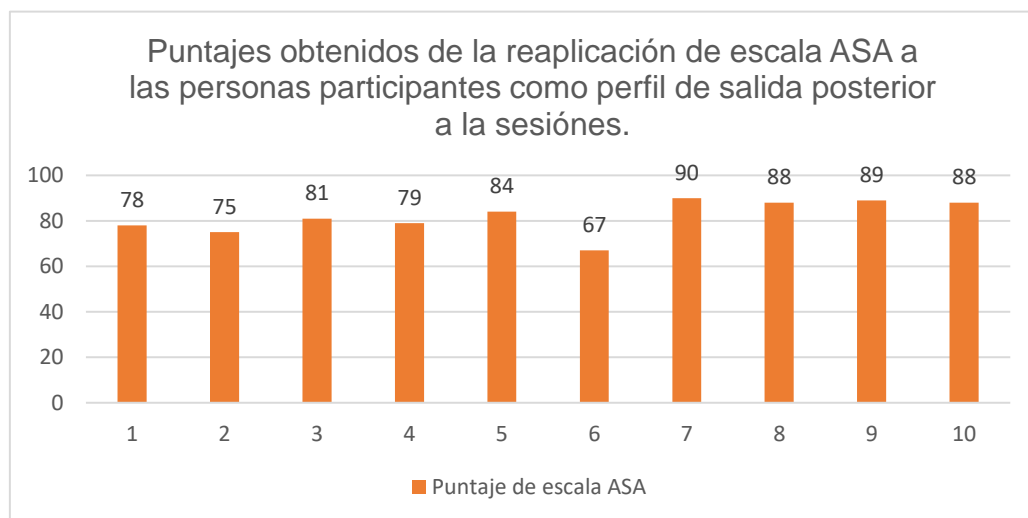
En el perfil de salida se llevó a cabo la evaluación de la intervención de enfermería en Salud Mental y Psiquiatría partiendo desde la misma dinámica de grupo que se propuso en el perfil de entrada, mediante la aplicación nuevamente de la escala de agencia de autocuidado y mediante la retroalimentación por medio de dos preguntas abiertas acerca de la percepción personal de cada participante, sobre las experiencias del proceso vivido, con el objetivo de observar los resultados y evidenciar si se obtuvieron los cambios esperados.

Los resultados obtenidos posterior a la aplicación de la escala fueron los siguientes:

El participante 1 obtuvo 78 puntos, el participante 2 obtuvo 75 puntos, el participante 3 obtuvo 81 puntos, el participante 4 obtuvo 79 puntos, el participante 5 obtuvo una puntuación de 84, el participante 6 obtuvo una puntuación de 67, el participante 7 obtuvo una puntuación de 90 puntos, participante 8 obtuvo 88 puntos, participante 9 obtuvo 89 puntos y finalmente el participante 10 una puntuación de 88.

Esto da como resultado lo siguiente, de los diez participantes, cinco participantes obtuvieron resultados entre 63 a 81 puntos lo que significa una agencia de autocuidado regular, los restantes cinco participantes obtuvieron puntajes entre 82 a 96 puntos lo que significa una agencia de autocuidado buena.

GRAFICO 2



FUENTE: Elaboración propia

Para completar el perfil de salida y como punto de cierre se realizaron las siguientes dos preguntas, para reflexionar sobre los temas abordados durante todo el proceso de intervención y sistematización de experiencias:

RESPUESTAS DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES: ¿Qué es lo nuevo aprendido sobre las estrategias para fortalecer el autocuidado?

TABLA 5.

Participante	Respuesta
Participante 1	"Conocí mejor a mis compañeros, proponerme nuevas metas y cumplirlas, reafirmé que estoy manejando bien mis emociones, amarme más de como soy".
Participante 2	"Aprendí que no me amaba lo suficiente y pensaba que si lo hacía y que debo mejorar la actitud para poder escuchar y afrontar a las personas".
Participante 3	"Aprendí que debo soltar las cosas que no puedo solucionar".
Participante 4	"Aprendí a conocerme más, conocer mis emociones, clasificar el estrés y auto cuidarme".
Participante 5	"Aprendí a tener nuevas prácticas para mejorar la salud mental, física y emocional".
Participante 6	"Que debo mejorar mi calma, mi escucha y pensar más antes de actuar, que la vida es un equilibrio y que no soy tan resiliente y asertivo con los demás".
Participante 7	"Aprendí sobre priorizar mi autocuidado, que debo poner límites, que debo de decir que no mas seguido, que trato de hacer más seguido el ejercicio de la respiración, que primero yo, segundo yo y tercero yo".
Participante 8	"Aprendí a interiorizarme sobre lo que realmente tengo que dedicarle tiempo para mejorar mi vida y que no me afecte tanto las cosas negativas".

Participante 9	“El tener el amor propio y hábitos que mejoran tanto mi salud física, mental, además que no puedo tener el control de todo, que debo repartir responsabilidades porque si no me saturó y al final no resuelvo nada”.
Participante 10	“De los mejores aprendizajes es que muchas de las cosas que no estaba o bien estoy haciendo mal dependen de mí y que el establecer metas conmigo mismo me hará lograr esos objetivos, ya que sigo haciendo lo mismo no tendré los resultados que anhelo”

FUENTE: Elaboración Propia

RESPUESTAS DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES: ¿A que me comprometo para seguir fortaleciendo mi autocuidado?

TABLA 6

Participante	Respuesta
Participante 1	“A buscar y seguir tratando alternativas para dejar de fumar, meterme a un gym, que me valga menos lo que piensen los demás sobre mí”
Participante 2	“Me comprometo a ser más asertivo con mi familia y mis compañeros, aprender que no solo yo tengo la razón”.
Participante 3	“A cuidarme físicamente y manejar mejor mis emociones”.
Participante 4	“Me comprometo a expandir más el conocimiento a otras personas sobre lo que aprendí y a seguir aprendiendo más”.

Participante 5	“Me comprometo a subsanar malos hábitos en cuanto a la relación interpersonal”.
Participante 6	“Quiero ser más resiliente y asertivo con los demás para poder fluir más”.
Participante 7	“Quiero trabajar más mi salud mental y buscar ayuda profesional para llevar sesiones individuales en un futuro”.
Participante 8	“Priorizar las luchas que realmente vale la pena pelear y las que no sacarlas de mi vida rápidamente”.
Participante 9	“Me comprometo a que cuando me proponga hacer ejercicio realmente lo cumpla, también con mi alimentación porque fallo mucho en esas cosas”.
Participante 10	“Quiero mejorar mi sueño, porque me di cuenta de que estoy contaminado de cortisol y el dormir ayuda demasiado, además que cuando tenga una situación pueda realmente clasificarla si está o no en mis manos poder solucionarla”.

FUENTE: Elaboración Propia

2.8.6 EL FACILITADOR Y EL PROCESO VIVIDO

Al reflexionar como facilitador del proceso, me encontré con muchos desafíos desde el inicio hasta el último día, considero que el innovar y hacer que una institución con misiones como la atención de emergencias abriera la posibilidad de creer en este proyecto de educación a sus participantes fue de hecho el reto más importante.

El solventar los retos que día a día iban saliendo fue gracias a que se logró conformar un grupo respetuoso y colaborador, promoviendo conexiones entre las participantes que fortalecieron el reconocimiento de la importancia del autocuidado

por medio de estrategias. El enfoque se centró en adaptar estrategias para fomentar la reflexión personal, el apoyo mutuo y el crecimiento emocional positivo. Posterior al proceso logré comprender la importancia de seguir desarrollando métodos innovadores y sensibles para abordar las necesidades emocionales y psicológicas de las personas cruzrojistas.

III CAPÍTULO

3.REFLEXIONES DE FONDO

Posterior a la realización de la intervención de enfermería en salud mental y psiquiatría se procedió a elaborar el análisis y la reflexión de fondo, utilizando la triangulación en el proceso de sistematización, ya que como menciona Jara (2018), se pretende de ir más a fondo, ir a las raíces de lo que se ha descrito, recopilado, reconstruido, ordenado y clasificado, además realizar un proceso riguroso de abstracción que nos lleve a descubrir la razón de ser, el sentido de lo que ha ocurrido en el trayecto de la experiencia, por eso, la pregunta clave de esta etapa es: ***¿Por qué pasó lo que pasó (y no pasaron otras cosas)?***

Para ir respondiendo esta interrogante, desde lo propuesto por Jara (2018), se debe consolidar el esfuerzo realizado en los momentos anteriores, ya que como se define es a través de procesos de análisis y síntesis, construir interpretaciones críticas sobre el proceso vivido y desde la riqueza de la propia experiencia, así como las razones del porqué no acontecieron otras más.

El responder esta interrogante permitirá aprender más sobre la capacidad de organización de los hallazgos, ordenándolos y clasificándolos, para así darnos cuenta el propósito de todo lo que se realizó. Posterior a la intervención de enfermería se procede al análisis y observación de las respuestas desarrolladas

durante las ocho intervenciones, para lograr esto se utilizaron diferentes elementos los cuales fueron extraídos y analizados para realizar este capítulo.

Como base fundamental de este capítulo se utilizaron los siguientes recursos, las experiencias de las personas participantes y del facilitador, los resultados de los perfiles de entrada y de salida, las retroalimentaciones de cada una de las sesiones desarrolladas, los registros de las tutorías, el proceso de enfermería, los supuestos teóricos de la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem relacionados con las unidades temáticas y finalmente el desarrollo de la dinámica grupal, todo esto significó los cimientos de este capítulo crítico. Además, como un proceso de crítica y de reflexión que debe ser justificado mediante explicaciones que fueron establecidas al inicio del proceso de sistematización mediante las preguntas del problema de la intervención, esto con el fin de crear un enlace de las experiencias desde un análisis exhaustivo con lo que nos dice la teoría de enfermería.

Para ello, es importante volver a retomar los cuestionamientos en el proceso, de este modo fueron planteadas las siguientes preguntas:

- ***¿Cómo estaba la capacidad de agencia de autocuidado de las personas cruzrojistas participantes, antes de la intervención de enfermería en Salud Mental y Psiquiatría?***
- ***¿De qué manera la intervención de enfermería en salud mental y psiquiatría realizada favoreció el fortalecimiento de las estrategias de autocuidado en las personas cruzrojistas participantes?***

3.1 CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO DE LAS PERSONAS CRUZROJISTAS PARTICIPANTES, ANTES DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA.

Toda acción de enfermería que esté sujeta a la necesidad de una persona mediante requerimientos de los servicios profesionales, debe estar clasificada al modo de atención que necesita la misma, por lo cual Orem (1983), postulo la teoría de los sistemas de enfermería. De acuerdo con Navarro et al (2010), los sistemas de enfermería son definidos como complejas acciones realizadas por parte de enfermería que van a depender de las capacidades que tenga la persona para brindarse su propio autocuidado, para que el profesional logre sus metas debe poner en práctica sus habilidades como el prescribir, diseñar, dirigir y mantener estrategias de autocuidado terapéutico.

Dentro de la división de esta visión por Orem está el sistema sustentador y educativo, este método es aplicado en situaciones donde las personas son capaces de realizar su propio autocuidado, pero no las pueden llevar a cabo sin la educación de un profesional de enfermería.

Dentro de las funciones del profesional en este sistema se basa en regular el ejercicio del autocuidado y de la agencia del autocuidado para que la persona pueda llevar a cabo y mantener por ella misma las acciones de autocuidado que le permitan mantener su salud y reponerse de la enfermedad, es decir, se empodera a la persona mediante estrategias de enfermería para que sea responsable de sus propias acciones de autocuidado y ser participe directo del mismo.

Rivera (2007), identificó un número de factores internos y externos que influyen o modifican la agencia de autocuidado propuestos por Orem, la cual denominó factores básicos condicionantes, siendo condiciones o eventos en una matriz de tiempo y lugar que afectan el valor de las capacidades de las personas para cuidarse de sí mismas, entre las cuales señaló: la edad, el sexo, estado de desarrollo, condiciones y patrones de vida, factores familiares y socioculturales, estado de salud y factores del sistema del cuidado de la salud.

De acuerdo con Leiva et al (2012), el conocer la edad de las personas participantes, en la intervención, permite ser un parámetro de las dimensiones de salud, pues en cada etapa de la vida los individuos van a presentar necesidades que deben abordarse según las demandas de cada ciclo de vida.

Esto, permite aclarar su capacidad de mantener y realizar su autocuidado, sin olvidar la influencia de factores hereditarios o ambientales. Con relación a la variable edad las personas participantes se encontraban en un rango de edad entre los 18 años y 66 años cumplidos y en cuanto al sexo la mayoría fueron hombres (8 hombres y 2 mujeres). Tal como plantea Orem (1983), la edad y el género se relacionan con la posición dentro de la familia, pues determinan las ocupaciones y responsabilidades de la persona en el hogar y esto puede influir directamente en el autocuidado.

En la investigación de Leiva (2014), al igual que con esta intervención coinciden que la familia, la sociedad y la cultura, son elementos básicos para que la persona pueda satisfacer sus necesidades, pues a través de la interacción del sujeto con dichos elementos este adquiere el aprendizaje, madurez y herramientas para realizar su autocuidado. Encontrando que todos los participantes poseen un apoyo familiar, un trabajo con estabilidad económica para cubrir sus necesidades básicas de vida, esto se justifica mediante el siguiente comentario de un participante:

“lo mejor de la semana fue el poder hacer una pausa un día y reflexionar sobre cómo estaba llevando mi vida y que es un equilibrio entre mi yo, mi familia, el trabajo y la cosas que no puedo manejar” (Participante de la sesión).

En relación a lo anterior, las personas participantes al tener su vida envuelta en múltiples funciones y facetas a nivel personal, familiar, laboral y social, conlleva a tener estilos de vida que pueden comprometer su capacidad de autocuidado y en cómo se autogestionan al experimentar diferentes situaciones como el estrés, la alteración del patrón de sueño, el sedentarismo, la ansiedad, entre otras

circunstancias que pueden propiciar cambios dentro del organismo, no solo a nivel fisiológico, sino también, a nivel psicológico, implicando una posible alteración en la percepción de su autoimagen, autoconcepto, autoestima y automotivación.

Es importante destacar que el tiempo de exposición a estas situaciones es fundamental, dado a que esto viene a determinar un impacto positivo o negativo en la capacidad de la persona para la gestión del autocuidado. De ahí la importancia de brindar acompañamiento y potenciar las estrategias que le permitan a las personas sobrellevar las dificultades y hacer frente de manera positiva.

En relación con esto Orem citada por Rodríguez et al (2011), menciona que, para desarrollar una adecuada capacidad de autocuidado, los individuos deben contar con tres elementos importantes: capacidades fundamentales y disposición para el autocuidado, las capacidades para operacionalizar el autocuidado y los componentes de poder.

Como parte fundamental de la intervención realizada durante la etapa de valoración se indagó cómo estaban estos elementos o capacidades que plantea Orem y así determinar la capacidad de agencia de autocuidado de las personas participantes. Esto permitió al facilitador movilizar los recursos prioritarios a implementar durante las sesiones, todo respaldado desde el conocimiento científico y con indicadores obtenidos a partir de la aplicación de la Escala ASA.

Cabe destacar que entre los resultados, siete de las personas se encontraban con regular capacidad de agencia de autocuidado, dos personas con baja agencia y solamente una persona con resultado de buena capacidad de agencia de autocuidado. Basado en estos resultados se puede evidenciar la importancia de realizar una intervención de enfermería en salud mental, con el objetivo de fortalecer estrategias para aumentar la agencia de autocuidado en el grupo de personas

participantes y así responder al diagnóstico de enfermería identificado: **Disposición para mejorar el autocuidado.**

Por otra parte, Orem establece tres tipos de requisitos de autocuidado: requisitos universales, requisitos del desarrollo y requisitos de autocuidado de las alteraciones de la salud. De acuerdo con Leiva et al (2014), un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expreso sobre las acciones que se deben llevar a cabo, porque se consideran necesarias para la regulación del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas.

Así mismo, es importante resaltar que la Escala ASA fue basada en estos requisitos y para una mejor interpretación está conformada por dominios o categorías que pretende medir de acuerdo con los ítems que la conforman y en los cuales se pueden analizar en profundidad los aspectos teóricos de la misma. En total son siete dominios, los cuales fueron tomados en cuenta para analizar los resultados obtenidos de las personas participantes.

A continuación, se realizará un análisis de cada dominio establecido en la escala ASA, los cuales estarán siendo analizados mediante los ítems que se consideran estar alterados, esto justificado con la representación de porcentaje que va de 0% a 100%, descrito en el (anexo #13), se determina que se le llamara ítem alterado dado a que esta igual o más de 50% en las respuestas de las personas, o bien menos del 50%, esto dependiendo de cada ítem, de lo contrario a estos porcentajes se le llamara como no alterado.

DOMINIO 1: (ítems abarcados 1,2,4,5,6,16 y 20), este dominio contiene ítems relacionados con la prevención de peligros contra la vida, el buen funcionamiento y bienestar humano, además, están relacionados con el requisito universal 7, el cual es la prevención de peligros contra la vida, el funcionamiento y el bienestar personal.

De acuerdo con los ítems encontrados como alterados en este dominio, el ítem 2 **“Reviso si las actividades que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas”**, se tuvo como respuesta que el 50% de las personas participantes respondieron que **casi siempre** como alternativa, esto reflejado por comentarios como el siguiente:

“Uno siempre pone cualquier excusa que se le ocurra para no hacer lo que uno sabe que debe hacer, no solo por ejercicio si no para la salud” (participante de la sesión). Podríamos decir que las personas participantes no estaban priorizando acciones para el mantenimiento de su autocuidado por distintos factores como el poner primero otras prioridades como su trabajo, familia u otras ~~cosas~~.

Lo anterior se relaciona con los resultados obtenidos en la investigación realizada por Acosta et al (2018), sobre la influencia de la motivación en el autocuidado de voluntarios del cuerpo filial de Juventud de Cruz Roja Salvadoreña, donde los autores concluyen que existe una clara relación entre la influencia de la motivación sobre el autocuidado en los jóvenes voluntarios y que esta motivación ejerce como un accionar para lograr sus objetivos y metas; de esta manera garantizan que puedan cumplir con todas las exigencias y responsabilidades que conlleva ser un voluntario de este cuerpo filial.

Esto es congruente con lo que plantea Prieto (2003), el cual encontró complementariedad en la relación existente entre el sedentarismo y la enfermedad crónica, el sedentarismo y el desconocimiento de prácticas saludables, los problemas de género y la actividad física. Esto tiene importancia si se observa que las enfermedades crónicas presentan una alta asociación con el sedentarismo, el cual genera un riesgo atribuible a enfermedad cardiovascular de dos veces mayor que alguien activo.

La autora identifico tres aspectos específicos de la problemática global:

1. La falta de conocimiento y formación en prácticas de autocuidado.
2. El uso inadecuado del tiempo libre.
3. La débil participación y vinculación del uso del tiempo libre y autocuidado.

El ítem 2 está relacionado con el componente de poder **“Habilidades para ordenar acciones de autocuidado”**, el cual consiste en acciones discretas de autocuidado junto con acciones subsecuentes, que llevan hacia la realización final de metas reguladoras de autocuidado, en personas sanas. Orem indica que es de importancia tomar medidas que cumplan con el objetivo de promover la salud y prevenir la enfermedad para que mantengan un estado de salud adecuado, por lo tanto, como la prevención de peligros contra la vida contribuye al mantenimiento de la integridad humana y, por ende, a la promoción eficaz del funcionamiento y del desarrollo humano.

Se encontró en el ítem 5 que el 50% de las personas **casi nunca** tienen como prioridad el **“Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud”** y este ítem está relacionado con el componente de poder 6: **“Habilidad para tomar decisiones”** el cual está relacionado con la capacidad de tomar decisiones acerca del cuidado de sí mismo y para operacionalizar estas decisiones. Podemos asociar con el ítem 4 **“Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo”** ya que el 50% de la población respondió que **casi siempre** le faltan las fuerzas necesarias para auto cuidarse, dos participantes en la sesión 1 nos comentaron:

“Muchas veces no acudo al médico por lo tedioso que es sacar una cita, además que me da miedo que me aparezca algo por andar buscando cosas, pero si es necesario hacerme los controles por lo menos cada año lo intento hacer”.
(participante de la sesión)

Es raro porque yo me siento bien, no tengo dolores ni nada de esas cosas y he visto como a otras personas de la misma edad de un día para otro les aparece algo y es cáncer por ejemplo con un examen de próstata”. (participante de la sesión)

Entre los relatos analizados de los hombres participantes de la intervención, algunos puntos merecen ser destacados, entre ellos, el reconocimiento del estereotipo del hombre “fuerte” que se origina, sobre todo, en la transmisión de padre a hijo y, al mismo tiempo, el reconocimiento de la necesidad de superar ese estereotipo, como el de acudir a algún lugar que en teoría genere debilidad, siendo esta una circunstancia externa que limite la acción del autocuidado.

En relación con lo anterior, un estudio realizado por Araya et al (2020), citando a Keijzer (2001), plantean que, desde la perspectiva de género, el autocuidado, la valoración del cuerpo en el sentido de la salud es algo casi inexistente en la socialización de los hombres; esta realidad social se expresa en el sistema de salud costarricense.

Los posibles aspectos que dificultan la acción del autocuidado en los hombres participantes mencionaron factores importantes, como que a veces se sienten avergonzados con algunas situaciones como el examen de la próstata, ya que, en ocasiones no saben si es mejor que sea un hombre o una mujer el que se los realice. Al respecto, Orem (1983), establece que el individuo que está bajo cuidado sanitario contará con un mantenimiento y promoción de la salud, es decir, la persona tendrá a su alcance la facilidad de regular los procesos de la enfermedad y rehabilitación para poder vivir y actuar con facilidad y satisfacción personal durante todo el proceso de su enfermedad.

De acuerdo con Gomes (2010), esos miedos no pueden ser tomados simplemente como “ignorancia”, ya que son reacciones al hecho de que la imagen de

masculinidad hegemónica se está rasgando y necesita ser discutida para su de construcción.

De acuerdo con Álvarez et al (2003), lo anterior evidencia que el género influye en la capacidad de agencia de autocuidado, así como en la realización del autocuidado, Asimismo, el género también influye como un factor protector o agresor en la capacidad de agencia de autocuidado que realizan las personas. Al respecto, Matud (2008), indica que son las mujeres quienes presentan más conductas protectoras de la salud, en comparación con los hombres, debido a que estos últimos recurren menos a centros de salud o lo hacen en periodos avanzados de la enfermedad, conducta que incrementa el deterioro e impide un adecuado proceso de atención, calidad de vida y bienestar.

De este modo, tales datos contribuyen a un mayor entendimiento de cómo el autoconcepto influye en el autocuidado de las personas, ya que la concepción acerca del modelo de masculinidad favorecía una percepción de vulnerabilidad del cuerpo masculino, lo que genera comportamientos que predisponen a enfermedades y muertes, por ende, las estrategias realizadas fueron establecidas para fortalecer estos pensamientos y aumentar la agencia de autocuidado de las personas participantes.

El ítem 20 ***“Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme”*** encontramos que también es valorable ya que el 60 % de la población contestó que **casi siempre** les he difícil sacar ese tiempo para cuidarse a sí mismos, por ende, un participante nos *comentó*:

“en mi caso pongo como prioridad al brete, porque bueno es lo que me da dinero para mantener a mi familia por eso lo cuido tanto, pero realmente si no estoy bien no voy a poder trabajar bien” (participante de la sesión).

Todo lo anterior se relaciona con la investigación realizada por Espitia (2011), dado a que el estudio permitió concluir que los participantes presentaron niveles de autocuidado regular y bajo (51 y 48%); igual que en la presente intervención y que de los diez factores básicos condicionantes que plantea la teoría, la edad, el estado de desarrollo, el estado de salud, los factores del ambiente y los patrones de vida tienen una asociación fuerte con la capacidad de autocuidado.

De acuerdo con Leiva et al (2009), la importancia de que el individuo cuente con la capacidad de participar en su autocuidado radica en que él mismo determina sus necesidades y demandas, aunque en ocasiones el poder cumplir sus propios requisitos de autocuidado pueden verse imposibilitados, de ahí la importancia de la participación de los sistemas de enfermería, establecidos por la teorizante.

Orem (1983), nos indica que el incentivar el autocuidado en los individuos es una tarea compleja, ya que existen algunas circunstancias internas y externas que limitan o disminuyen la capacidad de estos hacia su cuidado. Estos determinantes son denominados los factores básicos condicionantes del autocuidado y dada la influencia que estos ejercen de manera positiva o negativa sobre las actitudes y comportamientos de autocuidado, es imperativo indagar cómo estos factores se presentan en los individuos a la hora de promocionar estilos de vida saludables en las personas.

Esta afirmación de los autores demuestra que el fortalecer la capacidad de los participantes para cumplir el requisito universal del equilibrio entre el pensar la actividad y el realizar la acción, permite incrementar la capacidad de los individuos para integrar las operaciones de autocuidado con otros aspectos de la vida, para así alcanzar un balance entre las ocupaciones y responsabilidades, así como en los momentos de esparcimiento, relajación y atención de las necesidades propias del autocuidado, ya que si las personas participantes logran encontrar un equilibrio su agencia de autocuidado será favorecida.

Esto permitió concluir que muchos de los factores externos son de gran importancia para fomentar la disminución de la agencia de autocuidado de las personas y como entre más longevos nos hacemos esa capacidad tiende a ser disminuida dado por los problemas de salud y muchas veces hasta de pérdida de la rutina como ya el dejar de ir al trabajo por la jubilación, por lo tanto, es fundamental para la profesión de enfermería brindar estrategias para potenciar sus capacidades.

DOMINIO 2: Este dominio hace referencia a la prevención de peligros contra la vida, el funcionamiento y el bienestar humano y la promoción del funcionamiento y desarrollo humano entre los grupos sociales, el cual busca alcanzar la integridad humana y proveer a los individuos de herramientas que le permitan una participación social activa. (incluye ítems 14,17,18 y 21 de la escala).

Se obtiene que los 4 ítems por los que está conformado este dominio, no presentaban alteración en las personas participantes, pero se recibe el siguiente comentario en la sesión:

“Considero que tenemos aspectos favorables para la atención de nuestra salud, a pesar de sus defectos es bueno y también por el conocimiento que adquirimos al formarnos como socorristas, además de todos los cursos que nos dan nos permite tener mayor conciencia y tratar de ser un ejemplo a la sociedad, por esos debemos tener un mejor estado físico y mental” (participante de la sesión).

Al analizar los resultados y el comentario anterior, se puede decir que, de manera general, los cuatro ítems de este dominio presentan una adecuada percepción, es decir, que las personas entrevistadas realizan acciones de autocuidado dirigidas a prevenir peligros, así como procurar un adecuado funcionamiento, por ende, las personas participantes estarían cumpliendo las categorías de requisitos

mencionadas por Orem (1983), cuando existen desviaciones o alteraciones de salud, que serían:

- Buscar y conseguir asistencia médica adecuada cuando exista exposición a agentes físicos, biológicos o condiciones ambientales que se sabe que producen o están relacionadas con la patología humana.
- Teniendo consciencia y estando atento a los efectos y resultados de las condiciones y los estados patológicos.
- Llevando a cabo eficazmente medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación para la prevención de patologías, la patología en sí, la regulación del funcionamiento integrado del ser humano, o a la compensación de incapacidades.

DOMINIO 3: Incluye los requisitos de prevención de peligros contra la vida, el funcionamiento y el bienestar humano, promoción del funcionamiento y desarrollo humano entre los grupos sociales y de equilibrio en el mantenimiento de una ingesta suficiente de comida, dándole énfasis al requisito de alimentación describiéndolo como indispensable para el metabolismo y la producción de energía, incluye los (ítems: 9,10,15 y 19).

De acuerdo con el ítem 9 se obtiene que el 40 % de la población contestó que **casi nunca “Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios”**, se reciben los siguientes comentarios de las personas participantes:

“Yo tenía la creencia de que estar delgada o bueno un índice de masa corporal bueno era estar saludable y era no comer grasas y comidas chatarra y con todo esto entendí que el estar saludables es mantener un equilibrio”. (participante de la sesión).

“Consideraba que el no padecer de alguna enfermedad o el no tomar pastillas era lo que me hacía saludable y uno que otro día salir a correr y tomar agua todos los días, pero lograr mantener un peso adecuado entendí que debo dormir mejor, pensar mejor y respirar mejor” (participante de la sesión).

Podríamos determinar que el dominio 3, específicamente la pregunta 9: **“para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios”**. Es fundamental fortalecer en las personas el equilibrio en el mantenimiento de una ingesta suficiente y adecuada de comida, cumpliendo con los siguientes criterios que establece Orem (1983):

- Tienen consciencia y están atentos a los efectos y resultados de las condiciones y los estados patológicos.
- Están conscientes, atienden y regulan los efectos nocivos o incómodos de las medidas prescritas.
- Aprenden a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y con los efectos del diagnóstico y tratamiento en una forma de vida que fomenta el desarrollo personal continuo.

Al respecto, Lugo et al (2008), mencionan que una patología no solo interviene con la fisiología, sino que afecta el funcionamiento humano. De ahí que las personas necesiten cambios en su modo de vivir, sus características, la enfermedad perturba el ámbito personal, laboral y económico y puede ocasionar disminución de la capacidad en los espacios mencionados y repercutir en la situación económica, personal, social y familiar.

Esto conlleva a pensar que las personas no estaban cumpliendo con lo propuesto por Orem (1983), la cual indica que; las acciones que se pueden llevar a cabo para satisfacer este requisito es mediante el tomar la cantidad necesaria para el funcionamiento normal, adaptada a los factores internos y externos que pueden

afectar la necesidad, adaptando el consumo para procurar el regreso más favorable a un funcionamiento integral, así mismo, preservando la integridad de las estructuras anatómicas asociadas y los procesos fisiológicos y finalmente disfrutando de las experiencias agradables de respirar, beber y comer sin abusos.

Esto concuerda con el trabajo de Espinoza et al (2020), donde se realizó la investigación sobre las estrategias de autocuidado que implementan las docentes de educación preescolar en su trabajo cotidiano, dentro de las conclusiones se encontró que las educadoras reconocen el significado de autocuidado y su relevancia, pero se les dificulta llevarlo a la práctica. Además, como la reacción a distintos factores de estrés varía según la situación de cada persona, se destaca la necesidad de que las docentes practiquen hábitos de autocuidado que les permitan tener un mayor bienestar físico, mental y emocional.

Por ende, brindar múltiples estrategias para que las personas reflexionen sobre las actividades que están realizando actualmente y con esto una mejor concientización de los hábitos de vida saludables, fomentando en especial las actividades físicas, para que puedan ser llevadas a la práctica.

Los demás ítems de este dominio no se encontraban alterados, dando esto buenas alternativas para fortalecer mediante intervenciones estas conductas para seguir enriqueciendo el autocuidado.

DOMINIO 4: Contiene ítems relacionados al equilibrio entre actividad y descanso, equilibrio entre soledad y comunicación social y promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de grupos sociales (ítems: 3,22 y 24).

De acuerdo con los resultados obtenidos, la mayoría de las personas participantes pueden conseguir ayuda en caso de no poder movilizarse o desplazarse por sí solos. También cuentan con personas que podrían ser agentes de autocuidado para lograr

un adecuado funcionamiento, aunque bien nos encontramos con personas con enfermedades crónicas como el asma, diabetes e hipertensión arterial, personas con índices de masa corporal con parámetros por encima de lo normal. Sobre esto se recibe el siguiente comentario de un participante:

“El pertenecer a la cruz roja me da mucho orgullo, pero he tomado conciencia que debo ser un ejemplo de salud para las personas, y que este sobrepeso que tengo no me hace bien ya que cuando he tenido que hacer caminatas para rescatar a alguien no puedo hacerlas o cosas más simples como tirarme al suelo a subir una camilla, pero tomare esa responsabilidad de tratar de hacer un cambio en mi vida ya que creía que estaba bien”. (participante de la sesión).

En relación con el comentario anterior, es importante destacar que las personas participantes son conscientes de su realidad en cuanto a su salud física. A lo largo de las sesiones se fomentó actividades recreativas, como la realizada en la sesión 5, donde realizamos una caminata nocturna con el objetivo de compartir y evidenciar la importancia de la actividad física, fortalecer la salud mental por medio de la relajación y la interacción con la naturaleza. Tal como plantea Correa (2016), establecer momentos de autocuidado es fundamental, pues influye en la salud en general y brinda múltiples beneficios como: reducir el estrés, mejorar la salud mental, gestionar mejor las emociones, evitar el síndrome del burnout y tener una mejor calidad de vida.

El ítem 24 **“a pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta”**. Orem (1983), señala que cuando se presenta una alteración de salud, esta conduce a determinar lo que se debe de hacer para restaurar la normalidad, por ende, el poder valorar este ítem en una persona cruzrojista, permitió desde enfermería en salud mental y psiquiatría, determinar acciones en el requisito de alteraciones de la salud, con el objetivo de trabajar y modificar el autoconcepto, para que la persona pueda aceptar su condición de salud

y reflexione sobre la necesidad de realizar acciones dirigidas al cuidado de su enfermedad crónica y pueda aprender a sobrellevar los efectos y fomentar el desarrollo personal.

Se puede reafirmar lo definido por Alligood (2011), la cual menciona que la labor de enfermería consiste en la satisfacción de las necesidades del individuo para contribuir con el desarrollo continuo del autocuidado, la recuperación y adaptación de los efectos de las patologías o lesiones sufridas, con la finalidad de mantener un estado de salud óptimo.

DOMINIO 5: incluye los ítems referentes a equilibrio entre soledad y comunicación social, equilibrio entre actividad y descanso y prevención de peligros contra la vida y bienestar humano. (ítems: 12,13,23).

Orem (1983), menciona que una persona que presenta alguna alteración del estado de salud debe realizar modificaciones y adaptaciones necesarias para poder cumplir con los requisitos universales de autocuidado y mantener de manera adecuada la vida, la salud y el bienestar.

En el ítem 13 encontramos que ante el cuestionamiento ***“Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado”***, el 50% de las personas contestaron que **casi nunca** y un 10% **nunca**, lo que viene a evidenciar que seis de las diez personas participantes no logran tener un descanso placentero. Este ítem está relacionado con el requisito universal 5 *“El mantenimiento de un equilibrio entre actividad y descanso”* y con el componente de poder 6 *“Habilidad para tomar decisiones acerca del cuidado de uno mismo y para operacionalizar estas decisiones”*. Se recibe los siguientes comentarios en las sesiones:

“Para mí el dormir se ha vuelto una tortura, ya que simplemente se ha vuelto en una misión imposible, tengo una empresa de seguridad y debo estar prácticamente

disponible siempre y precisamente en las noches es cuando más pasan cosas, entonces duermo entre 4 horas promedio en la noche y los ratos que pueda en el día”. (Participante de la sesión).

“He estado cometiendo errores de los que no era consciente, como el de traerme trabajo para la casa los viernes por ejemplo y paso los fines de semana haciendo cosas, esto realmente me ha traído consecuencias malas para mi vida”. (Participante de la sesión).

“Dentro las cosas que lucho contra mi sueño es que se ve interrumpido durante las noches, puedo pasar de una a dos horas sin dormir y ya luego me duermo como si nada, se ha vuelto una costumbre”. (Participante de la sesión).

“bueno me di cuenta de que el celular es lo primero que toco por las mañanas y lo último que toco al dormir, es increíble lo que utilizo este aparato y no es lo peor si no que el mayor de los tiempos es en redes sociales” (Participante de la sesión).

“me di cuenta de que mi rutina es diferente de acuerdo como me sienta durante el día, en los días que me siento triste no me dan ganas ni de lavarme los dientes y en los días en lo que me siento feliz hasta me baño y me pongo mascarillas antes de dormir, creo que dependo mucho de mi periodo menstrual” (Participante de la sesión).

“me costó mucho describir la rutina porque no sabía que tenía una rutina para dormir, pero si puedo decir que mi cama es para dormir porque a penas la toco solo sueño es lo que me da”. (Participante de la sesión).

La importancia de que el individuo cuente con la capacidad de participar en su autocuidado de acuerdo con Navarro (2010), radica en que él mismo determina sus necesidades y demandas, aunque en ocasiones el poder cumplir sus propios

requisitos de autocuidado pueden verse imposibilitados, por ello es relevante la participación de los sistemas de enfermería, establecidos por la teorizante.

De acuerdo con Miro (2012), el cual es citado en el Manual sobre el Autocuidado (2018), el lograr un adecuado equilibrio entre actividad y descanso es fundamental para controlar el gasto voluntario de energía, además de regular los estímulos ambientales y suministra ideas variadas, dando la oportunidad de manifestar ideas y talentos, así como la sensación de bienestar. El dormir lo suficiente garantiza un mejor rendimiento cognitivo al día siguiente y una menor predisposición a los cambios de humor, es por lo anterior que la alteración de este requisito podría traer repercusiones poco favorecedoras a la salud de la población en estudio.

El crear la estrategia para el fortalecimiento del autoconcepto, autoimagen y automotivación en las personas participantes permitió introducir ideas de reflexión sobre cómo estaban llevando su autocuidado y su higiene de sueño. Ponce et al (2018) indican que el conocerse como persona y vivir en congruencia con quien es, beneficia la salud emocional, permitiendo desarrollar todo el potencial, facilitando el trabajo de forma productiva y hacer frente a las tensiones de la vida cotidiana, además, ayuda a trabajar en equipo y a contribuir con la sociedad.

Así mismo, se compara con lo encontrado con Navarro (2010), el cual indica que las personas que reciben los cuidados de enfermería como personas racionales, pensantes, y con la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, son capaces de guiar sus esfuerzos para hacer aquellas actividades que son beneficiosas para sí mismos, es decir para realizar el autocuidado.

DOMINIO 6: abarca únicamente el requisito de prevención de peligros contra la vida y bienestar humano (ítem: 8). Con relación al ítem 8: ***“Cambio la frecuencia con la que me baño para mantenerme limpio”***, se registró que solamente el 20% de las personas participantes, no cambian su frecuencia, pero si el restante 80% si

logran modificar y adaptarse a nuevos cambios para mantenerse limpios, este ítem pertenece al dominio 6 y está relacionado con el componente de poder 9: "Habilidades para ordenar acciones de autocuidado". Al respecto, las personas participantes manifestaron:

"Yo realmente no puedo salir de la casa sin bañarme, ni para ir a comprar pan". (Participante de la sesión).

"Sino me baño antes de dormir, se me hace imposible dormir bien, pero me da como pereza algunas veces hacerlo y prefiero pasar una mala noche". (Participante de la sesión).

"Yo sé lo que estoy haciendo mal, no como bien no hago ejercicio, no sé qué será lo que no me deja dar ese paso". (Participante de la sesión).

"Muchas veces me he sentido tan triste que no me dan ganas de hacer nada, pero como que al otro día si me siento bien y ya todo pasa". (Participante de la sesión).

Orem (1983), menciona que las personas practican ciertas actividades por sí mismas para mantener la vida, la salud y el bienestar, sin embargo, es preciso que el individuo adquiera la capacidad de reflexión en torno a las operaciones del autocuidado que deben ser incorporadas en su cotidianidad para lograr una mayor capacidad de agencia de autocuidado.

Parte importante para asegurar un adecuado autocuidado, es considerar la higiene como parte de los cuidados diarios, es brindar al cuerpo la atención y limpieza para que funcione sin riesgo de enfermedades. Este posiblemente sea uno de los aspectos menos considerados durante el autocuidado, dado que muchas de las actividades que involucra, al ser de carácter cotidiano, no se les presta la suficiente atención.

DOMINIO 7: Hace referencia a los requisitos de prevención de peligros para la vida y bienestar humano y equilibrio entre actividad y descanso (ítems: 7 y 11).

En el ítem 7, **“Yo puedo buscar mejores acciones para cuidar mi salud que las que tengo ahora”**, se observa que el 100% de las personas están tomando acciones para cuidar la salud y unas de esas acciones es ser participe del proceso de intervención de enfermería en salud mental. Esta decisión puede verse como una habilidad de emprender acciones en pro de mantener un adecuado funcionamiento. En relación con ello, tenemos los siguientes comentarios de las personas participantes:

“Creo que al inicio no sabía a lo que venía y pensaba que era una simple charla motivacional, pero realmente en todo este tiempo me di cuenta lo alejada que estaba de ser mentalmente saludable, me falta mucho camino por delante, pero sé que esto es la base para hacer un cambio en mi vida y dejar de fumar, por ejemplo”. (participante de la sesión).

“Es un sacrificio el venir todos los miércoles, pero realmente he aprendido mucho y lo más importante es que he podido ayudar a alguien más en mi casa con todo lo que he aprendido en estas sesiones, no solo quedarme con lo que me dicen si no investigar más sobre los temas”. (participante de la sesión).

“Después de la primera sesión entre a mi cuarto y vi el desorden que había y me di cuenta de que eso reflejaba como estaba mi vida de desordenada, ese día me quedé hasta muy tarde ordenando cosas y me sentí mejor, hasta dormí bien, ya analizando más tranquilo vi que si hacia lo mismo con mi mente, con mis pensamientos me podía llegar a sentir mejor y por eso estoy acá”. (participante de la sesión).

Velandia (2009), indica que a pesar de que la agencia de autocuidado esté desarrollada, no puede hacerse operativa totalmente; es decir, que por alguna razón la persona tiene la capacidad para cuidar de su salud, pero no lleva a la práctica el uso de esta. Con respecto, a la teoría de déficit de autocuidado explica que el desarrollo, la calidad y el nivel de agencia de autocuidado están afectados por elementos internos y externos al individuo conocidos como factores básicos condicionantes (FBC), que son propios de la persona o del ambiente en que vive.

Esto coincide con la investigación de Navarro (2010), donde se utilizó el sistema de apoyo educativo para el logro de objetivos, sin embargo, se concluye que tener el conocimiento contribuye al cambio de conducta, pero que esto no lo asegura. Por esto cuando se utiliza la teoría de sistemas de Orem, se asume que la persona es capaz de decidir y realizar su propio autocuidado con el apoyo del sistema sustentador educativo de enfermería. ~~por lo tanto~~, es imprescindible incorporar intervenciones destinadas a orientar la toma de decisiones y motivación para el cambio de conductas y asegurar un autocuidado adecuado que contribuya a mantener una mejor calidad de vida.

Esto se logra a partir del conocimiento y fortalecimiento de hábitos de vida saludable, como la alimentación balanceada, actividad física y sobre todo las actitudes y conductas que la persona manifieste con relación a su autocuidado. En definitiva, el conocimiento es una de las capacidades fundamentales que aumentan la disposición para el autocuidado de las personas que se encuentran en estados de alteración de la salud, el tener conciencia y atender a los efectos de sus condiciones y cumplir efectivamente con las estrategias aprendidas, son los aspectos más importantes para alcanzar en el cumplimiento de los requisitos de autocuidado.

Pérez et al (2016) establecen que los hábitos de vida saludable se relacionan con la noción de bienestar, pues son actitudes y patrones de conducta relacionados con la salud, que inciden positivamente en el bienestar físico, mental y social de la

persona que los adquiere. A su vez, se ha sostenido que estas actitudes y patrones de conducta reciben una fuerte influencia del entorno familiar y las escuelas.

Además, indica que lograr la modificación de hábitos no saludables en las personas se da mediante un proceso de motivación y cambios de comportamiento en sus prácticas de autocuidado, los cuales dependen del autoreconocimiento de los sujetos como principales gestores y agentes de su autocuidado. Al tiempo que aprende a modificar la imagen de sí mismo y aceptarse en un estado de morbilidad que le implica adoptar nuevas formas de cuidado, y como finalidad del proceso, se espera que el individuo adquiera la capacidad de tomar mejores decisiones en la práctica diaria de su autocuidado (Pérez et al, 2016).

Por otro lado, el ítem 11, ***“Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo”*** pertenece al dominio número 7, el cual está relacionado con el requisito universal número 5 “El mantenimiento de un equilibrio entre actividad y descanso” y con el componente de poder número 9 ***“Habilidad para ordenar acciones que llevan a la realización final de metas reguladoras de autocuidado”***. Se reciben los siguientes comentarios de las personas participantes:

“Muchas veces me ha pasado, al contrario, digo en la noche, mañana me despierto más temprano para ir a caminar un rato antes del trabajo y al final cuando me toca levantarme no lo logro hacer y cuando voy para el trabajo veo a la gente haciendo ejercicio y me da colera”. (participante de la sesión).

“Yo me inscrito en clases de spinning y al inicio voy contenta después del trabajo, pero a como pasan los días me da como pereza y pongo cualquier excusa para no ir y eso me da rabia que otros si puedan lograr y yo no”. (participante de la sesión).

“A mí me costaba mucho ir al gym después del trabajo por que llegaba a la casa tomaba café y ya me daba pereza salir, entonces tuve la idea de pasar del trabajo

directo al gym y no llegar a la casa ya habiendo cumplido con el ejercicio, me ha costado, pero he tenido mejores resultados, ya que he hecho nuevos amigos que me motivan a lograrlo". (participante de la sesión).

"Me ha costado mucho bajar de peso, pero he ido logrando eso poco a poco y el tener el apoyo de mi familia ha sido fundamental para lograr dar paso hacia un cambio". (participante de la sesión).

Todos estos comentarios coinciden con, lo citado por Rigole et al (2001), al afirmar que la familia, la sociedad y la cultura, son elementos básicos para que la persona pueda satisfacer sus necesidades, pues a través de la interacción del sujeto con dichos elementos, este adquiere el aprendizaje, madurez y herramientas para realizar su autocuidado

Es de relevancia destacar que los requisitos de autocuidado se encuentran relacionados entre sí y de ese punto, se puede afirmar que la interacción social contribuye al mantenimiento de la integridad de la persona, así como en la promoción del funcionamiento y su desarrollo. En esto se resumiría el bienestar personal, que según Johnson et al. (2017), es definido como el alcance de la percepción positiva del estado de salud y de las circunstancias vitales propias que se asocia a la teoría de Orem (1983), la cual indica que cuando la acción intencional es, en esencia una acción para alcanzar un resultado previsto que está precedida por la investigación, reflexión y juicio para evaluar la situación y por una decisión premeditada e intencional de lo que se debe hacer, para así acercarse a un mejor autocuidado.

Entonces se reafirma que la capacidad que tenga una persona para participar en su autocuidado, se le denomina agencia de autocuidado, esta se desarrolla a lo largo de la vida por medio de un proceso espontáneo de aprendizaje. También se establece que el autocuidado es una conducta, se va desarrollando

progresivamente en la vida humana, bajo la rutina de las actividades de la vida diaria, siguiendo un patrón normal, este patrón cambia modificando la agencia de autocuidado.

3.2 Como la intervención de enfermería en salud mental y psiquiatría realizada favoreció el fortalecimiento de las estrategias de autocuidado en las personas cruzojistas participantes.

Los resultados obtenidos en la escala posterior a las 8 sesiones de intervención de enfermería en salud mental y psiquiatría fueron los siguientes, de los diez participantes, cinco participantes obtuvieron resultados entre 63 a 81 puntos lo que significa una agencia de autocuidado regular, los restantes cinco participantes obtuvieron puntajes entre 82 a 96 puntos lo que significa una agencia de autocuidado buena, esto nos reafirma que todos las personas participantes aumentaron su agencia de autocuidado posterior a las intervención realizada.

Importante mencionar, que al utilizar la escala Asa en la etapa de valoración, permitió obtener resultados confiables en relación con la capacidad de agencia de autocuidado de las personas. Al respecto, Leiva et al (2015), indica que esta escala es una herramienta que permite establecer un diagnóstico, en términos de la capacidad de autocuidado o bien para fortalecer la capacidad que presente una persona en aras de la promoción de la salud o prevención de la enfermedad.

Orem (1991), manifiesta que enfermería, como un servicio humano, se ocupa de ofrecer un conocimiento especializado a las personas que requieren un positivo autocuidado. Se entiende que el profesional de enfermería debe comprender los conceptos que constituyen la teoría de déficit de autocuidado para poder desarrollar en las personas la agencia de autocuidado y que existen factores básicos condicionantes, que son propios de la persona o del ambiente en que vive, que

afectan la cantidad, la calidad y la propia capacidad de cuidar de sí mismo que esta persona requiere.

Lo anterior coincide con la motivación del facilitador para llevar a cabo esta intervención de enfermería en salud mental, cuyo objetivo fue fortalecer las estrategias de autocuidado de las personas participantes. A su vez coincide con lo citado por Espinoza et al (2020), quienes refieren, que las acciones de agencia de autocuidado conducen a una reducción de los costos de sistemas de salud, ya que, con un mejor autocuidado las personas se enferman con menos frecuencia, o necesitan menos cuidados de salud.

En relación con esto, Cardozo (2000), afirma que el profesional en enfermería representa un verdadero gerente de cuidado en cuanto a la educación y orientación que se le brinda no solo a la persona, sino a la familia y el entorno, con el fin de brindar un cuidado holístico. Al respecto, se recibió el siguiente comentario de un participante:

“Yo estoy muy agradecido por que existan estas ideas de promocionar la salud y de manera gratis, muchas personas no tienen o no van a tener estas oportunidades en sus vidas y por el comité al permitir crear estos espacios”. (participante de la sesión).

Cabe destacar que, durante toda la intervención realizada, se orientó a mantener el funcionamiento, desarrollo personal y bienestar de la persona en pro de su autocuidado. Esto se logró al aplicar la dinámica grupal, mediante sesiones presenciales y una virtual, en las cuales surgieron múltiples características que definieron al grupo desde la primera sesión, a pesar de que ellos se conocían anteriormente, no todos habían compartido espacios juntos. Al respecto, uno del participante mencionó:

“bueno yo sé quiénes son todos, pero es increíble que nunca nos hemos hablado ya que tenemos diferentes días para prestar servicio, pero esta es una gran

oportunidad para conocernos más y fortalecer este comité”. (Participante de la sesión).

El promover espacios para fortalecer la salud mental, es fundamental para el desarrollo y bienestar del grupo participante y su gestión del cuidado. Tal como plantea, Sánchez (2014), el trabajo en grupo es una estrategia de aprendizaje que favorece la motivación, la participación y facilita la construcción del aprendizaje. La participación de las personas propicio la creación de un entorno agradable mediante una afinidad y respeto, sumándose el compromiso y lazo de pertenecer a una institución que los unió por algún interés en común y facilitó la participación de todos sus miembros de manera natural, segura y espontánea. En relación con esto, se reciben los siguientes comentarios:

“Es increíble como tengo años de conocer a varios y hasta ahora me doy cuenta de cosas que son tan importantes para cada uno”.

“El participar de grupos así me da paz y tranquilidad al saber que no solo yo estoy en la lucha de ser mejor persona o bien que solo a mí me pasan cosas en mi mente, por lo que el escucharlos a todos me da más fuerzas para seguir luchando por estar mejor”.

Dentro de los temas más relevantes experimentados en este proceso, el enfoque género se convirtió en un elemento indispensable para llevar a cabo durante las sesiones, esto con el objetivo de favorecer y complementar el desarrollo del programa de intervención de enfermería en salud mental, con la finalidad de que por medio de las relaciones interpersonales mediadas con el respeto e igualdad, ya que todas las necesidades expuestas acorde al género sean mediante la participación y la validación igualitaria de las personas participantes.

En relación a esto, Faraldo (2007), indica que el concepto de género como constructo social tiene la característica de ser modificable, y de hecho la concepción del género masculino y del género femenino varía en relación con los diferentes momentos históricos, a los diferentes contextos culturales y a los diferentes grupos y clases sociales. El priorizar una adaptación de las personas cruzrojistas para la realización de actividades con enfoque de género facilitó el poder cumplir con este objetivo.

Todo lo anterior se logró mediante el planeamiento de situaciones donde ambos géneros en una zona segura y respetuosa lograran expresar de manera libre, alejados de las presiones sociales y estereotipos, para sentirse que son personas con diferentes necesidades, entre los comentarios mencionaron:

“Me orgullece ver a tantos compañeros hombres incursionando en temas de salud ya que son más difíciles de hacerlos entender, por eso quiero felicitarlos y que motiven a los demás a participar”.

Como parte de las técnicas utilizadas para el fortalecimiento del autocuidado durante la intervención, fue mediante la escucha activa, la validación de sentimientos y emociones, siendo estas dos estrategias importantes para cada uno de ellos y ellas. Asimismo, como lo define el autor Faraldo (2007), el aplicar el enfoque de género es más que incluir la variable sexo en nuestras intervenciones, la perspectiva de género posee todo un potencial explicativo respecto a las relaciones entre mujeres y hombres en un territorio determinado y en cualquier ámbito específico, significa aprender a mirar al mundo de otra forma, desvelando realidades invisibilizadas. Una persona participante manifestó:

“Realmente me sentí en un lugar seguro, donde me puede expresar sin miedo a ser juzgado y exponer cosas personales como el que soy un desordenado, bueno era

un desordenado y para mí el exponer eso hacia los demás es un gran paso para un cambio". (participante de la sesión).

Por otra parte, la comprensión lograda durante toda la intervención fue un paso significativo, para el fortalecimiento continuo de las estrategias de autocuidado aprendidas o bien reforzadas por las personas participantes. Además, se requiere de acciones sostenidas y de un compromiso a lo largo del tiempo, mediante un proceso consciente de introspección personal apoyado por su entorno familiar, laboral y social. Con relación a esto, se recibieron los siguientes comentarios de las personas participantes:

"Yo quisiera que estas charlas no sean solo por cumplir con algo y ya, si no que sea algo que se realice constantemente desde la formación en el comité, ya que se dé casos de compañeros que están pasando por situaciones complicadas". (participante de la sesión).

"A buscar y seguir tratando alternativas para dejar de fumar, meterme a un gym, que me valga menos lo que piensen los demás sobre mí". (participante de la sesión).

"Me comprometo a ser más asertivo con mi familia y mis compañeros, aprender que no solo yo tengo la razón". (participante de la sesión).

"A cuidarme físicamente y manejar mejor mis emociones". (participante de la sesión).

"Me comprometo a expandir más el conocimiento a otras personas sobre lo que aprendí y a seguir aprendiendo más". (participante de la sesión).

"Me comprometo a subsanar malos hábitos en cuanto a la relación interpersonal". (participante de la sesión).

*“Quiero ser más resiliente y asertivo con los demás para poder fluir más”.
(participante de la sesión).*

“Quiero trabajar más mi salud mental y buscar ayuda profesional para llevar sesiones individuales en un futuro”. (participante de la sesión).

“Priorizar las luchas que realmente vale la pena pelear y las que no sacarlas de mi vida rápidamente”. (participante de la sesión).

Cabe destacar, que, esta intervención fue un proceso de enfermería centrado en la comprensión y la empatía, permitiendo a cada participante llevar a cabo su trabajo personal de manera muy libre, donde cualquier situación que ocurriera, esperada o no, se consideró como parte de una historia personal en desarrollo. Este enfoque permitió, que cada persona encontrara su propio camino hacia un mejor autocuidado y lograran reflexionar sobre sus sentimientos, experiencias, como expresar sus emociones, fortalecer su autoimagen, autoconcepto y automotivación, respetando sus tiempos y procesos individuales. Al respecto se recibieron los siguientes comentarios:

“El cuidar la planta durante todos estos meses me llevo ese sentido de pertenencia que pocas veces he sentido y es que es algo que hasta mi hijo se vio involucrado ya que todos los días me decía comentarios sobre la planta, que había que cuidarla porque ella sentía igual que nosotros”. (participante de la sesión).

“Aprendí que no me amaba lo suficiente y pensaba que si lo hacía y que debo mejorar la actitud para poder escuchar y afrontar a las personas”. (participante de la sesión).

“Conocí mejor a mis compañeros, proponerme nuevas metas y cumplirlas, reafirmé que estoy manejando bien mis emociones, amarme más de como soy”. (participante de la sesión). (participante de la sesión).

“Aprendí que debo soltar las cosas que no puedo solucionar”. (participante de la sesión).

“Aprendí a tener nuevas prácticas para mejorar la salud mental, física y emocional”. (participante de la sesión).

“Que debo mejorar mi calma, mi escucha y pensar más antes de actuar, que la vida es un equilibrio y que no soy tan resiliente y asertivo con los demás”. (participante de la sesión).

“Aprendí sobre priorizar mi autocuidado, que debo poner límites, que debo de decir que no mas seguido, que trato de hacer más seguido el ejercicio de la respiración, que primero yo, segundo yo y tercero yo”. (participante de la sesión).

“Aprendí a interiorizarme sobre lo que realmente tengo que dedicarle tiempo para mejorar mi vida y que no me afecte tanto las cosas negativas”. (participante de la sesión).

“El tener el amor propio y hábitos que mejoran tanto mi salud física, mental, además que no puedo tener el control de todo, que debo repartir responsabilidades porque si no me saturo y al final no resuelvo nada”. (participante de la sesión).

Finalmente, se puede concluir que la intervención de enfermería en salud mental y psiquiatría realizada, la cual fue guiada por el proceso de enfermería y la dinámica grupal desarrollada, permitió resultados importantes en el fortalecimiento de estrategias de autocuidado. Evidenciado en el perfil de salida, donde se observó un

aumento en los indicadores de la capacidad de agencia de autocuidado de todas las personas participantes. Demostrando el papel fundamental del profesional de enfermería para incidir y potenciar la salud mental de las personas por medio del desarrollo de estrategias para la promoción de la salud mental en ambientes extrahospitalarios.

V CAPÍTULO

LOS PUNTOS DE LLEGADA

4.1 CONCLUSIONES

- De acuerdo con Jara (2018), los puntos de llegada corresponden al quinto y último momento del proceso de sistematización. Se logró llegar a las siguientes conclusiones:
- Se concluye que la agencia de autocuidado de las personas participantes estaba influenciada por factores externos e internos, dentro de los externos se encontró el trabajo, la sociedad, la familia, las políticas de salud entre otros. Dentro de los factores internos se encontró que la edad, la situación familiar, el estado civil, el género, la desinformación en temas de salud, la escasa participación en programas de salud mental, así como la situación económica, entre otros factores inciden, dado que las circunstancias de la vida puede desequilibrar la toma de decisiones para llevar un mejor autocuidado.
- El reconocimiento de que la automotivación, el autoconcepto, la autoimagen, la autoestima de cada persona son elementos cruciales para lograr un fortalecimiento del autocuidado, se concluye que no es posible trabajar en la mejora del autocuidado, sin antes reconocer la situación real que vive cada

persona y es este reconocimiento el primer paso para el progreso, ya que, aporta una profundidad esencial a la experiencia y al crecimiento personal.

- Existen temas personales y experiencias de vida no resueltas que no se conversan abiertamente, esto lleva como consecuencia un malestar inexplicable que sienten las personas en su vida diaria. El educarse sobre temas de salud mental es crucial para el reconocimiento de emociones y llegar a una discusión puede llevar a aliviar la carga emocional y así mejorar el autocuidado y el bienestar emocional. ~~se concluye que~~ Las intervenciones fueron espacios seguros donde las personas participantes lograron explorar y expresar estos temas, promoviendo así una reflexión sobre sus acciones siendo profunda y significativa
- La implementación de la igualdad de género fue fundamental como estrategia durante las intervenciones, ya que resultó esencial para conseguir que las personas participantes tuvieran la oportunidad de reflexionar sobre la construcción de su masculinidad en un contexto patriarcal, y como las mujeres tienen más posibilidad de fortalecer el autocuidado, dado que tiene mayores posibilidades y accesos a situaciones para mejorarlo.
- Tras la intervención de enfermería en salud mental y psiquiatría, se observó una evolución de la percepción de agencia de autocuidado de las personas participantes, fue medido mediante los resultados obtenidos en la aplicación de escala de ASA al inicio y al final de la intervención. Se concluye que, aunque no se puede afirmar que el autocuidado se haya fortalecido de manera óptima, si se podría definir que las personas participantes lograron un entendimiento profundo de las estrategias implementadas y como inciden en su estado emocional y personal, lo cual es esencial para cualquier proceso de cambio.

- La dinámica grupal como método de intervención, provocó la construcción de una estructura de grupo sólida, ya que, a través del surgimiento de roles establecidos por las mismas personas y orientados hacia los objetivos implementados en las primeras sesiones, facilitó la transición desde un grupo voluntario hacia la consolidación de un grupo sólido que podría denominarse de autoayuda, dado a fue posible conseguir una expresión de las personas participantes, al integrar herramientas terapéuticas para emplear en sus vivencias y relacionarlas con los demás participantes.
- Se concluye que el aporte científico a la profesión de la enfermería con énfasis en salud mental y psiquiatría mediante la implementación de la Teoría del de Dorothea Orem y su gestión del cuidado, permitió la comprensión del proceso adaptativo a estrategias en grupo de personas cruzojistas como herramienta fundamental para el fortalecimiento para el autocuidado.
- Se determina que el proceso de enfermería (PE), es la base científica para generar un adecuado desenvolvimiento de la profesión de enfermería y que inmerso en un proceso de sistematización de experiencias, es la guía ideal para la transformación de las personas participantes durante este proceso.
- El realizar procesos de sistematización de experiencias como método evaluativo final del posgrado en salud mental y psiquiatría, brinda la oportunidad a los profesionales para desenvolverse en escenarios poco tranistados en su formación academia, ya que, se da la construcción de aprendizajes por medio de sesiones de intervención, lo que permite un fortalecimiento y empoderamiento, así como la resolución de situaciones inesperadas durante el proceso.
- La disciplina de enfermería en salud mental, tiene la capacidad mediante la dinámica grupal de desarrollarse en escenarios extrahospitalarios con un fin

seguro y confiable para aplicar todas las estrategias de salud mental y psiquiatría, esto mediante bases científicas y la creación de escenarios donde las personas involucradas puedan fortalecer su autogestión del cuidado.

- Se concluye que la aplicación de la escala de apreciación de la agencia del autocuidado ASA, fue una herramienta fundamental durante toda la intervención, tanto en el perfil de entrada, como salida. Además, facilitó el análisis por medio de los dominios propios de la escala, siendo esto determinante para el alcance de los objetivos.
- Las estrategias implementadas para el fortalecimiento del autocuidado durante la intervención de enfermería en salud mental y psiquiatría, se convirtieron en recursos significativos para el desarrollo de la práctica y generaron conocimientos para la vida de las personas participantes.
- Es indispensable crear espacios de salud mental para las personas cruzrojistas, ofreciendo ambientes seguros para compartir experiencias, recibir validación emocional y desarrollar habilidades de autocuidado. La intervención de enfermería ha demostrado ser un entorno accesible y flexible para abordar temas de salud mental, permitiendo a las personas participantes reflexionar sobre sus estrategias en condiciones éticas y de respeto.

4.2 RECOMENDACIONES

4.2.1 A LA MAESTRÍA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

- Se recomienda ampliar la formación en intervenciones específicas para el autocuidado de poblaciones vulnerables, esto puede incluir la implementación de intervenciones prácticas sobre el uso de estrategias de

enfermería y la comunicación terapéutica en entornos extrahospitalarios, esto para para preparar a los estudiantes futuros en escenarios distintos a los acostumbrados.

- Se sugiere fomentar la investigación sobre nuevas estrategias y tecnologías que mejoren la evaluación del autocuidado en distintos grupos etarios, promoviendo un enfoque multidisciplinario y actualizado.
- Se recomienda dar mayor continuidad con los procesos de sistematización en escenarios no acostumbrados, ya que permiten vivir experiencias transformadoras tanto a los participantes, como al facilitador. Así mismo, se recomienda brindar un mayor acompañamiento individualizado a los estudiantes durante las sesiones ya sean presenciales o virtuales.

4.2.2 A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

- Los profesionales de enfermería deben priorizar el desarrollo de relaciones terapéuticas sólidas y empáticas con las personas, utilizando herramientas de evaluación específicas y validadas para medir autocuidado y su evolución durante las intervenciones, ya que, la participación en programas de capacitación continua sobre temas de salud mental en enfermería y mediante técnicas de apoyo emocional mejorará la eficacia de las intervenciones.
- La utilización de herramientas de virtualidad en la práctica de la enfermería en futuras intervenciones de Salud Mental y psiquiatría, ya que, esto permite ampliar la cobertura de usuarios con requerimientos de atención especializada.
- Para trabajar el autocuidado en salud mental y psiquiatría, se recomienda adoptar un enfoque integral que considere los factores biológicos,

psicológicos y sociales que afectan a las personas, así como incluir estrategias, como tareas terapéuticas que promuevan la reflexión y el autoconocimiento.

- En el ámbito de la salud mental, es esencial profundizar en la comprensión de la situación del autocuidado de cada persona, los profesionales deben crear espacios seguros donde las personas puedan explorar y expresar temas personales no resueltos, ya que, esto permitirá a las personas mejorar su agencia de autocuidado.
- La dinámica grupal es una herramienta accesible y flexible para la intervención de enfermería, pero se recomienda que debe ser complementada, con intervenciones personales para superar sus limitaciones en términos de intimidad y profundidad en las relaciones terapéuticas. Además, es crucial vincular los resultados directos de las intervenciones con el impacto que tiene el uso de la dinámica grupal como herramienta de acceso.
- Resulta necesario integrar la orientación de promoción de estilos de vida saludables (adaptados a las capacidades funcionales de las personas) como estrategias de atención a su propio cuidado en todas las intervenciones que tengan un vínculo con el autocuidado, ya que la adhesión a estas conductas aumenta el compromiso colectivo que asumen los participantes al finalizar el proceso.

4.2.3. A LA CRUZ ROJA COSTARRICENSE

- Se brinda la recomendación sobre la apertura de espacios donde se trabaje la promoción de la salud mental en todos los demás comités de la Cruz Roja, así como parte de la formación académica inicial en todas las personas de nuevo ingreso.

- Se recomienda la creación de una alianza con el posgrado de salud mental y psiquiatría para continuar con un proceso en el futuro, y que más estudiantes de la maestría pueden realizar futuras intervenciones en la institución.
- Por último, se recomienda la creación de una comisión de salud mental a nivel regional y nacional integrada por grupo interdisciplinarios que aborde situaciones de emergencias en personas cruzrojistas y en la población nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alba Sandra, Moreno Zully. (1993). Propuesta de un Plan de Promoción del Autocuidado Para el Paciente. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Disponible en:

<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/8259%20luzcarineespitiacruz.2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Alfaro R. (2014). Aplicación del proceso enfermero. Fundamento del razonamiento clínico.

Álvarez J. Del Castillo F. Fernández D, Muñoz M. (2010). Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Comisión de Cuidados. Dirección de Enfermería de Atención Primaria. Disponible en:

<https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2016/02/MANUAL-VALORACION-NOV-2010.pdf>

Araya et al (2021). Programa educativo de enfermería para el autocuidado dirigido a prevenir la sobrecarga en la persona cuidadora de adolescentes y adultos jóvenes con cáncer, desde la Teoría General de Enfermería de Dorothea Orem

Angarita Olga. (2014). Agencia de autocuidado en hipertensos usuarios de un hospital universitario en Cúcuta. (Colombia). Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522014000200005

Achury D, Sepúlveda G, Rodríguez M. (2008). Validez de apariencia y de contenido de un instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/1452/145212853007.pdf>

Aguilar Rosa, Flórez Magda. (2016). Agencia de autocuidado y factores de riesgo cardiovascular en adolescentes. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002016000200002&lng=en&tlng=es

Acosta L. Amaya Lovo, Moreno Landaverde, Morales E. (2018). Influencia de la motivación en el autocuidado de los voluntarios del cuerpo filial de juventud de Cruz Roja Salvadoreña. Disponible en:

<https://repositorio.ues.edu.sv/items/886d0442-6645-4b1c-8353-8d00db3ef505/full>

Álvarez A, Anaya J, Bonilla L, Cadena J. (2003). Encuesta de conocimiento sobre artritis reumatoide. Disponible en:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-346507>.

Alligood R, Marriner A. (2011). Modelos y teorías en enfermería.

Disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/3658/365834734030.pdf>

Araya Solís, M., Pérez Retana, M. y Quirós Maroto, O. (2020). Caracterización de la población usuaria y de los diagnósticos de la consulta individual de Enfermería en Salud Mental, del Área de Salud San Sebastián-Paso Ancho, Costa Rica.

Disponible en:

<https://doi.org/10.15517/psm.v17i2.39800>

Batres Gioconda, (2001). El lado oculto de la masculinidad. Tratamiento para ofensores. San José, Costa Rica. Disponible en:

<https://giocondabatres.com/descargas/libro%20El%20lado%20oculto%20de%20la%20masculinidad.PDF>

Benavides Oconitrillo, Fernández Delgado. (2017). Programa educativo de enfermería para favorecer la capacidad de agencia de autocuidado, en la población adulta mayor que asiste al "Centro Diurno Coraje y Esperanza" de San Juan, San Ramón, Costa Rica. Disponible en:

<https://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr/items/c8d2742c-8d70-418b-88c9-da50bda66f24>

Bastidas. (2007). Asociación entre la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria. Disponible en:

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12811>

Colegio de Enfermeras de Costa Rica. (2018). ¿Qué es la Enfermería en salud mental y cómo se aborda en las regiones? Boletín de Enfermería, San José: CECR. Disponible en:

<https://boletin.enfermeria.cr/que-es-la-enfermeria-ensalud-mental-y-como-se-aborda-en-las-regiones/>

Correa T. (2016). El autocuidado. Una habilidad para vivir. Disponible en:

<https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/1870>

Cruz Roja Costarricense. (2022). Informe de labores. Disponible en:

<https://cruzroja.or.cr/wp-content/uploads/2023/01/Informe-de-Presidencia%202022.pdf>.

Cardozo, R. (2000). Gerenciamiento de caso de enfermería en el proceso de alta hospitalaria del paciente con lesión tisular.

<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2000/en001-4b.pdf>

Evers G. (1998). Medición del autocuidado. Instrumentos de enfermería. Para

investigación y práctica clínica.

Espinoza Carazo, Hernández Murillo, Rojas Arias, Solís Naranjo, Quesada Campos L. (2020). Estrategias de autocuidado que implementan las docentes de educación preescolar en su trabajo cotidiano en el aula: Una propuesta para fortalecer el autocuidado. San Ramón, Costa Rica.

Disponible en: <https://catalogosiidca.csuca.org/Record/UCR.000627754/Details>

Espitia C. (2011). Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del hospital universitario la samaritana.

Disponible en:

<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/8259>

Espinoza M, Huaiquián J., Sanhueza O, Luengo L. (2020). Validación de escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en adolescentes chilenos. Disponible en:

<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0172>

Fernández, Manrique, Fred Gustavo. (2010). Efecto de la intervención educativa en el sí mismo. Ciencia y enfermería. Disponible en:

<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200009>.

Faraldo Riva, R. (2007). Claves de la Intervención Social desde el enfoque de género. Disponible en:

<http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/85651/QQDCHD>

Gast Hería, Denyes Mary. (1989). Agencia de Autocuidado: Conceptualización y Operacionalización. Disponible en:

<https://www.uv.es/joguigo/materiales-dominio-profesional/agencia.pdf>

Gonzales, P. Chaves, A. (2016) Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo.

Disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/1452/145220480004.pdf>

Gomes R, Nascimento EF. (2010). La producción de conocimiento en salud pública sobre la relación humano-salud. Cuadernos de Salud Pública. Disponible en:

<https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/739469/1/la-produccion-de-conocimiento-en-ciencias-de-la-salud.pdf>

Gaceta (2022) N° 155: Colegio de Enfermeras de Costa Rica, perfil profesional de enfermería especialista en salud mental y psiquiatría. Disponible en:

https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2022/08/17/COMP_17_08_2022.html

Johnson M. Bulechek G. Howard B. McCloskey J. Maas M. (2007). NANDA, NOC y NIC (2º Edición). Barcelona. Disponible en:

<https://cbtis54.edu.mx/wp-content/uploads/2024/04/Interrelaciones-Nanda-Noc-y-Nic-Marion-Johnson-Gloria-Bulechek-Howard-Butcher-Joanne-Mccloskey-Dochiterman-Meridean-Maas-Sue-Moorhead-Euzabeth-Swanson.pdf>

Jara, O. (2018). La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles. Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano CINDE.

Disponible en:

<https://cepalforja.org/sistem/bvirtual/wp-content/uploads/2019/09/La-Sistematizaci%C3%B3n-de-Experiencias-pr%C3%A1ctica-y-teor%C3%ADa-para-otros-mundos-posibles.pdf>

Keijzer, B. (2001). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. En La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde

América Latina. Disponible en:

<http://catedra-laicidad.unam.mx/detalle-articulos-de-interes/251/Hastadonde-el-cuerpo-aguante%3B-g%C3%A9nero%2C-cuerpo-y-salud-masculina>

Leiva Díaz V, Acosta Rojas P, Berrocal Barboza Y, Castro Marín M, Carrillo Sancho E, Watson Guido. (2012). Capacidad de agencia de autocuidado en las personas adultas que padecen artritis reumatoide. Disponible en:

<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/3553>

Leiva, V. (2009). Revista Enfermería Actual en Costa Rica. Disponible en:

http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/448/44812828001/44812828001_1.html

Leiva V, Cubillo K, Porras Y, Ramírez T, sirias, I. (2014). Validación de apariencia, contenido y consistencia interna de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, segunda versión en español. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica. Disponible en:

<https://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i29.19888>.

Lugo H, Salinas F, Restrepo R. (2008). Rehabilitación en Salud. (2ªed). Medellín, Colombia. Disponible en:

<https://books.google.com.cu/books?id=IVo391BayOIC&printsec=copyright#v=onepage&q&f=false>

Leiva-Peña, V., et al. (2021) Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. Rev. Panam. Salud Pública. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8678097/pdf/rpsp-45-e158.pdf>

Miró, Elena, Iáñez M, Cano L. (2002). Patrones de sueño y salud International Journal of Clinical and Health Psychology. Asociación Española de Psicología

Conductual Granada, España. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/337/33720206.pdf>

Matud, M. (2008). Género y Salud. Colombia. Revista Suma Psicológica.

Martínez, L. (2007). La observación y el diario de campo en la definición de un tema de investigación. Disponible en :

<https://escuelanormalsuperiorsanroque.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/01/9-la%20observacin-y-el-diario-de-campo-en-la-definicin-de-un-tema-de-investigacin.pdf>

Monreal, C., Macarro, Muñoz, L. (2011). El adulto: etapas y consideraciones para el aprendizaje.

Ministerio de Salud. (2015). Política Nacional de Salud: Dr. Juan Guillermo Ortíz Guier. San José. Disponible en:

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivosleft/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicasinstitucionales/planes-institucionales/702-politica-nacional-de-salud-dr-juanguillermo-ortiz-guier/file>

Ministerio de Salud. (2012). Política Nacional de Salud Mental 2012-2021.

Navarro Y, Castro M. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es&tlng=es.

Organización Mundial de Salud (2022). Nuevos Métodos de Educación sanitaria en la atención primaria de salud: informe de un Comité de Expertos de la OMS.

Disponible en:

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/38777/WHO_TRS_690_spa.pdf?sequence=1

Organización Panamericana de la Salud. (2013). 43° Consejo Directivo: Reporte de la sesión del comité regional. Disponible en:

https://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd43_14-s.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2014). Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020. Ginebra, Suiza. Disponible en:

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf

Orem D. (2001). Conceptos de práctica. 6a ed. St. Louis Missouri, Estados Unidos de América.

Orem D. (1991), Modelo de Orem: La teoría de enfermería del autocuidado. Teoría general.

Orem, D. (1983). Normas prácticas en Enfermería. Madrid, España.

Pérez, A. (2016). El método comparativo: fundamentos y desarrollos recientes. Disponible en:

<https://sites.pitt.edu/~asp27/USAL/20016>.

Ponce R, González, González Portillo. (2018). Diseño y aplicación de un programa basado en el modelo de habilidades de inteligencia emocional y su influencia en el autocuidado psicológico de los empleados de la Administración Superior del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI). Disponible en:

<https://repositorio.ues.edu.sv/items/5186893e-2a03-476b-a867-ef9b4be1a4af>

Peplau, H. (1990). Relaciones interpersonales en enfermería: Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica.

Prieto Rodríguez, Adriana. (2003). Modelo de promoción de la salud, con énfasis en actividad física, para una comunidad estudiantil universitaria. Revista de Salud Pública. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642003000300005&lng=en&tlng=es

Ramal J. (2015). Intervenciones enfermeras para la reducción de estrés con Mindfulness: Una revisión bibliográfica. Disponible en:

<https://accedacris.ulpgc.es/handle/10553/19327>

Rivera Álvarez L, Díaz P. (2007) Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular. Disponible en:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext%CF%80d=S1652-%2067762007000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

Rodríguez M, Díaz R. (2011) Instrumento para medir las capacidades de autocuidado en los pacientes adultos hospitalizados con terapia intravenosa. Disponible en:

https://www.eumed.net/libros-gratis/2011f/1142%20instrumento_para_medir_las_capacidades_de_autocuidado_en_los_pacientes_adultos_hospitalizados_con_terapia_intravenosa.html

Rigol A, Ugalde M. (2001). Enfermería de salud mental y psiquiatría. (2 Edición).

Sanabria, Otero, Urbina. (2002) Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Disponible en:

https://bvs.sld.cu/%20revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.

Sánchez J. (2014). Psicología de los grupos Teorías, procesos y aplicaciones. Editorial McGraw-Hill. Disponible en:

<https://www.dheducacion.com/wp-content/uploads/2019/02/psicolog%C3%ADa-de-los-grupos.pdf>

Silva, Araújo T. (2017). Sistematización de la atención de enfermería en una unidad penitenciaria con base en la Teoría de Orem. Disponible en:

<https://doi.org/10.5902/2179769222076>

Fernández Alba, Manrique Fred. (2010). Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia. Disponible en:

<https://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532010000200009>

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Curso de posgrado: Maestría de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría de la Universidad de Costa Rica.

Intervención de enfermería en Salud Mental y Psiquiatría para el fortalecimiento de estrategias de autocuidado dirigidas a un grupo de cruzrojistas del Comité Auxiliar en Ciudad Colón.

Nombre de la o el estudiante: Roberto Marín Cascante
29930

Carnet: C-

Nombre de la o el participante:

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: Este estudio corresponde a una práctica profesional del Curso: PF-055 “Residencia Práctica en Salud Mental y psiquiatría-Sistematización”, donde se llevará a cabo una intervención de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, la cual consiste en la implementación de ocho sesiones grupales una vez por semana. El proceso que usted llevará tiene como objetivo principal, fortalecer estrategias para el autocuidado de la salud, tanto física, como mental.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?: Al aceptar participar en este programa, a usted se le realizará lo siguiente: una entrevista inicial, con la cual se pretende conocer datos personales, escalas de medición de autocuidado, actividades grupales, individuales y asignaciones semanales. Se establecerán sesiones presenciales de aproximadamente 80 minutos, una vez por semana; en las cuales se pretende que usted identifique situaciones que están

perjudicando o puedan perjudicar su salud física y mental, con la intención de favorecer su propio autocuidado.

C. RIESGOS: No se usarán procedimientos invasivos como toma de muestras de sangre u otro fluido corporal, ultrasonidos, pruebas de actividad física u otro examen que afecte su integridad física. Si durante el proceso usted presentara alguna situación que le incomodara o alguna duda sobre el mismo, puede consultar a la docente: Máster Maureen Araya Solís, enfermera especialista en salud mental y tutora de este trabajo, por medio del correo: maureen.arayasolis@ucr.ac.cr

D. BENEFICIOS: Como resultado de su participación en este proceso, el beneficio que obtendrá será la adquisición de conocimientos sobre su salud – enfermedad, el desarrollo de estrategias para el fortalecimiento de su autocuidado físico y mental y por ende propiciar una mejor atención en situaciones de emergencias.

E. Antes de dar su autorización, usted debe haber hablado con Lic. Roberto Marín Cascante, carnet N°:C-29930, teléfono: 8749- 33-30, y él, debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica **a los teléfonos 2511-4201 o 2511-5839**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

F. Usted recibirá una copia de esta fórmula firmada para uso personal.

G. Su participación es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento.

H. Su participación es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima.

I. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma del sujeto.

Fecha_____.

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento

Fecha_____.

ANEXO 2. CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO DE ENTRADA

Universidad de Costa Rica

Intervención en salud mental y psiquiatría.

Entrevista semiestructurada de valoración inicial

Responsable: Roberto Marín Cascante.

Percepción- Manejo de salud

- **Padece de alguna enfermedad:** Sano _____ regular _____ enfermizo _____
especifique:

- **Cómo la percibe su salud en este momento:** bien _____ regular _____ mal _____
especificar

- **Ha consumido tabaco alguna vez en su vida:** No _____ Sí _____
Fuma actualmente: No _____ Si _____ **Tiempo de consumo:** _____
Cantidad (número de cigarrillos) al día: _____ a la semana _____, al mes

Lo dejo (fecha) _____
- **Ha consumido bebidas con contenido alcohólico alguna vez en su vida:** No _____
Si _____ **Consume alcohol actualmente:** No _____ Si _____
Tiempo de consumo: _____ tipo _____ cantidad al día, _____ a la semana
_____,
al mes _____
Lo dejo (fecha): _____

- **Realización de ejercicio:** No ____ Si ____

(especifique tipo y horas a la semana):

- **Tratamientos que ha utilizado:** médicos ____ remedios caseros ____

Otro (especifique):

Patrón Nutricional- Metabólico

- **Número de comidas al día** ____ veces.

- **Variaciones de peso en los últimos 6 meses:** ninguno ____ aumentó ____
disminuyó

Peso: _____ kg.

Talla: _____ cm

IMC: _____.

Patrón Actividad y ejercicio

- **Dificultad para movilizarse:** No ____ Si ____ especifique _____.

- **Que actividades de autocuidado que realiza en su tiempo libre**

recreativas _____ domésticas _____

especificar (salida, paseo, ver televisión, etc.)

Patrón Sueño y Descanso

- **Número de horas de sueño nocturno** _____ hrs.
- **Horario de sueño:** de _____ a _____.
- **Siesta:** No ___ Si ___ Motivo: _____ especifique tiempo _____
- **Apoyo y/o rutina para dormir (medicamentos, música, luz, etc.)**
especifique _____.
- **Calidad del sueño:** dificultad para conciliar el sueño No ___ Si ___
especifique _____

- Tiene sueño interrumpido No ___ Si ___
especifique _____

- **17. Se siente descansado al iniciar el día:** Si ___ No ___
especifique _____

Patrón Cognitivo-Perceptivo

- **Dificultad para concentrarse:** No ___ Si ___
especifique _____

- **Dificultad para ver:** No ____ Si ____
especifique _____

Patrón Autopercepción y Concepto de sí Mismo

- **Como considera su personalidad:**

- **Como percibe su imagen corporal:** positiva ____ negativa ____

en ambos casos
especifique _____

- **Conformidad consigo mismo/a** No ____ Si ____
especifique _____

- **Pérdida de interés por las cosas:** No ____ Si ____

especifique

- **Dificultad para tomar decisiones:** No ____ Si ____
especifique

- **Temor a pérdidas o renuncia a algo que le guste:** No____ Si____
especifique

Patrón de Rol-relaciones

- **Estado civil:** _____.
- **Escolaridad:** _____.
- **Profesión y/u ocupación**_____.
- **Sistema de apoyo:** cónyuge____ familia____ vive solo____ vecinos____ amigos____
- **Cuál es su condición en la institución:** Voluntario____ Permanente_____.
- **Cuántos años tiene de pertenecer a la Cruz Roja:** _____años.
- **Cuál es su función dentro de la Cruz Roja:**
Socorrista____ Conductor____ Administrativo____ Junta Directiva____

Patrón de Afrontamiento-Tolerancia al Estrés

- **Manifestaciones que presenta cuando esta estresado:** _____

- **Acciones que realiza para controlar el estrés o la ira:**

- **Frecuencia con la que presenta estas respuestas al estrés:**

1-2 veces al mes_____1-2 veces a la semana___diariamente_____
especifique a que lo atribuye:

ANEXO 3. ESCALA DE APRECIACIÓN DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO

Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado

1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.	(1) Nunca	(2) Casi nunca	(3) Casi siempre	(4) Siempre
2. Reviso si las actividades que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.	(1) Nunca	(2) Casi nunca	(3) Casi siempre	(4) Siempre
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.	(1) Nunca	(2) Casi nunca	(3) Casi siempre	(4) Siempre
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.	(1) Nunca	(2) Casi nunca	(3) Casi siempre	(4) Siempre
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.	(1) Nunca	(2) Casi nunca	(3) Casi siempre	(4) Siempre
6. Me fallan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.	(1) Nunca	(2) Casi nunca	(3) Casi siempre	(4) Siempre
7. Yo puedo buscar mejores acciones para cuidar mi salud que las que tengo ahora.	(1) Nunca	(2) Casi nunca	(3) Casi siempre	(4) Siempre
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.	(1) Nunca	(2) Casi nunca	(3) Casi siempre	(4) Siempre
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.	(1) Nunca	(2) Casi nunca	(3) Casi siempre	(4) Siempre
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.	(1) Nunca	(2) Casi nunca	(3) Casi siempre	(4) Siempre
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llevo hacerlo.	(1) Nunca	(2) Casi nunca	(3) Casi siempre	(4) Siempre
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.	(1) Nunca	(2) Casi nunca	(3) Casi siempre	(4) Siempre
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado	(1) Nunca	(2) Casi nunca	(3) Casi siempre	(4) Siempre

14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.	(1) Nunca	(2) Casi nunca	(3) Casi siempre	(4) Siempre
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.	(1) Nunca	(2) Casi nunca	(3) Casi siempre	(4) Siempre
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.	(1) Nunca	(2) Casi nunca	(3) Casi siempre	(4) Siempre
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.	(1) Nunca	(2) Casi nunca	(3) Casi siempre	(4) Siempre
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligros.	(1) Nunca	(2) Casi nunca	(3) Casi siempre	(4) Siempre
19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.	(1) Nunca	(2) Casi nunca	(3) Casi siempre	(4) Siempre
20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.	(1) Nunca	(2) Casi nunca	(3) Casi siempre	(4) Siempre
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.	(1) Nunca	(2) Casi nunca	(3) Casi siempre	(4) Siempre
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.	(1) Nunca	(2) Casi nunca	(3) Casi siempre	(4) Siempre
23. Puedo sacar tiempo para mí.	(1) Nunca	(2) Casi nunca	(3) Casi siempre	(4) Siempre
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.	(1) Nunca	(2) Casi nunca	(3) Casi siempre	(4) Siempre

Puntaje
De 24 a 43
De 44 a 62
De 63 a 81
De 82 a 96

Interpretación
Muy baja Agencia de Autocuidado
Baja Agencia de Autocuidado
Regular Agencia de Autocuidado
Buena Agencia de Autocuidado

Escala validada para Costa Rica a través del proyecto de investigación N°421-82-330, aplicable a personas mayores de 12 años.
Tomada de: Leiva, V., Cutillo, K., Villalobos, B., Hernández, M., Araya, M. (2017). Manual para la aplicación y uso de la escala de Agencia de Autocuidado ASA, San José, Costa Rica.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

PPCE Programa de Posgrado en
Ciencias de la Enfermería

5 de abril de 2024
PPCE-79-2024

Señora
Gina Retana Castro
Junta Directiva
Cruz Roja Costarricense del comité auxiliar en Ciudad Colón.

Estimada señora:

Reciba un cordial saludo, la presente es para solicitar la autorización para que el estudiante Roberto Marín Cascante, de la Maestría Profesional Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría de la Universidad de Costa Rica, específicamente del Curso Residencia Práctica en Salud Mental-Sistematización, puedan realizar su trabajo práctico con las personas voluntarias de la Cruz Roja costarricense del comité auxiliar en Ciudad Colón.

El objetivo general del curso es desarrollar una Intervención de enfermería en salud mental y psiquiatría para el fortalecimiento de estrategias de autocuidado dirigidas a un grupo de personas voluntarias de la Cruz Roja costarricense del comité auxiliar en Ciudad Colón, esto mediante la aplicación del proceso de enfermería y la metodología de sistematización de experiencias para la elaboración del informe escrito.

El trabajo consiste en realizar ocho sesiones grupales de una hora, las cuales se realizarán de manera presencial. Se pretende que sea un grupo de 15 a 20 personas máximo. Los criterios de inclusión son personas que quieran participar voluntariamente y asuman el compromiso de participar en todas las sesiones.

Este cuadro es una propuesta de las fechas en que se pretende realizar los talleres, el día y hora va a quedar sujeto a la disponibilidad de las personas participantes:



Teléfonos: 2511-2092 / 2511-2096 / 2511-3718, Sitio web: www.sep.ucr.ac.cr / Correo electrónico: enfermeria@sep.ac.cr



Cruz Roja Costarricense
Comité Auxiliar en Ciudad Colón

08 de abril del 2024
CRC-AL-CiudadColón-0066-2024

Sra. Mauren Araya Solís
Directora
Programa de Posgrado en Ciencias de la Enfermería
Universidad de Costa Rica

Estimada señora:

Reciba un cordial saludo.

Es un gusto autorizar al señor Marín para que realice la práctica del curso Residencia Práctica en Salud Mental-Sistematización en nuestro comité.

Cabe mencionar que nos sentimos sumamente complacidos de ser tomados en cuenta para esta actividad.

Cordialmente,

GINA PATRICIA RETANA CASTRO (FIRMA)
PERSONA FISICA, CPF-01-0826-0167.
Fecha declarada: 08/04/2024 11:57:33 AM
Esta es una representación gráfica únicamente,
verifique la validez de la firma.

Gina Retana Castro
Administradora
Comité Auxiliar en Ciudad Colón
Cruz Roja Costarricense

Fundado el 23 de setiembre de 1976
Ciudad Colón, 125 mtrs sur del Parque Recreativo Juan Rafael Mora
Teléfono Emergencia 2249-1126 - Teléfono Administrativo 2249-2093
Fax: 2249-2093 / Apdo Postal 36-6100 / www.cruzroja.or.cr / ciudadcolon@cruzroja.or.cr

ANEXO 6. PLANEAMIENTO DE SESIÓN 2

Realizar una valoración inicial para la definición del perfil de entrada de la intervención de enfermería en salud mental y psiquiatría mediante un espacio para las persona participantes se identifique consigo misma, así como los contenidos para abordar a lo largo de la intervención y ofrecer un espacio de reflexión en torno al autocuidado.

Objetivos específicos	Contenidos	Estrategia	Actividad de aprendizaje	Metodología evaluación	Materiales	Tiempo	Responsable
Generar un ambiente de confianza con los participantes.	Descripción de los objetivos de la sesión	Reunión presencial grupal con participantes	Retroalimentación de experiencias de la sesión anterior.	Respuestas de los participantes sobre la pregunta generadora	Presentación canva Computadora Proyector	20 minutos	Roberto Marín Cascante
Descripción en torno a los elementos estresantes, desde las experiencias cotidianas de las personas participantes, tomando en cuenta factores internos y externos.	Descripción de las habilidades y actividades para el fortalecimiento del auto cuidado.	Exposición magistral del facilitador.	Actividades para la gestión y priorización de emociones	¿Qué me genera estrés? Conversatorio sobre principales elementos teóricos con relación a las situaciones estresantes mediante los factores internos y externos	Presentación canva Computadora Proyector	40 minutos	Roberto Marín Cascante
Aplicación de técnica de relajación guiada.	Descripción del objetivo de la reflexión	Fomentar la reflexión sobre el auto cuidado en los participantes	Retroalimentación de experiencias sobre la reflexión el leñador	Respuestas de los participantes sobre la reflexión el leñador	Presentación canva Computadora Proyector	20 minutos	Roberto Marín Cascante

ANEXO 7. PLANEAMIENTO DE SESIÓN 3

Objetivo general: Fomentar un espacio donde se les eduque con los cinco pilares del autocuidado como estrategia para el fortalecimiento del auto cuidado, así como la aplicación de la técnica STOP para mejorar la resolución de situaciones.

Objetivos específicos	Contenidos	Estrategia	Actividad de aprendizaje	Metodología evaluación	Materiales	Tiempo	Responsable
Generar un ambiente de confianza con los participantes.	Descripción de los objetivos de la sesión	Reunión presencial grupal con participantes Aplicación de actividad rompe hielo Pregunta generadora: “¿Qué fue lo mejor de la semana que acaba de pasar?”	Retroalimentación de experiencias de la sesión anterior.	Respuestas de los participantes sobre la pregunta generadora “¿Qué fue lo mejor de la semana que acaba de pasar?”	Recursos para aplicación de pregunta generadora	20 minutos	Roberto Marín Cascante
Explicar las habilidades y actividades para el fortalecimiento del auto cuidado	Descripción de las habilidades y actividades para el fortalecimiento del auto cuidado.	Exposición magistral del facilitador. Definición de auto cuidado y sus estrategias para el fortalecimiento y sus 5 pilares para la salud.	Aplicación del registro diario sobre actividades diarias como el sueño, alimentación y actividad física.	Respuestas de los participantes en el registro de actividades diarias como el sueño, alimentación y actividad física.	Presentación canva Computadora Proyector	40 minutos	Roberto Marín Cascante
Aplicación de reflexión grupal “el leñador”	Descripción del objetivo de la reflexión	Fomentar la reflexión sobre el auto cuidado en los participantes	Retroalimentación de experiencias sobre la reflexión el leñador	Respuestas de los participantes sobre la reflexión el leñador	Presentación canva Computadora Proyector	20 minutos	Roberto Marín Cascante

ANEXO 8. PLANEAMIENTO DE SESIÓN 4

Objetivo general: Fomentar los estilos de vida saludables como estrategia para el fortalecimiento del autocuidado de las personas participantes, así como la integración grupal.

Objetivos específicos	Contenidos	Estrategia	Actividad de aprendizaje	Metodología evaluación	Materiales	Tiempo	Responsable
Explicar la importancia de la implementación de un estilo de vida saludable.	Descripción de los objetivos de la sesión.	<p>Reunión presencial grupal con participantes.</p> <p>Aplicación de actividad rompe hielo.</p> <p>Pregunta generadora:</p> <p>¿Cuándo fue la última vez que hicieron ejercicio?</p>	Retroalimentación de experiencias de la sesión anterior.	Comentarios y respuestas de los participantes ante la pregunta generadora.	<p>Presentación canva</p> <p>Computadora</p> <p>Proyector</p> <p>Tenis</p> <p>Ropa deportiva</p>	20 minutos	Roberto Marín Cascante
Realización de actividad física (caminata) .	<p>Definir autocuidado con énfasis en la salud físicas:</p> <p>Alimentación.</p> <p>Actividad física.</p> <p>Sueño y descanso.</p>	<p>Exposición magistral del facilitador.</p> <p>Definición de las actividades y beneficios del autocuidado.</p> <p>Físico</p> <p>Realización de ejercicios de "Ejercicios de estiramiento "</p>	Realización de caminata de aproximadamente 5 kilómetros	Comentarios de los participantes previa, durante y posterior a la caminata.	<p>Presentación canva</p> <p>Computadora</p> <p>Proyector</p> <p>Tenis</p> <p>Ropa deportiva</p>	90 minutos	Roberto Marín Cascante
<p>Aplicación de reflexión grupal por medio de la frase:</p> <p>¡Quien no saque tiempo para la salud deberá sacar tiempo para la enfermedad!</p>	Descripción del objetivo de la reflexión	Fomentar la reflexión sobre el autocuidado en los participantes.	Retroalimentación de experiencias sobre la reflexión.	Respuestas de los participantes sobre la reflexión.	<p>Presentación canva</p> <p>Computadora</p> <p>Proyector</p>	20 minutos	Roberto Marín Cascante

ANEXO 9. PLANEAMIENTO DE SESIÓN 5

Objetivo general: Fomentar la implementación de un estilo de vida saludable mediante la caminata como estrategia para fortalecer el autocuidado de los participantes.

Objetivos específicos	Contenidos	Estrategia	Actividad de aprendizaje	Metodología evaluación	Materiales	Tiempo	Responsable
Explicar la importancia de la implementación de la actividad física (caminata) para fortalecer la salud mental, creando un estilo de vida saludable por medio de la relajación, la integración social y la relación con la naturaleza.	<p>Descripción de los objetivos de la sesión.</p> <p>Definir autocuidado con énfasis en la Actividad física</p> <p>Explicar los beneficios de realizar la actividad de caminar para la salud mental.</p>	<p>Reunión presencial grupal con participantes.</p> <p>Aplicación de actividad rompe hielo.</p> <p>Pregunta generadora: ¿Cuándo fue la última vez que hicieron ejercicio?</p> <p>Realizar caminata aproximadamente 5km de distancia.</p>	<p>Realizar preguntas sobre la salud mental y del autocuidado durante el refrigerio de la caminata al 2.5 km.</p> <p>Retroalimentación de los participantes a las preguntas durante el refrigerio.</p>	<p>Comentarios y respuestas de los participantes ante la pregunta generadora.</p> <p>Comentarios y respuestas de los participantes ante las preguntas</p>	<p>Presentación canva</p> <p>Computadora</p> <p>Proyector</p> <p>Tenis</p> <p>Ropa deportiva</p> <p>Recorrido de caminata.</p>	90 minutos	Roberto Marín Cascante
<p>Aplicación de reflexión grupal por medio de la frase:</p> <p>¡Quien no saque tiempo para la salud deberá sacar tiempo para la enfermedad!</p>	Descripción del objetivo de la reflexión.	Fomentar la reflexión sobre el autocuidado en los participantes.	Retroalimentación de experiencias sobre la reflexión.	Respuestas de los participantes sobre la reflexión.	<p>Presentación canva</p> <p>Computadora</p> <p>Proyector</p>	20 minutos	Roberto Marín Cascante

ANEXO 10. PLANEAMIENTO DE SESIÓN 6

Objetivo general: Facilitar un espacio para la expresión de afirmaciones relacionadas con la autoimagen y autoconcepto y autoestima a partir de identificación de las afirmaciones de las participantes consigo mismas y su definición del yo.

Objetivos específicos	Contenidos	Estrategia	Actividad de aprendizaje	Metodología evaluación	Materiales	Tiempo	Responsable
Implementar un ambiente de confianza y de cohesión grupal con los participantes	Descripción de los objetivos de la sesión. Aplicación de actividad rompe hielo “Dos verdades y una mentira” .	Incentivar la cohesión grupal mediante la participación de los participantes.	Fortalecer la unión grupal y evaluar el nivel de conocimiento entre los participantes.	Respuestas de los participantes sobre la actividad rompe hielo.	Recursos para aplicación de actividad rompe hielo.	15 minutos	Roberto Marín Cascante
Desarrollar una actividad de reflexión personal mediante la técnica del dibujo de un autorretrato.	Aplicación de técnica de dibujo de un autorretrato. “Dibujemos mi autoimagen y mi auto concepto”	Fomentar mediante el dibujo la reflexión sobre la importancia de la autoimagen,	Realizar un dibujo en cartulina de la silueta de cada uno donde será rellena por palabras que describan su auto concepto y autoestima.	Comentarios de los participantes al finalizar la actividad ante los cuestionamiento del por qué dibujaron eso.	Cartulina. Pilots. Música relajante	20 minutos	Roberto Marín Cascante
Explicación los conceptos de autoimagen, autoestima, autoconocimiento como estrategia para el fortalecimiento del auto cuidado y la salud mental.	Descripción los conceptos, diferencias, características y técnicas para fortalecer el auto cuidado.	Exposición magistral del facilitador.	Cuestionamientos a los participantes sobre sus estrategias para el desarrollo de su autoconcepto, autoestima y autoimagen	Respuestas de los participantes ante los cuestionamientos.	Presentación canva Computadora Proyector	30 minutos	Roberto Marín Cascante

ANEXO 11. PLANEAMIENTO DE SESIÓN 7

Objetivo general: Descripción de las cinco claves descritas por Daniel Goleman para lograr ser inteligente emocionalmente, esto como una estrategia para el fortalecimiento del auto cuidado.

Objetivos específicos	Contenidos	Estrategia	Actividad de aprendizaje	Metodología evaluación	Materiales	Tiempo	Responsable
Implementar un ambiente de confianza y de cohesión grupal con los participantes	Descripción de los objetivos de la sesión. Aplicación de actividad rompe hielo “Dos verdades y una mentira”	Fomentar la cohesión grupal mediante la participación de los participantes.	Respuestas de los participantes sobre la actividad rompe hielo.	Respuestas de los participantes sobre la actividad rompe hielo.	Recursos para aplicación de actividad rompe hielo.	15 minutos	Roberto Marín Cascante
Explicación del concepto de inteligencia emocional como estrategia para el fortalecimiento del auto cuidado y la salud mental.	Descripción los conceptos, diferencias, características y técnicas para fortalecer el auto cuidado mediante la inteligencia emocional	Exposición magistral del facilitador.	Identificar los conocimientos adquiridos sobre la inteligencia emocional.	Respuestas de los participantes ante los en el Kahoot.	Presentación canva Computadora Proyector	30 minutos	Roberto Marín Cascante

ANEXO 12. PLANEAMIENTO DE SESIÓN 8

Objetivo general: Descripción de los conceptos de resiliencia y asertividad como estrategia para el fortalecimiento del auto cuidado, además de implementar una retroalimentación sobre las experiencias de los participantes sobre el autocuidado y su importancia como estrategia para fortalecer la salud mental.

Objetivos específicos	Contenidos	Estrategia	Actividad de aprendizaje	Metodología evaluación	Materiales	Tiempo	Responsable
Implementar un ambiente de retroalimentación de los temas aplicados con los participantes	Aplicación de actividad rompe hielo mediante un Kahoot mediante preguntas de los temas anteriormente vistos.	Fomentar la retroalimentación mediante la participación.	Respuestas de los participantes sobre la actividad rompe hielo.	Resultados de los participantes sobre la actividad rompe hielo.	Recursos para aplicación de actividad rompe hielo.	15 minutos	Roberto Marín Cascante
Explicación los conceptos de asertividad y resiliencia como estrategias para el fortalecimiento del auto cuidado.	Descripción del conceptos, características y técnicas para fortalecer el auto cuidado mediante la asertividad y la resiliencia.	Exposición magistral del facilitador.	Identificar los conocimientos adquiridos sobre la asertividad y resiliencia como estrategias para fortalecer el autocuidado mediante.	Respuestas de los participantes.	Presentación canva Computadora Proyector	20 minutos	Roberto Marín Cascante
Aplicación de escala de agencia de autocuidado a participantes.	Conocer la agencia de autocuidado de los participantes posterior a las sesiones.	Comparación de resultados con la primera aplicación de la escala.	Respuestas de los participantes en la escala.	Resultados de las respuestas de los participantes en la escala.	Recursos para la aplicación de escala.	20 minutos	Roberto Marín Cascante

Explorar las experiencias de sistematización asociadas al conocimiento adquirido sobre la salud mental y el autocuidado de los participantes	Aplicación de actividad rompe hielo: “El Árbol del Autocuidado”	Fomentar la retroalimentación mediante la participación.	Reflexión de los participantes sobre las técnicas aprendidas en el proceso de sistematización.	Respuestas de los participantes sobre la actividad cierre.	Recursos para aplicación de actividad rompe hielo.	40 minutos	Roberto Marín Cascante
--	---	--	--	--	--	------------	------------------------

ANEXO 13. TABLA DE RESULTADOS DE APLICACIÓN DE ESCALA

Distribución respuestas por de ítems

Ítem		Nunca	%	Casi Nunca	%	Casi Siempre	%	Siempre	%
1	A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.	0	0%	3	30%	5	50%	2	20%
2	Reviso si las actividades que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.	2	20%	1	10%	5	50%	2	20%
3	Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.	0	0%	3	30%	6	60%	1	10%
4	Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.	0	0%	2	20%	5	50%	3	30%
5	Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.	0	0%	5	50%	3	30%	2	20%
6	Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo	0	0%	4	40%	5	50%	1	10%
7	Yo puedo buscar mejores acciones para cuidar mi salud que las que tengo ahora.	0	0%	0	0%	4	40%	6	60%
8	. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.	2	20%	1	10%	3	30%	4	40%
9	Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.	2	20%	4	40%	3	30%	1	10%
10	Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.	0	0%	1	10%	6	60%	3	30%

11	Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llevo hacerlo.	2	20%	1	10%	3	30%	4	40%
12	Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.	2	20%	3	30%	3	30%	2	20%
13	Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.	1	10%	5	50%	3	30%	1	10%
14	Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.	0	0%	2	20%	3	30%	5	50%
15	Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.	0	0%	2	20%	2	20%	6	60%
16	He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.	0	0%	3	30%	5	50%	2	0%
17	Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.	2	20%	2	20%	3	30%	3	30%
18	Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.	0	0%	0	0%	7	70%	3	30%
19	Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.	1	10%	1	10%	6	60%	2	20%
20	Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.	0	0%	3	30%	6	60%	1	10%
21	Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.	0	0%	0	0%	7	70%	3	30%
22	Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.	2	20%	1	10%	4	40%	3	30%

23	Puedo sacar tiempo para mí	1	10%	2	20%	4	40%	3	30%
24	A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta	0	0%	2	20%	6	60%	3	30%