



PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD**  
**CATÓLICA**  
DEL PERÚ

**FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS**

**ESPECIALIDAD DE PSICOLOGIA**

**Agentes comunitarios de la salud y estrategias de autocuidado de  
la salud mental en un distrito de Chincha**

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en  
Psicología Clínica que presenta

La bachillera:

Aurora Luz Salas Sánchez

Asesora: Mag. Miryam Rivera Holguín

Lima, 23 de agosto del 2016

## Agradecimientos

En primer lugar, agradezco a Dios por brindarme fortaleza para sobrellevar los obstáculos que se presentaron en el transcurso de este proyecto y a lo largo de la vida académica. J.P. gracias por darme la dicha de ser mamá de un hijo maravilloso y por tu valioso apoyo económico que me permitió cumplir esta meta. Gracias Rodri por tu paciencia y comprensión al cederme algunas veces parte del tiempo que te era exclusivo para dedicarlo a este proyecto.

A mi familia materna, papá Nemecio, siento tu presencia, aún en tu ausencia, gracias a ti y mi mamá Aurorita por sus enseñanzas e inculcarme los valores que son la base de mi vida. Viejita gracias por soportarme y brindarme soporte durante la vida universitaria cuando más lo necesitaba. A mis tíos que a pesar de la distancia siempre están apoyándome.

A Miryam mi asesora, por acompañarme durante todo el proceso; insistiendo a perfeccionar esta investigación, mientras completaba los requisitos para su formalización, sin perder la esperanza de que pudiera llegar a la meta final.

A la Mag. Córdoba Jefa del establecimiento de salud, por la cálida acogida y por facilitar el contacto con los participantes de este estudio.

Principalmente, gracias a los 13 agentes comunitarios que abrieron la puerta de sus domicilios y compartieron conmigo sus valiosas experiencias sobre el cuidado de su salud y labor en beneficio de la comunidad.

A Tesania, Karina y Maritè por introducirme en la Psicología Clínica Comunitaria y permitir el primer acercamiento con los agentes comunitarios.

A Luciana, Don Eloy y Benji miembros del Proyecto Reconstruyéndonos, de la DARS que fueron la carta de recomendación que permitió iniciar esta investigación y a Katherine por sus acertadas recomendaciones para mejorar este trabajo.

Por último, mi profundo agradecimiento a todas las personas que no menciono pero ayudaron a mover el timón del barco que transportaba esta investigación y le permitieron llegar a un buen puerto.

## **Agentes comunitarios de la salud y estrategias de autocuidado de la salud mental en un distrito de Chincha**

### **Resumen**

La investigación sobre el agente comunitario de la salud y sus formas de procurar el autocuidado, es un vacío en la literatura científica tanto en el Perú y otros países de Latino América. El presente trabajo tiene por objetivo explorar las estrategias de autocuidado de la salud mental de un grupo de pobladores que se dedican a esta labor tomando en cuenta el concepto integral de salud. El diseño metodológico de este estudio se desarrolló de acuerdo a la perspectiva cualitativa, para ello se abordó a cada uno de los participantes en base a una guía semiestructurada de entrevista. Los resultados de la investigación evidencian que las estrategias de estos colaboradores de la salud radican en recurrir a las redes de soporte, las cuales se extienden al soporte utilitario brindado por instituciones públicas y privadas con el fin de mejorar la calidad de vida de la comunidad, para ello despliegan virtudes y fortalezas desarrolladas a lo largo de la vida. Asimismo, recurren a estrategias basadas en creencias y tradiciones culturales propias de su distrito, prevaleciendo las creencias religiosas basadas en la fe Católica y los rituales relacionados. Por otro lado, sus conductas están orientadas a prevenir riesgos; en primer término, siguiendo las recomendaciones del MINSA. No obstante, se evidencia que los participantes realizan conductas que afectan su salud y que a largo plazo resultarían en la adquisición de una enfermedad crónica. Asimismo, los hallazgos reflejan que los participantes priorizan el trabajo y las labores cotidianas, postergando el atender dolencias existentes, las cuales son atendidas cuando su vida está en peligro.

**Palabras clave:** autocuidado, agente comunitario de la salud, salud mental, enfermedad, prevención.

## **Community agents of health and self-care strategies for mental health in a district of Chincha**

### **Abstract**

Research about community health workers and ways of seeking self-care almost don't exist in the scientific literature, both in Peru and other Latin American countries. This investigation aims to explore strategies for self-care of a group of people engaged in this work taking into account the holistic concept of health. The methodological design of this study was carried out according to the qualitative perspective, for this reason was necessary to do interviews, these were conducted based on a semi-structured interview guide with each of the participants. The research results show that the strategies of these health collaborators are based in resorting to the social support, which extend to the support provided by public and private institutions in order to improve the quality of life of the community, for that reason they use their abilities, virtues and strengths developed during their life. Also they resort to strategies based on religious beliefs and cultural traditions, mainly their belief in the Catholic faith and rituals related. Also, their behaviors are aimed at preventing risks primarily as recommended by the Ministry of Health. However, it's evident that participants perform behaviors that affect their health which after result in the acquisition of a chronic disease. Finally participants prioritize work and daily chores; they sometimes postpone curing existing ailments, which they'll cure when their life is at risk.

**Key words:** self-care, community health worker, mental health, disease, prevention.

## Tabla de Contenidos

<b>Introducción</b>	1
<b>Método</b>	13
Participantes	13
Técnicas de recolección de información	15
Procedimiento	15
<b>Resultados y discusión</b>	17
<b>Conclusiones</b>	37
<b>Limitaciones y recomendaciones</b>	37
<b>Referencias</b>	39
<b>Anexos:</b>	
A. Consentimiento informado	54
B. Guía de entrevista	55
C. Libro de códigos	56

## Introducción

Uno de los factores decisivos que hicieron surgir en los profesionales nuevas formas de ver la salud, es que las principales causas de muerte ya no se debían sólo a enfermedades infecciosas sino que provenían de estilos de vida y conductas no saludables, las cuales ocasionaban al sistema un elevado coste económico; a consecuencia de lo anterior, hubo un cambio de pensamiento que inició en Canadá con el reporte del Ministro de Salud Marc Lalonde en 1974, que fue continuado en EEUU y posteriormente en Europa, cambiando las prioridades de salud pública, destinándose una elevada cantidad de recursos hacia la prevención y educación sanitaria; en otras palabras, se dejó de ver a la salud como algo que conservar, sino algo a desarrollar (Becoña & Oblitas, 2004; Oblitas, 2008; Avila-Agüero, 2009).

No obstante, en América Latina las ideas del movimiento de la promoción de la salud se hallaron con una realidad marcada por la pobreza y desigualdad, originando un traslado del enfoque a asuntos estructurales; es decir, que más que prácticas educativas orientadas a los cambios de conducta, la promoción de salud en esta parte del hemisferio priorizó los procesos comunitarios orientados hacia los cambios sociales (Carvalho & Buss, 2008).

Posteriormente en 1978 mediante la Declaración de Conferencia de Alma-Ata y La Carta de Ottawa de 1986, se propuso como enfoque central de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), la reorientación de los recursos hacia el cuidado básico, la prevención y promoción de la salud considerando que esta consiste en brindar a los pueblos los medios a fin de mejorar su salud y que el propio individuo ejerza control sobre la misma (Organización Panamericana de la Salud (OPS) & Organización Mundial de la Salud (OMS), 2003; (OMS), 2006).

Por su parte, la OPS (2006) señala dos dimensiones importantes en el contexto de la APS a fin de promover la salud en las comunidades. La primera se refiere a que el cuidado de la salud rebasa la esfera individual e incluso familiar, extendiéndose a que los ciudadanos se posesionen de la estructura de los servicios de salud a fin de vigilar y exigir que estos satisfagan sus necesidades. La segunda dimensión a tener en cuenta, es que los servicios de salud deben tener presente el componente cultural al promocionar la salud.

En este sentido, los Agentes Comunitarios de la Salud (ACS) como miembros de la comunidad, han asumido en forma voluntaria un rol activo y protagónico en el

cuidado de la salud de la población, trabajando de manera coordinada con el personal de salud y otros actores sociales (OPS, 2010). En el caso del Perú el agente comunitario de la salud es una persona que conoce y comparte la vida cotidiana de su comunidad, el cual ha sido capacitado a fin de promover el cuidado, comportamientos y entornos saludables (Instituto Peruano en Derechos Humanos y la Paz (IPEDEHP), 2008). Asimismo, estos personajes representan el eje entre el equipo profesional de salud y las comunidades, teniendo un rol de traductor de la ciencia y lo popular, facilitando el acceso al servicio de salud de los pobladores en un nivel intercultural (Cavalli & Maggoso, 2006). En este grupo se incluyen los voluntarios en salud, promotores de salud, la partera tradicional, delegado de salud, vigías de salud, agente pastoral de salud, así como los visitadores de pacientes, donde todos estos son reconocidos y la vez capacitados por el personal de salud (Ministerio de Salud (MINSA), 2007).

En el Perú las bases teóricas para la promoción de la salud se desarrollan a través de la Dirección General de la Promoción de la Salud (DGPS), cuyo propósito es implementar iniciativas que aporten a la creación de una cultura de salud a fin de mejorar la calidad de vida de las personas; estas bases consideran los enfoques de equidad y derechos de salud; equidad de género e interculturalidad; abogacía y política pública; comunicación y educación; la participación comunitaria y empoderamiento social referido a que la población sea capaz de ejercer el control sobre los determinantes de salud (MINSA, 2005; 2005a). Los determinantes de la salud señalados es el nombre colectivo que se le da a los factores y a las condiciones que influyen en la salud de los pueblos (MINSA, 2005b).

Por su parte, los Lineamientos de la Política Sanitaria en el Perú, que se desprenden de los señalados por la Carta de Ottawa, hacen énfasis en la prevención de la enfermedad y sus secuelas; además de detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez que se ha establecido (MINSA, 2004; Acevedo, Martínez & Estario, 2007). Asimismo, mediante la promoción de estilos de vida saludables se trata de conocer aquellas conductas que mejoran o de lo contrario perjudican la salud de los individuos, lo cual alude a todas aquellas acciones realizadas por el hombre que influyen en la probabilidad de alcanzar consecuencias físicas y fisiológicas instantáneas que a largo plazo tienen repercusiones negativas en su bienestar físico y en la vejez (Oblitas, 2008). En este sentido, el autocuidado y la participación activa de la comunidad serían una estrategia fundamental a fin de promover estilos de vida saludables y la práctica de conductas de salud (MINSA, 2004).



El mencionado término autocuidado, está influenciado por la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem; para esta autora se definiría como: *“la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar”* (Orem, 2001, p.43).

Posteriormente, como refiere Gantz (1990), este constructo es utilizado en varias disciplinas de la salud, siendo una de ellas la psicología. Sin embargo, el término autocuidado halló su lugar dentro de la denominada psicología de la salud, la cual tiene sus antecedentes teóricos y prácticos en los modelos de la psicología clínica y más tarde aparece ligada a la psicología comunitaria, que desarrolla un enfoque social y comunitario para atender los problemas de salud, pero tiene mayor vinculación con la salud mental que la salud en general (Martín, 2003).

Un aporte de enriquecimiento de la salud mental, es el desarrollo de las prácticas de autocuidado, el cual es concebido como una filosofía orientada al desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de autonomía y autoeficacia, y que se relacionan con las capacidades de manejar eficientemente el locus de control personal orientado al desarrollo de prácticas saludables y de mantención de un estado biopsicosocial-espiritual equilibrado y por ende, de la promoción del bienestar subjetivo de las personas (Fisher, 2007).

El Ministerio de Salud (2009), define al autocuidado como la capacidad de las personas de asumir voluntariamente la responsabilidad del cuidado de la salud, lo cual implica el autoconocimiento, la autoestima y el cuidado, a fin de prolongar la condición de estar saludable, previniendo la aparición de enfermedades, retardando estas a las etapas más tardías de la vejez y evitando complicaciones al aparecer estas. Asimismo, el autocuidado es aprendido y al ser aplicado se adoptan y se promueven estilos de vida saludables en beneficio personal, de la familia, la comunidad y el estado (MINSA, 2009; Centro de Asistencia y Promoción integral de la Salud (APIS), 2010).

A partir de lo anterior, Tobón & García (2004) manifiestan que el autocuidado abarca una esfera individual que a la vez favorece el autocuidado colectivo, el cual se refiere a las acciones cooperativas que son planteadas y desarrolladas por los miembros de una familia, grupo o comunidad; a fin de obtener un medio físico, social afectivo y solidario, teniendo como premisa el bien común. En este sentido, los agentes comunitarios son los que acompañan en el proceso de generación de capacidades para el autocuidado de la salud de las familias y la comunidad (MINSA, 2011).

Por otro lado, para realizar un cuidado integral de la salud, se debe tener en cuenta la noción propuesta por la OMS (1946), donde se define a esta como un concepto amplio y positivo: *“es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”* (p.1). Asimismo, el funcionamiento de las áreas mentales, físicas y sociales son interdependientes y no pueden existir solas (OMS, 2004).

A partir de lo anterior, resulta erróneo hablar de salud física, salud mental o salud social; es por ello que al abordar una dimensión en particular, es pertinente utilizar el término bienestar; es decir, bienestar físico, bienestar, mental y bienestar social; en tal sentido, se debe tomar en cuenta que la salud física se define en general, como un estado de equilibrio y buen funcionamiento del organismo y de sus órganos; extendiendo esta definición hacia la dimensión mental, se refiere a extender e involucrar este estado de equilibrio y bienestar hacia las dimensiones cognitivas, psicoemocionales, conductuales y relacionales (Ministerio de Planificación y Cooperación de Chile (MIDEPLAN), 2009).

De acuerdo a Ryan & Decy (2001), el mencionado término bienestar es un concepto complejo que se refiere a la experiencia óptima y el funcionamiento. A la vez, la noción de bienestar está incluido dentro de un universo conceptual amplio el de calidad de vida, que es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe el grupo o individuo; además de lograr la felicidad, satisfacción y recompensa (Devis, 1995; Oramas, Santana, & Vergara, 2006). En resumen, la noción de salud: *“implica un estado de equilibrio entre la corporeidad, la subjetividad y la relación con el entorno físico y social”* (MIDEPLAN, 2009, p.30).

Por su parte, el bienestar psicológico y el bienestar social han sido utilizados ampliamente como medida de salud mental (Zubieta & Delfino, 2008). La perspectiva de bienestar psicológico de Ryff (1995), no sólo implica una balanza de aspectos positivos, sino que conlleva a que la persona se valore y respete (autoestima); que tiene relaciones positivas con otros; que percibe apoyo social satisfactorio; que domina y controla su ambiente; que se siente autónomo del entorno y a la vez, está conectado con él; que atribuye un sentido y propósito positivo a su vida y finalmente, que se está desarrollando como persona.

Por otro lado, los aspectos interpersonales de la salud mental se encuentran en los planteamientos que recoge el bienestar social de Keyes (1998), el cual está referido a la valoración que se realiza de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad.



El mismo autor enfatiza que el bienestar social se asocia a varios indicadores de pertenencia a asociaciones cívicas y la conducta prosocial; particularmente, la integración y contribución social son elevadas en los adultos que trabajan con otros para la resolución de problemas (Zubieta & Delfino, 2008).

En armonía con lo anterior, el autocuidado comprende los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida; en este sentido, cada uno de ellos es importante para el funcionamiento humano (Orem, 2001). Asimismo, el autocuidado abarca todas las conductas que promueven la satisfacción de las necesidades antes mencionadas que lo integran como ser (Quintero, 1994).

Sobre el tema, Sandoval (2010) refiere que el autocuidado abarca todas las dimensiones de la salud del individuo; es decir, la dimensión física mediante el cuidado del cuerpo a través del descanso y el ejercicio físico; el autocuidado de la dimensión mental, llámese cogniciones, afectos, comunicación, y emociones finalmente, la dimensión social donde la construcción del autocuidado debe evidenciarse en las relaciones familiares, de pareja y con los amigos. Además, remarca la necesidad de tender por un tiempo para sí mismo, a fin de realizar actividades personales, que pueden ser de índole artístico, de recreación, etc., con el propósito de prevenir el estrés y evitar el deterioro de la salud mental.

A través de la historia, las formas de cuidado, de entender su significado, de practicarlo y de asumir la responsabilidad frente a este, ha sido una construcción de carácter cultural materializada en un tejido de prácticas; ritos; creencias y actitudes; representaciones y conocimientos que una cultura tiene alrededor del cuidado, en la que la historia, la ciencia y la misma cultura, han cumplido un papel muy importante en su evolución, pues ha contribuido a la construcción de este patrimonio y han dado dirección al cuidado de la vida y la salud. (Fisher, 2007).

En esta misma línea, el manual para la Autoreflexión y el Autocuidado, elaborado por el Ministerio de Planificación de Chile (MIDEPLAN) (2009), establece una línea base y de manera resumida, los factores básicos involucrados en la mantención de un estado físico y mental saludables. Asimismo, dichos factores incluyen conductas preventivas a fin de evitar malestares y enfermedades.

En primer término, se encuentran los factores orientados al mantenimiento de la salud física: La *alimentación*, referido a practicar conductas orientadas a una adecuada: *composición*, dirigido a llevar una dieta equilibrada y balanceada; *cantidad*, o comer lo necesario y evitar la pesadez en el estómago; *horarios*, disciplina en el ordenamiento

del horario del desayuno almuerzo y cena. Asimismo, se recomienda la supervisión de un profesional en nutrición. Por su parte, sobre la *actividad física* cotidiana, recomienda evitar el sedentarismo, y realizar actividades que puede incluir: caminar, ejercicios, deporte, baile y otras. De otro lado, la *recreación*: es decir, procurar espacios de esparcimiento, actividades artístico-culturales, además de las salidas y paseos. Finalmente, la *prevención de consumos desestabilizantes*, referido al consumo desproporcionado de sustancias llámese tabaco, alcohol y drogas.

En segundo lugar, el mencionado manual señala que existen factores los cuales contienen comportamientos destinados al cuidado de la Salud Mental. En relación al *área cognitiva*, se recomienda desarrollar actividades estimulantes como la lectura, escribir un diario de vida, juegos de mesa, de creatividad, ingenio, etc. De otro lado el *área afectiva-relacional*, incluye el nivel de comunicación con personas con las cuales se mantiene vínculos importantes, que pueden ser la familia, amistades, compañeros de trabajo, a fin de expresar efectos y tratar de resolver constructivamente los conflictos; así como practicar actividades como la relajación, meditación o cualquier otra que permita al cuerpo aliviar tensiones o malestares. Por su parte, el *área conductual*, indica que sobre la base de las dos dimensiones anteriores, es necesario desarrollar la disposición de autoobservación para el manejo y autocontrol de los propios comportamientos, actitudes y formas de expresión con los demás.

Becoña & Oblitas (2004) junto lo anterior, recomiendan el sexo seguro a fin de evitar infecciones virales o adquirir el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH); la adopción de comportamientos de seguridad para evitar accidentes que pueden provocar incapacidad física o mental; la adherencia terapéutica, relacionado a seguir las prescripciones médicas si se adquiere una enfermedad o se sufre un mal crónico y finalmente, conductas orientadas a prevenir el stress. El estrés psicológico de acuerdo a Lazarus y Folkman (1984), es una relación particular entre la persona y su entorno, evaluándolo como amenazante y que desborda sus recursos poniendo en peligro su bienestar. El estrés al volverse crónico para el profesional de salud, plantea el riesgo del Burnout, que es un síndrome de agotamiento emocional que ocurre con los individuos que realizan trabajo con personas (Maslach & Jackson, 1981).

Es así que el agente comunitario de la salud debido a la proximidad física, social y emocional con la comunidad, acaba por continuar sus actividades durante su tiempo libre, en fines de semana, feriados; en suma, diariamente exceden el horario de trabajo y sus funciones, ya que la población tiende a solicitar con naturalidad sus servicios,

incluso invadiendo su privacidad; los factores señalados causan de forma clara una sobrecarga de trabajo para el agente comunitario y es un factor de riesgo importante para el desarrollo del síndrome de Burnout (Días de Godoy, Dieger & Costa, 2010).

En el caso de los agentes comunitarios de la salud de la provincia de Chíncha, el gozar de una saludable salud mental es un aspecto importante para la recuperación al afrontar situaciones de desborde, como las vividas en el terremoto ocurrido en el 2007, dado que como mencionan Włodarczyk, Villagrán, Páez, & Reyes (2014), el enfrentar y resolver situaciones de estrés de forma saludable y eficaz permite a los afectados de un desastre, adquirir actitudes positivas y participativas, favoreciendo el desarrollo tanto individual como colectivo y generando bienestar social.

La OMS (2001), acorde con el desarrollo individual y colectivo relacionado a la salud mental define a esta como: *“Un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y, es capaz de hacer una contribución a su comunidad”* (p.1).

La contribución de los agentes comunitarios de la salud se relaciona esencialmente con el cuidado de la salud de los miembros de la comunidad; sin embargo, para el abordaje de intervenciones en los usuarios que acceden a los servicios de salud, resulta necesario que cada uno de los miembros del equipo de salud, asuma la responsabilidad de su propio autocuidado; en otras palabras, con el proceso propio de buscar mejores relaciones interpersonales, generar un entorno laboral, social y cultural favorable donde puedan ejercer su labor cotidiana y con agrado; ya que un requisito para tener la capacidad de prestar atención a los demás, es ser capaz de prestarse atención a uno mismo, ya que sentirse bien con uno mismo, es la condición necesaria para relacionarse con otros (Fromm, 2003; MINSA, 2006). Asimismo, el profesional de salud debe asumir el autocuidado como una vivencia cotidiana, puesto que vivir saludablemente la promoción del autocuidado sería compartir las propias vivencias; es decir, que mientras el personal de salud viva con bienestar estará en condiciones de promocionar la salud en los demás (Uribe, 1999).

Por su parte, Aron & Llanos (2004) producto del trabajo realizado por varios años sobre el tema de autocuidado de la salud con diversos equipos humanos que laboran en instituciones de salud de Chile, pudieron teorizar sobre un grupo de estrategias individuales efectivas las cuales mencionamos en los párrafos siguientes.

### **Registro oportuno y visibilización de los malestares**

Una estrategia importante de autocuidado para las personas que trabajan atendiendo la salud de otras, es recobrar la capacidad de registrar oportunamente una dolencia física o psicológica y atenderla, ya que las enfermedades crónicas y emergencias médicas, son el resultado de postergar la atención brindada por un profesional de la salud.

### **Vaciamiento y descompresión**

Esta estrategia consiste en compartir con otros profesionales la carga emocional que ocasiona el contenido vivido por las personas atendidas, con el propósito de elaborar los contenidos hasta que se produzca el vaciamiento necesario para que el profesional pueda continuar con su labor diaria.

### **Mantención de áreas personales libres de contaminación**

Implica la necesidad de que el profesional participe en actividades recreativas o intereses específicos, buscando un lugar sin contaminación laboral o tensiones, posibilitando la distensión a fin de recobrar la energía. Estas actividades pueden ser la jardinería, la pesca, la lectura, artesanía e incluso la participación en grupos religiosos.

### **Evitar la saturación de las redes personales de apoyo**

Una medida de autocuidado, es el no contaminar las redes personales de soporte emocional, como los son amigos, familiares, la pareja y los hijos, conlleva a tener consideración de no sobrecargar injustamente a quien no está preparado para escuchar temas relacionados con el trabajo profesional, ello puede ocasionar el distanciamiento de redes de soporte.

### **Formación profesional**

La formación profesional y la capacitación constante que brindan destrezas para el desempeño laboral son vitales, ya que una de las fuentes de desgaste es la sensación de incompetencia e ineficiencia.

### **Ubicación de la responsabilidad donde corresponde**

Un adecuado abordaje para la resolución de conflictos y facilitar la reparación, es evitar auto-culpabilizarse o responsabilizar a los demás cuando se ha manejado inadecuadamente un conflicto.

Además de las estrategias propuestas, la investigación sobre el tema de autocuidado en equipos que atienden la salud, brinda un panorama de como este grupo de profesionales procura el autocuidado cuando se sienten dañados por las

intervenciones, la temática y condiciones laborales (Santana, 2008). Algunos estudios sobre el tema del autocuidado en equipos de salud se plasman a continuación.

En primer lugar, destaca el realizado en Chile, por Santana & Farkas (2007), en base a una metodología cualitativa, bajo el procedimiento de análisis de la Teoría Fundamentada, mediante la cual fue posible identificar las estrategias de autocuidado de la salud usadas por Equipos Profesionales que trabajan con maltrato infantil. Los resultados evidenciaron dos estrategias de autocuidado, las de carácter personal y otras de índole grupal. Las individuales pueden ser clasificadas en extralaborales y laborales; las primeras estarían relacionadas a llevar una terapia, darse tiempo para sí mismo, recurrir a vínculos sociales como la familia y los amigos; actitudes hacia el trabajo y/o la vida y recreativas como el practicar deporte. Las estrategias individuales laborales, están orientadas a poner límites en el trabajo y hacer el ambiente grato. Por su parte, las estrategias grupales o realizadas en equipo, están destinadas a actividades de descompresión, que comprenden compartir espacios recreativos, celebrar cumpleaños y desayunos grupales.

Por otro lado, resalta el estudio de Werner (2010), donde se exploró las técnicas de autocuidado por un grupo de psicólogos clínicos infanto juveniles. Para ello se utilizó la metodología cualitativa a través de entrevistas semiestructuradas a una muestra de 8 profesionales que trabajan en Salud Pública. Los resultados evidenciaron que dichos profesionales realizaban conductas de autocuidado en el ámbito laboral, que fueron: los límites entre el trabajo y el ocio; ver posibilidades reales de cambio de paciente para no caer en frustración; buscar otras actividades laborales alternativas. Por su parte, en cuanto a las estrategias extralaborales, el deporte fue la más mencionada; otras fueron realizar actividades como ir al cine, la danza y la música. En cuanto al cuidado personal, destacan las actividades para cuidar el cuerpo, como el dormir y descansar bien. Las estrategias grupales consistían en compartir un espacio laboral cálido; el soporte entre profesionales para afrontar y resolver conflictos y sumado a lo anterior, realizar supervisiones entre los miembros del equipo.

Sobre el tema del autocuidado en equipos de salud en nuestro medio, destaca la investigación realizada por Cerquin (2008), bajo una metodología mixta; es decir, la metodología cuantitativa y cualitativa, recurriendo a la entrevista semiestructurada y el análisis cuantitativo de datos. Las participantes de dicho estudio fueron un grupo de 22 enfermeras que laboraban en un centro hospitalario de la ciudad de Lima. Los resultados de dicha investigación concluyeron que el equilibrio de la salud, para estas enfermeras,



se logra al realizar conductas de autocuidado teniendo en cuenta cuatros aspectos. En primer lugar el *aspecto biológico*, relacionado a la nutrición adecuada, descanso, y prácticas de deporte; *el aspecto social*, se refiere a la comunicación efectiva con los familiares, participación, asistencia a eventos sociales y la satisfacción al participar en actividades dentro de la comunidad; el tercer aspecto, estaría orientado hacia las *conductas de prevención de riesgos* en otras palabras, los chequeos médicos preventivos dado al contacto permanente con personas enfermas y el último aspecto, es el referido a la *realización personal*; es decir, conductas dirigidas al cumplimiento de objetivos, metas personales y profesionales, como el capacitarse y seguir estudios de perfeccionamiento.

Si bien es cierto, en nuestro contexto existen una diversidad de estudios relativos a equipos de salud, no ocurre lo mismo con la investigación sobre el agente comunitario de la salud; sobre el tema, el Informe del Equipo Quipu para los Valles de los Ríos Apurímac, Ene y Mantaro (VRAEM) (2013), señala que no se han encontrado estudios serios o evidencia de monitoreo del trabajo realizado en el país de estos colaboradores de la salud. Por su parte, Cavalli & Maggoso (2006) señalan que la investigación a nivel Latinoamericano sobre el tema del autocuidado en los agentes comunitarios de la salud es un vacío en la literatura; por ende, no se podría fortalecer estrategias sin ninguna línea base. A partir de lo señalado, se desprende la necesidad de investigar sobre las formas como los agentes comunitarios procuran el autocuidado y además, los efectos potenciales de su labor sobre la salud de la población.

Asimismo, la necesidad de investigación en el Perú sobre temas ligados al agente comunitario de la salud y las formas como procuran el autocuidado de la salud mental, se basa en que su labor es tan fundamental como la realizada por el personal de salud institucionalizado; ya que a través de su trabajo se hacen viables las intervenciones sanitarias en el ámbito local y para ello, es necesario que gocen de buena salud para conservarlo como capital social; para tal efecto, debe contar con supervisión permanente del personal de salud mental o la institución competente (Instituto Nacional de Salud Mental-Hideyo Noguchi (INSM-HDHN), 2000; (MINSA), 2011). Asimismo, la reunión del “Encuentro Regional de Salud Mental en Ica, Pisco y Chincha” llevada a cabo en el 2007, evidenció la importancia de formar de manera sostenida los aspectos del autocuidado de la salud mental en los agentes comunitarios de la salud de estas zonas del país (Noticias OPS/OMS 2007, 06/11/07).



Adicionalmente, resulta vital promocionar el autocuidado en los agentes comunitarios de la salud, dado que son personas vulnerables porque diariamente lidian con diversas dificultades en el desempeño de su labor, como son la sobrecarga en el trabajo; las resistencias de las autoridades y factores clave; desconocimiento de su rol entre la comunidad y la sobrecarga emocional que se da como producto de ser intermediarios entre los pobladores y las autoridades, y hasta algunas veces hacerse cargo de las demandas no satisfechas por estos; además, esta carga emocional se acentúa cuando brinda acompañamiento psicosocial y acoge el sufrimiento del otro (IPEDEHP, 2008).

La vulnerabilidad señalada se incrementa en diferentes regiones del país, ya que en ciertas ciudades el agente comunitario de la salud ha sido afectado por el Conflicto Armado Interno; es por ello, que necesitan del soporte emocional y utilitario de las instituciones de salud mental para poder sostener el dolor de los demás (IPEDEHP, 2008). Asimismo, en situación de desastres son los agentes comunitarios las personas que toman el liderazgo en la comunidad, incluso de organizaciones e instituciones, demostrando capacidad e interés, asumiendo responsablemente el desarrollo de acciones preventivas de salud mental en los afectados que permitirá que ellos superen paulatinamente las secuelas de los desastres (INSM-HDHN, 2000). Este es el caso de los agentes comunitarios de la salud de la provincia de Chíncha, departamento de Ica, que tuvieron participación activa en los procesos de formación de competencias a fin de involucrarse en la atención de la salud mental luego de ocurrido el siniestro del 15 de agosto del 2007, como en los procesos de reconstrucción (OPS-OMS, 2008).

Luego de la exposición presentada, el autocuidado de los agentes comunitarios de la salud se plantea como relevante y merece ser tema de estudio. En tal sentido, la presente investigación bajo el enfoque cualitativo, de la mano con los requerimientos éticos y rigurosidad científica exigida, tiene por objetivo explorar las estrategias de autocuidado de la salud mental de los agentes comunitarios practicadas en su vida diaria, tomando en cuenta la interdependencia entre las tres dimensiones de la salud: física, social y mental.

Para este propósito, se trabajó con un grupo de pobladores que se desempeñan como agentes comunitarios de la salud en un distrito de Chíncha, el cual sirvió de escenario para esta investigación. Este distrito cuenta con aproximadamente 13,296 habitantes, está formado por 29 centros poblados principales y otros menores (Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2015), cuenta con 1 centro médico y 3

postas de salud, estos establecimientos no cuentan con servicios de hospitalización y atienden en horarios restringidos (INEI, 2009)

Finalmente, este estudio mediante los resultados y el análisis de los mismos, busca contribuir con una línea base sobre las formas de como este grupo particular de agentes comunitarios procura el autocuidado de la salud mental; y en base al propio discurso y conceptualizaciones, se llame a la reflexión, e influya positivamente en los cambios de actitudes y conductas de salud de los mismos. Además, se generaría el impacto deseado en las intervenciones y programas de salud destinados a este grupo de colaboradores de la salud (Mercado & Robles, 2008).



## Método

La presente investigación tiene como base la metodología cualitativa, la cual permite comprender el significado de una determinada situación o problemática tal como nos la presentan las personas a través del discurso (Banister, Burman, Parker, Tayllor & Tyndall, 2004). El proyecto propuesto es un estudio a nivel exploratorio-descriptivo; siendo exploratorio en el sentido de que la labor de los agentes comunitarios es poco estudiada y se espera a través de los resultados tener una visión sobre el tema; a su vez, es descriptiva ya que se pretende caracterizar el comportamiento de los participantes en relación al cuidado de su salud (Arias, 2006). En este sentido, la flexibilidad del enfoque cualitativo facilita la exploración de fenómenos nuevos o poco estudiados y el surgimiento de nuevas categorías y unidades de análisis que posibilitan la reflexión y construcción del conocimiento basados en las creencias e interpretaciones subjetivas (Varela & Vives, 2016).

Asimismo, se escogió el paradigma cualitativo ya que permite explorar de manera exitosa las variables conductuales que determinan la salud y enfermedad (Lyons, 2011). A la vez, este enfoque facilita la comprensión de los problemas en el campo de la salud arraigados en los respectivos contextos culturales de los participantes (Ulin, Robinson & Tolley, 2006).

### Participantes

Los participantes fueron 13 pobladores con edades que fluctúan entre los 27 a 69 años, mencionan estar casados y tener hijos. En este grupo prevalecen las mujeres, en ciertos casos la pareja vive en otro lugar y ellas han tomado las riendas del hogar. Casi todas proveen o apoyan económicamente para cubrir las necesidades materiales de su respectiva familia. Asimismo, tienen como residencia el distrito o uno de los 7 centros poblados aledaños escogidos. En su mayoría proceden del mismo distrito o centro poblado de residencia, ubicados en la provincia de Chincha, aunque dos de ellos nacieron en Loreto y Apurímac.

Las ocupaciones de los participantes son el trabajar como enfermera técnica en su domicilio, en agricultura, ser operario de una fábrica, elaborar y vender dulces típicos de la zona y uno de ellos es jubilado. Adicionalmente, desempeñan labores como agente comunitario de la salud voluntariamente y muchos de ellos son considerados líderes de su respectiva comunidad. Además, ciertas mujeres de este estudio colaboran en el Club de Madres, en los comedores populares y el programa del Vaso de Leche.

Tabla 1:

*Participantes*

Seudónimo	Edad	Años de experiencia	Ocupación
Úrsula	54	30 años	Elaboración de postres
Doris	61	25 años	Apoyo en comedor
Tania	53	12 años	Personal de limpieza
Claudia	28	7 años	Enfermera técnica
Cintia	41	1 año	Apoyo en comedor
Susana	55	1 ½ años	Agricultora
Cindy	45	15 años	Agricultora y profesora
Ofelia	42	14 años	Enfermera Técnica
Nuria	37	11 años	Agricultora
Diana	50	7 años	Agricultora
Onofre	69	2 años	Jubilado
Dulcina	27	3 años	Enfermera técnica.
Trilce	32	3 años	Operario en fábrica

Para determinar el número de participantes, se consideró el principio de saturación de la información; es decir, que el número de estos se estableció cuando ya no existía contenido novedoso respecto a la información con la que se contaba (Collingridge & Gantt, 2008). En otras palabras, se llegó a un punto en el cual después de haber escuchado una diversidad de ideas, cada entrevista adicional no traía información nueva (Martínez, 2012).

Por otro lado, la presente investigación cumplió con los criterios éticos exigidos en la investigación. En primer término, antes de ser entrevistado cada uno de los participantes firmo un consentimiento informado (anexo A) en el cual se presentó el propósito de la investigación, se enfatizó que la participación es voluntaria, la posibilidad de retirarse o detener la entrevista si lo consideraban necesario y se solicitó su aprobación para ser grabados en audio (Vanegas, 2010).

En todo momento se tuvo en cuenta la seguridad y protección de la identidad de los participantes; además, se les explicó que los resultados de la investigación no ocasionarían daño personal, por el contrario se asumió el compromiso de beneficiarlos, devolver los resultados al finalizar la investigación y se mantuvo la promesa de que su discurso no sería utilizado con fines distintos al objetivo del estudio (Organización de

las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), (2006); Noreña, Alcaraz, Rojas & Rebolledo, 2012). Al finalizar las entrevistas como del parte del cuidado ético, se brindó a los participantes un espacio de soporte emocional que permitió cerrar temas que los pudieron movilizar.

### **Técnicas de recolección de información**

Cabe señalar que Muñoz; Cabrero; Richart; Orts & Cabañero (2005), de acuerdo al meta-análisis realizado por ellos, manifiestan que la mayoría de instrumentos para medir el autocuidado se encuentra en fase experimental y con propiedades psicométricas insuficientes, por lo cual dichos investigadores no recomiendan usar alguno de esos instrumentos para la medición de este constructo.

Por la razón anterior, se optó por recurrir a la herramienta de entrevista, ya que la comunicación entre informante e investigador facilita la construcción de conocimiento respecto a un tema concreto o poco estudiado (Janesick, 2011). Puntualmente, se escogió el tipo entrevista denominada semiestructurada, se trata de una conversación amigable donde el entrevistador, escucha activamente, no impone, no interpreta, ni da respuestas; siendo el objetivo primordial guiar el curso de la entrevista hacia los temas que a él le interesan (Díaz, Torruco, Martínez & Valera, 2013).

Para tal propósito, fue necesario elaborar una guía, cuyos ejes e interrogantes fueron construidos por la investigadora en colaboración de destacados profesionales de la salud. En primer término, se contó con el aporte de la asesora de tesis, especialista en salud mental comunitaria; una especialista en psicología clínica de la salud y una especialista en temas de autocuidado. Posteriormente, dicha guía fue validada mediante una entrevista piloto a un profesional del sistema sanitario público, que permitió contar con una versión final de la guía que fue utilizada en cada entrevista (Anexo B).

### **Procedimiento**

A fin de facilitar el trabajo de campo, la investigadora tuvo contacto previo con los participantes a través de dos talleres de capacitación dirigidos a los mismos, los cuales formaban parte del proyecto permanente que realiza la Dirección Académica de Responsabilidad Social de la Pontificia Universidad Católica del Perú (DARS-PUCP), la que en el 2011 incorporó al proyecto el trabajo permanente con los agentes comunitarios de la salud y el Centro de Salud del distrito (Velázquez, 2016). El propósito de establecer contacto anterior con los informantes, fue imprescindible para diseñar un borrador del proyecto de investigación y un método acorde con los objetivos (Téllez, 2007). Por otro lado, se creó la bitácora de análisis donde se registró cada proceso,

actividad y las anotaciones sobre sucesos o cambios ocurridos durante el trabajo de campo (Hernández, Fernández-Collado & Baptista, 2010). Para la viabilidad de la investigación, fue necesario solicitar el permiso correspondiente a la Gerencia de Salud de la Provincia Chincha. La jefa del Centro Médico coordinó y facilitó el contacto con los agentes comunitarios. Las entrevistas se realizaron en el domicilio de cada participante, para ello se realizaron seis viajes al distrito.

Finalizado el recojo de información, se procedió a transcribir cada una de las entrevistas en un procesador de textos, Word. El análisis de contenido se basó en el Método de Comparaciones Constantes (Strauss & Corbin, 2015), el primer paso fue realizar la codificación abierta donde se estableció las unidades de sentido obteniendo como producto inicial el Libro de Códigos (Anexo C), para facilitar este proceso se recurrió al programa ATLAS-ti (versión 7). Un segundo paso o nivel fue la codificación axial, proceso donde se reorganizaron los datos divididos y se estableció luego relaciones de subcategorías con las categorías del primer paso; finalmente, se generaron modelos a partir de la categorización hecha en los dos primeros niveles, este tercer paso es llamado codificación selectiva (Strauss & Corbin, 2015).

En todo momento se pretendió elaborar un trabajo de calidad que cumpliera con los criterios de rigor de la investigación; es por ello, que a fin de incrementar la credibilidad del estudio, se recurrió a analizar los datos a partir del marco teórico (triangulación del marco teórico) y con teorías relacionadas e investigaciones sobre el tema del autocuidado a fin de analizar y discutir el conjunto de datos obtenidos; no obstante, la meta no es corroborar los resultados con estudios previos, sino analizar dichos datos bajo diferentes visiones teóricas (Denzin, 1978; Cisterna, 2005; Hernández, et al., 2010).

Asimismo, durante la investigación se tubo presente el planteamiento inicial del problema; sin embargo, la investigadora fue consciente de que en el proceso para explorar las estrategias de autocuidado bajo el enfoque cualitativo, las realidades que se analizaron se convirtieron en realidades tangibles construidas mediante subjetividad y versatilidad; lo que le dio valor al rigor científico al estudio (Noreña, et al., 2012). Además, la calidad de la investigación no consistió en adherirse rígidamente a normas y reglas establecidas, sino que se relacionó con la fidelidad y preservación del discurso de los participantes, esta flexibilidad es el pilar metodológico y científico que rigió el proceso de investigación logrando la recopilación, comprensión y análisis del tema del autocuidado en un grupo particular de personas (De la Cuesta, 2015).



## Resultados y discusión

A continuación se describen y analizan las estrategias de autocuidado de la salud mental, considerando el concepto de la salud integral, a las que recurren los agentes comunitarios entrevistados. Para fines didácticos y una mejor comprensión, los resultados fueron agrupados en cuatro ejes temáticos: Recurrir a redes de soporte; desplegar recursos personales; seguir las costumbres y tradiciones culturales y finalmente, tomar medidas preventivas y evitar riesgos.

### Recurrir a redes de soporte

El sentirse parte de una red social, es considerado por estos agentes comunitarios de la salud como un elemento de vital importancia para el cuidado de la salud. A través del discurso de los participantes fue posible identificar algunas estrategias de autocuidado vinculadas a buscar apoyo y soporte social.

La primera red de soporte identificada a las que recurren los agentes comunitarios, estaría constituida por los familiares cercanos, a los que en un primer término acuden en situaciones desbordantes: *“Le cuento, le he contado mis cosas, mis problemas, problemas, todo eso ha sido a mi mamá”* (Tania, 12 años de experiencia). Sumado a lo anterior, los familiares cercanos son una fuente de soporte para los agentes comunitarios cuando enferman y necesitan ser atendidos: *“Mi hermana me cuida, ella vino de Nazca, mi hermana, me cuidaba mi hijo, él me cuidaba”* (Susana, año y medio de experiencia). Resultados similares a estos fueron los obtenidos en los estudios realizados en España por Escribà-Agüir & Bernabé-Muñoz (2002) y en Chile por Huertas (2005), los participantes de ambos estudios fueron profesionales de la salud, los cuales señalaron que una de las formas de neutralizar el estrés y recibir ayuda era recurrir a los familiares cercanos primordialmente la madre y los hermanos.

Si bien es cierto, los familiares cercanos son una fuente de soporte para los participantes; no obstante, la preocupación por su bienestar constituiría una fuente de agobio: *“Mi mamá pasa por un cuadro depresivo, afecta, ha ido a varios médicos, pero lo de mi mamá es un cuadro depresivo y a raíz de eso, me siento mal de verla así, me pongo mal”* (Ofelia, 14 años de experiencia). Asimismo, los participantes en su mayoría mujeres, aun cuando ellas están casadas o viven con alguien, no incluyeron a la pareja como fuente de soporte, de acuerdo a la versión de ellas esta constituye una fuente de estrés, ya que perciben que la carga familiar no es compartida: *“Me siento estresada, salgo de trabajar, yo soy sola, aunque tengo mi esposo pero no me ayuda, más bien me*

*da problemas*” (Susana, un año y medio de experiencia). Sobre el tema, un grupo de agentes comunitarios en Brasil revelaron que existe cierta percepción de superioridad de los hombres hacia las mujeres, muchos actos realizados por el cónyuge son percibidos como injustos y estresantes, pero al ser considerados algo normal no se toman decisiones para solucionar la problemática sino que se soportan pasivamente (Zielke, Cocco, Grindri & Dos Santos, 2013). Por su parte, Berenzon, Saavedra & Alanis (2009), hallaron que existe la percepción que la vida de pareja conlleva más ventajas para el hombre, la explicación que dan estos autores estaría orientada en los roles culturales establecidos para las mujeres, como ser esposa y madre lo que implica la necesidad de atender las necesidades de la familia antes que las propias.

Las amistades y vecinos, son considerados otra fuente confiable de soporte, recurren a ellos para aliviar el estrés y las tensiones diarias: *“ves la manera de desestresarte, a veces vienen tus amistades, ya estas conversando, intercambias palabras, por ejemplo tengo la dicha de contarles algo personal [...] Si, te disipa, a la hora de la hora te das cuenta de que no eres tú solo la que tiene problemas”* (Claudia, 7 años de experiencia). Estos hallazgos coinciden con los obtenidos en el estudio realizado por Roca (2011), en un grupo de lideresas comunitarias, incluidas entre ellas algunas agentes comunitarias, las cuales buscaban el soporte de las vecinas en momentos de crisis para reconfortarse, organizarse y volver a tomar el control de sus vidas. Congruentemente Cerquin (2008), encontró que un grupo de enfermeras que laboran en un recinto hospitalario de la ciudad de Lima, recurrían a sus amistades y participaban en actividades vinculadas a las redes de soporte a fin de aliviar tensiones.

Por su parte, el profesional de psicología que forma parte de las instituciones de salud del distrito, es considerado una fuente de soporte para el denominado por ellos “cuidado emocional”: *“Me gusta cuidarme emocionalmente, consulto cualquier cosita al psicólogo, a veces hay campañas [del MINSA de la posta de salud], vienen para acá a apoyar a [nuestro centro poblado], diferentes especialidades, entro, me paso, hay psicólogos para orientación”* (Trilce, 3 años de experiencia).

Además, la primera conexión con la salud mental y su tratamiento sería atribuida al psicólogo: *“somos cuidados por psicólogos que nos dan las terapias”* (Ofelia, 14 años de experiencia). A la vez, han recurrido a este profesional cuando requirieron atención especializada: *“yo siempre pensaba ya mi vida se terminó, fue con la ayuda de un psicólogo que me reconforte, para mí [fue] una enfermedad mental* (Onofre, 2 años de experiencia). Al respecto, Harssch (2005) señala que las personas identifican al

profesional en psicología como una fuente de ayuda permanente y una autoridad en salud mental, cuyas tareas son el identificar, clasificar, analizar y tratar los problemas de salud en esta área. El acudir a este profesional, fue una estrategia de autocuidado de la salud mental de un grupo de trabajadores de la salud de un centro médico de Santiago, a fin de realizar un proceso terapéutico en momentos de desborde y tener un espacio de escucha para el vaciamiento emocional (Cerda, 2012).

Asimismo, la escucha empática característica del profesional de psicología, y la confianza conferida al mismo para abordar temas sobre salud mental, permitió a los participantes revelar temáticas que los afectaban emocionalmente al desempeñar el rol de agente comunitario, ya que la investigadora era estudiante de esta disciplina. Dichas temáticas se ven reflejadas en la versión de Claudia:

*Te sientes mal, como que no puedes hacer nada más de lo poco que está a tu alcance por personas de esos sitios con muchas necesidades que ves cuando vas a centros poblados ¡uf! que son lejos [...] sí, me afecta psicológicamente, no se mayormente me da un dolor de cabeza, porque viven así [...] creo yo de que, por más que no quieres centrarte en la vida personal de otra persona que mayormente recurre a ti por x motivo, de todas maneras influye, por más que quieras desestresarte, aliviarte a veces no puedes (Claudia, 7 años de experiencia).*

Estos hallazgos coinciden con los estudios realizados por Cezar-Vaz et al., (2009) y Tenorio & Menezes (2008), los grupos estaban formados por agentes comunitarios de la salud del sur de Brasil en el primer caso y Sao Paulo en el segundo. En ambos estudios, los participantes refirieron sentirse afectados emocionalmente por las necesidades de las personas que atendían, como la precariedad y las carencias en la atención que recibían.

Asimismo, los agentes comunitarios de la salud cuentan con el soporte utilitario de instituciones públicas y privadas lo cual es imprescindible, ya que las restricciones de horario de las postas médicas y las limitaciones de infraestructura, hacen que el agente comunitario recurra a las autoridades locales a fin de obtener ayuda y hacer viable la atención al ocurrir una emergencia y/o atender una necesidad personal o la de sus vecinos: “*Mi compañera estuvo mal con taquicardia y a las 3 am llamamos a Serenazgo la traslado al Seguro [en Chincha]*” (Trilce, 3 años de experiencia). Coincidentemente, Anticona (2014) destaca la buena comunicación y la logística brindada a los agentes comunitarios del poblado de Utushusco, (Huancavelica) por la máxima autoridad; lo que les permite atender la salud de ellos y sus vecinos superando las restricciones de infraestructura del lugar.

La interacción entre agente comunitario, autoridades y las diversas instituciones, se convierte en un soporte recíproco y altruista, ya que se viabiliza la atención de su salud y la de los pobladores: *“cuando necesitan silla de ruedas estoy haciendo gestiones para que apoyen, también tuve botiquín pero fue con Cáritas, ellos me abastecían de medicamentos, pero lo básico”* (Ofelia, 14 años de experiencia). En este sentido, como mencionan Zambrano, Bustamante & García (2009), las articulaciones en red en otras palabras, las relaciones con el Estado, la sociedad, las entidades donantes, agentes comunitarios como voluntarios, constituyen ejes estratégicos que logran el desarrollo sostenible y mejoran la calidad de vida y el empoderamiento comunitario. Lo plasmado es respaldado por el estudio realizado por Mendoza (2009), en este se destaca el trabajo realizado entre los agentes comunitarios de Ayacucho, los puestos de salud comunitarios (PUSACOS) y el Sistema Cívico de Vigilancia. El estudio reveló la buena comunicación entre estas instituciones y los agentes comunitarios, lo que hizo viable la intervención destinada a sitios poco accesibles durante la campaña de oleaje de frío reduciendo el número de muertes, habitual consecuencia de este fenómeno.

### **Desplegar recursos personales**

El rol de agente de comunitario y las tareas que este papel implica, son en sí mismo una forma en la que los participantes sustentan su bienestar y autocuidado: *“[ser agente comunitario de la salud] me llena, me entretiene, es una forma, como decir, un remedio para mi salud, me entretiene, y es lo que me gusta hacer trabajar y ayudar a mi comunidad”* (Doris, 25 años de experiencia). Estos resultados son similares a las versiones de un grupo de agentes comunitarios de la salud de Brasil, los cuales manifestaron sentirse satisfechos por la ayuda que brindaban a las familias que atendían, a pesar de que algunas veces se sentían movilizados al ver los graves problemas que estas pasaban, de acuerdo a la investigación realizada por Trintade, Lautert & Beck, en el año 2009.

Los agentes comunitarios para cumplir con este rol, despliegan los recursos personales, llámese capacidades y fortalezas, desarrollados a lo largo de la vida. Al respecto Moran, Vicente, Sánchez & Montes (2014), señalan como la evidencia científica muestra la existencia de fortalezas humanas que actúan como amortiguador previniendo los trastornos mentales. La forma como estos recursos son usados por los participantes para cuidar su salud diariamente y afrontar situaciones desbordantes es el tema de análisis de este apartado.

Uno de estos recursos, es la capacidad de afrontar los problemas buscando una solución directa sin detener las labores cotidianas, desplegando adicionalmente recursos cognitivos: *“Al contrario hago más cosas mientras pienso, [...] en la mañana estoy acá [trabajando en estimulación temprana], en la tarde me voy a la chacra a trabajar [...] de allí tengo [dinero]”* (Cindy, 15 años de experiencia). Estos resultados son coherentes con los realizados por Arias, Velarde & Muñoz (2014), en un grupo de profesionales de la salud de la ciudad de Arequipa, destacan los resultados del grupo de psicólogos que participaron, los cuales recurrían a un estilo activo de afrontamiento ante las situaciones desbordantes, lo que se asocia con la salud mental, lo que implicaba niveles bajos de Burnout a diferencia de otros profesionales de la salud. En este sentido, la aceptación de la responsabilidad, señala que el agente comunitario reconozca que debe hacerse cargo de la situación problemática y encontrar una solución, lo que beneficia su salud en comparación de la postergación (Lazarus y Folkman, 1984).

La fuerza de voluntad conforma el bagaje de fortalezas de los participantes, la que despliegan diariamente para cuidar su salud: *“[Lo que me ayudo a recuperarme de la operación fue] tener esa fuerza de voluntad de darse animo uno mismo, darse esa fuerza porque si ¿no?, uno se deprime, uno se enfermas más; la autoestima hay que tenerla bien y salir adelante”* (Tania, 12 años de experiencia). La fuerza de voluntad, está relacionada al coraje y la valentía, las cuales permiten sobrepasar situaciones difíciles, a fin de alcanzar las metas y objetivos propuestos como el recuperar la salud (Peterson & Seligman (2004). En palabras de Yogananda (1998), la voluntad tiene poder, opera como un agente, el cual de acuerdo al temperamento del individuo puede estimular la energía vital, y es esta la que reestablece la salud.

Los agentes comunitarios gozan de bienestar cuando brindan orientación y soporte a sus vecinos colaborando con la salud mental de estos: *“en el trabajo [como agente comunitario] a veces uno conversa con la población, recoge inquietudes del pueblo, como se dice ellos necesitan una persona que los oriente, a veces hay otros enfermos, así que hay que conversar con ellos”* (Onofre, 2 años de experiencia). En este sentido, la sabiduría es una fortaleza característica de la adultez, significa el aprecio del conocimiento acumulado y es valorada por los miembros de la comunidad, implica ser competente en las relaciones interpersonales, teniendo la capacidad de escucha y dar consejos sintiendo satisfacción con ello. (Hansen, 2002; Riveron & Josick, 2013).

El deseo de adquirir conocimientos en salud y poner en práctica los mismos al servicio de la comunidad, es otra de las fortalezas desarrollada por los participantes: *“Me*



*puse a estudiar enfermería técnica, ya tengo 3 años, estoy para culminar, soy conocida, en el lapso que estoy acá vienen las personas a consultarme alguna cosita, les doy, les regalo 10 min. [...] yo también quería superarme y enseñar a las personas también*“(Ofelia, 14 años de experiencia). Peterson & Seligman (2004), señalan que el deseo de aprender continuamente por iniciativa propia o académica y dominar nuevas habilidades, en conjunto constituyen una fortaleza cognitiva que implica el uso y aplicación del conocimiento, lo que incrementa la autoestima y la valía personal. Asimismo, al desarrollar cotidianamente estas capacidades, los agentes comunitarios lograrían la autorrealización y autoactualización que le permiten el crecimiento personal, indicadores de funcionamiento positivo, y en suma alcanzarían el bienestar psicológico (Díaz, et al., 2006). Adicionalmente, poner los conocimientos a el servicio a los demás, constituye una forma de procurar el autocuidado en los agentes comunitarios, para ello intervienen sobre el ambiente de acuerdo a sus necesidades y metas personales con el deseo de alcanzar bienestar psicológico (De Souza, Albuquerque, Zeviane & Martins, 2014).

De acuerdo al Informe del equipo Quipu del MIDIS (2013), en las diferentes regiones del país los agentes comunitarios ejercen el rol promotor-educador de acuerdo a las pautas establecidas por el MINSA, el cual es voluntario, y dicho documento lo ejemplifica con la labor de los agentes comunitarios que laboran en los Valles de los Ríos Apurímac, Ene y Mantaro (VRAEM). Sin embargo, ciertas agentes comunitarias que residen en el distrito de estudio, poseen estudios de enfermería técnica y gracias a la formación académica recibida, paralelamente al rol señalado, desempeñan un rol preventivo y de intervención, ya que desde sus domicilios trabajan atendiendo enfermedades y dolencias comunes de los pobladores, estos servicios tienen un costo accesible para ellos, que generan pequeños ingresos a las agentes comunitarias mencionadas, de esta manera se superan las limitaciones de horario y lejanía de los establecimientos de salud:

*[Como agentes comunitarios] participamos en programas; hay que hacer visitas domiciliarias [...] en mi casa vienen requieren de mis servicios, se los doy, hago curaciones, nebulizaciones; usted ve la distancia del centro de salud; además, no amanece, hasta las 8 de la noche no más atiende, no hay guardia, de aquí a Chíncha hasta ir, no hay movilidad disponible, vienen a las 2, 3 o 4 am me levantan a cualquier hora por emergencia por fiebre, por cólico [...] si les cobro, pero es un precio módico, se van contentos* (Nuria, 7 años de experiencia).

En este sentido, los estudios superiores en salud convierten a ciertos agentes comunitarios del distrito, en individuos con competencia técnica para atender la salud de



sus vecinos, sumado a que tienen mayor accesibilidad a estos a diferencia de otros profesionales de la salud, por ser miembros pertenecientes a la comunidad; por esta razón, ganarían reconocimiento social (Schubert & Neves Da Silva, 2011). Lo anterior, es respaldado por el estudio realizado por Fernández, Ruiz & Vreecer (2013), los cuales encontraron que los profesionales de la salud que a la vez realizan labores de agente comunitario, tienen un mayor vínculo con la población por pertenecer a las minorías culturales referentes, mejorando la asistencia sanitaria teniendo en cuenta las necesidades específicas de cada grupo cultural, siendo reconocidos y valorados por cada miembro de la comunidad, lo que incrementa su autoestima y les genera bienestar.

Para los agentes comunitarios que no les es viable ejercer su profesión y adquirir un empleo de acuerdo a sus expectativas, dado a las limitadas oportunidades laborales que se ofrecen en la provincia de Chíncha, la labor de agente comunitario les permite seguir capacitándose y a la vez aliviar el malestar que el desempleo genera en ellas:

*La mayoría de chicas hemos estudiado enfermería o técnica de farmacia [...] se supone que he estudiado, y que no ejerza mi carrera, es frustrante para mí porque tengo metas, terminar mi casa, mi esposo nomas trabaja y no puedo ayudarlo [...] trabajaba en Chíncha cuidando unos viejitos, todo mi sueldo se iba en pasajes [...] pero siendo agente comunitaria como te disipas, recibimos capacitaciones de varias ONG y el Centro Medico, hemos trabajado con gente de centros poblados lejanos y con mucha necesidad (Claudia, 7 años de experiencia).*

Por otra parte, ciertos participantes postergaron sus estudios superiores por factores principalmente económicos, ello genera sentimientos de frustración, pero estos son amortiguados a través de las capacitaciones recibidas por las diversas instituciones de salud y el trabajo como agente comunitario, percibiéndose valiosas: *“La verdad un poco fastidiada, un poquito frustrada, siempre he querido, bueno por x motivos no concluí mis estudios de enfermería, pero cuando me capacito y realizo lo que hago, me siento bien, me gusta, como le digo”* (Trilce, 3 años de experiencia).

Las versiones anteriores son coherentes con lo encontrado por Aviño, et al., (2014), en un estudio realizado en Valencia, España, cuyos participantes estaban divididos en dos grupos; un grupo de agentes comunitarios y otro de profesionales de la salud. Ambos grupos después de una capacitación e intervención en salud, sintieron haber adquirido nueva información que era útil para el autocuidado propio y de su comunidad. Peculiarmente, en el caso de los agentes comunitarios, la adquisición de nuevos conocimientos les brindó la confianza de convertirse en referentes de salud, y se sentían capacitadas para brindar recomendaciones, lo que incremento su autoestima, les

permitió empoderarse y ganar autoconfianza; finalmente, les permitió interiorizar su rol e incluso percibieron haber construido una identidad.

El trabajo como agente comunitario de salud primordialmente está destinado a la promoción de la salud; pero a la vez, ciertos participantes son líderes reconocidos, que trabajan generando y gestionando mejoras a favor de la comunidad y por ende la calidad de vida de sus vecinos, como es el caso de Cintia, para ella es gratificante cumplir el papel de intermediaria entre las autoridades locales y la comunidad, percibiendo ser reconocida socialmente:

*Me gusta trabajar en este mi pueblo, tengo tanta caminata por la luz, el agua, como presidenta del Vaso de Leche he beneficiado al pueblo, andando, soy conocida por el concejo, y puedo recibir invitaciones, porque si tú no eres conocida por el concejo, no eres nadie, eres simplemente como un poblador y si no eres reconocido, no llega nada (Cintia, 1 año de experiencia).*

La fortaleza del liderazgo, es una cualidad que agrupa atributos temperamentales y cognitivos destinados a influenciar y ayudar a los integrantes de un grupo; a la vez, las personas con esta cualidad motivan y conducen hacia el éxito colectivo, manteniendo relaciones positivas entre los involucrados (Peterson & Seligman, 2004). Coincidentemente Trape & Soarez (2007), hallaron que un grupo de agentes comunitarios de Butanta, Sao Paolo, fomentaban el liderazgo y tenían vínculos con asociaciones con el propósito de ampliar las prácticas curativas realizadas cotidianamente a fin de mejorar la marginalidad del medio donde viven, con lo cual ganaban reconocimiento de sus vecinos y autoridades.

Brindar asistencia y defensa a los miembros vulnerables de la comunidad, como por ejemplo los niños, que son considerados como propios, es otra fortaleza desarrollada por los agentes comunitarios:

*Su hijo de una señora estaba enfermo, le hemos encontrado con fiebre, le limpiamos su cuerpo de lo que jugaba con tierra, y no los llevamos a la posta. Cuando regreso la señora, le hable, que no abandone a mi hijo, una madre que tiene pareja, la pareja ¿te va a obligar que dejes como puedas a tus hijos? Los hijos son primero para mí. Si a ellos no les gusta, yo voy a hacer lo que pueda por mis hijos (Cintia, 1 año de experiencia).*

La acción descrita corresponde a una de las fortalezas humanas teorizadas por Peterson, & Seligman (2004) la Bondad, la cual se basa en la orientación de uno mismo hacia el otro, al que se le considera digno de atención y recibir ayuda por derecho propio. Similarmente, un grupo de promotoras de salud comunitaria, del distrito de Pachacutec, manifestaron la satisfacción que se generaba en ellas cuando colaboran con

programas y en actividades destinadas a la población infantil. Sumado a lo anterior, percibieron haber desarrollado y fortalecido capacidades personales; además, sintieron que cumplían un rol de servicio social y consolidar una posición relevante en la comunidad (Programa Mundial de Alimentos, Naciones Unidas (PMA), 2008).

Por su parte, señalan Hogg & Vaughan (2008), que la asistencia brindada a las personas indefensas es valorada socialmente y el dar auxilio al otro representaría el comportamiento prosocial. Además, las personas que cuidan la salud de otros desinteresadamente alcanzan un sentimiento de utilidad, que implica ser un miembro que puede contribuir a la comunidad alcanzando compensación psicológica y social; aperturando la capacidad empática, así como grandes beneficios para la salud mental (Keyes, 1998; Roche, 2004; Alcover, Morano, Osca & Topa, 2012).

El análisis realizado en este apartado, evidencia que los agentes comunitarios del distrito poseen capacidad de resiliencia, lo que les facilita el resolver y superar situaciones adversas y salir fortalecidos como personas; asimismo, el desplegar este recurso les permite mejorar la calidad de vida de la población (Pérez, 2008). En palabras de Hincapié (2010), la resiliencia es una forma de comprender lo que los seres humanos hacen por ellos y los demás, convirtiéndose en una fuente de crecimiento psicosocial y psicológico, siendo ambas características de salud mental.

### **Seguir las costumbres y tradiciones culturales**

En este apartado se describen las estrategias de autocuidado de los participantes basadas en las tradiciones y costumbres del distrito, impartidas por sus padres, aprendidas a través de la sociabilización y transmitidas de generación en generación.

Los hallazgos del presente estudio reflejan que el cuidado espiritual, fundamentalmente las conductas de salud basadas en las creencias religiosas, forman parte importante del autocuidado de la salud mental de los participantes. Estos resultados coinciden con los encontrados en el estudio realizado por Díaz, Cutipa & Matos (2010), cuyos integrantes eran un grupo de profesionales de la salud del Hospital Hipólito Unanue; para ellos, el denominado cuidado espiritual, no era una opción, sino una parte imprescindible del autocuidado de la salud mental. Asimismo, tomando en cuenta el concepto holístico del hombre, el denominado cuidado espiritual junto al cuidado de las otras áreas de la salud, permiten un estado biopsicosocial-espiritual equilibrado y por ende, la promoción del bienestar subjetivo de los participantes (Fisher, 2007).

Validando lo anterior, la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), reconoce a la religión como una forma de soporte

emocional frente al estrés (Kutz, 2002). Asimismo, la nueva disciplina denominada Neuroteología, el reciente descubrimiento de la ciencia médica relacionada con la espiritualidad, ahora muestra que las creencias religiosas se han convertido en evidencia; es decir, que Dios obra efectos orgánicos y anímicos a los que se relacionan con él (Fuentes, 2014).

Es así que los agentes comunitarios perciben sentirse protegidos por las divinidades, a las que acuden en oración en momentos de desborde: *“por eso pedí a Dios santo ayúdame, a la virgencita ayúdame, dame valor, tu fuerza, para seguir para cumplir con mi labor”* (Doris, 25 años de experiencia). Esta estrategia, sería utilizada por ciertos profesionales de la salud, como es el caso de un grupo de enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivo de Quito, ellas recurrían a la oración como estrategia de afrontamiento ante los casos graves e incluso se revitalizaba en ellas el servicio caritativo (Suarez, 2011).

En armonía con lo anterior, Pérez & Rodríguez (2011) evidenciaron que la espiritualidad y el recurrir a Dios a través de la oración, fue una estrategia a la que recurrían un grupo de técnicos de emergencias médicas costarricenses con el fin de afrontar situaciones que salieron de su control, usualmente el peligro de perder a un paciente. Al respecto, se ha documentado la efectividad del poder de la oración para producir cambios significativos en el ser humano que benefician su salud, al orar la conciencia colapsa de manera simultánea las intenciones curativas de la mente y a la vez, nace el deseo de pedir a las divinidades por el bienestar de otros (Dossey 1993; Goswami, 2001; Schmicker, 2002).

Además, los agentes comunitarios entrevistados señalaron que invocan a sus familiares fallecidos, dado a la creencia de que estos pueden interceder por ellos ante las divinidades frente a una situación abrumadora: *“decía papito ayúdame [...] Pidiéndole, que me ayúdame, que interceda, [...] siempre encomendándome a él, sobre todo a nuestro señor ¿no?, mi papa, para que, mi papito él me ha visto todo”* (Ofelia, 14 años de experiencia). Al respecto Bustillos (2009), señala que a través de la oración se establece un medio que permite interrelacionarse con los seres queridos que han muerto y, hacerlos partícipes de nuestras aficciones; en otras palabras, se establece un intercambio de reciprocidad entre el difunto y nosotros como una forma de generar bienestar.

Por su parte, señala la (OPS-OMS) (2008b), que la gente de la provincia de Chíncha es eminentemente religiosa y usualmente antes que recurrir a la medicina,

utiliza su Fe. En palabras de Fuentes (2014), la creencia religiosa relacionada a la recuperación de la salud, consiste en que Dios actúa en nuestro cuerpo mediante la Fe, la cual confiere la certeza y confianza de que se alcanzará la provisión divina para una necesidad excepcional relacionada con la salud. Adicionalmente, el mencionado autor manifiesta que la Fe es un Don Espiritual y que Dios provee de otros dones a los individuos, uno de estos es la Misericordia, que se relaciona con las virtudes de la Caridad, la Piedad y la Compasión que conlleva ayudar a los que sufren y, el Don de Sanación, brindado a las personas a fin de curar males que afectan a otros. En este sentido, los agentes comunitarios creen que Dios les brinda el Don de la Fe para curar una dolencia o enfermedad y también la provee a otros que comparten las mismas creencias; así como el Don de Sanación y de la Misericordia que inspira a los creyentes a organizarse en grupos para realizar campañas de ayuda. Lo anterior estaría reflejado en el discurso de Diana:

*Que otro doctor, ni doctor, [mi vecina, que es agente comunitario y enfermera] nomas es mi médico, ¡le he agarrado una fe!, que el Señor habrá puesto sus manos en ella; a veces van personas que no tienen para ir a un médico, [...] y siempre todos acuden donde ella [...] estoy en [ la Comunidad Católica] Bodas de Canaán nosotros servimos por caridad, la palabra de Dios dice que debemos ayudar al prójimo y los que no tienen, nosotros hemos salido así a prestar servicio (Diana, 7 años de experiencia).*

Por otro lado, el recurrir a ciertos rituales religiosos, como es el uso simbólico del agua bendita, para los agentes comunitarios es una forma de aliviarse y obtener tranquilidad en momentos de crisis como refiere la mencionada Diana: “*me trajeron un barril de agua bendita y toda la gente le habíamos agarrado como una fe; porque venían, se llevaban una botella de agua, y dice cuando tomaban, se lavaban, se iban limpios del terremoto*” (Diana, 7 años de experiencia). Sobre el simbolismo del agua, Pagola (2008) señala que los pecados son perdonados por Dios mediante el bautismo en agua, lo que permite al hombre ser libre de pecado; en otras palabras, el agua es un medio para alcanzar el perdón de Dios y por ende la sanación, porque el pecado enferma el alma. Por su parte, Olmos (2015) explica como el uso simbólico del agua bendita transmite las bendiciones de lo divino a los que sufren: En un inicio el sacerdote recibe la bendición de lo numinoso, luego este traspassa la bendición al agua; las personas crean nuevas formas de circulación de la bendición de lo numinoso, para ello recurren a los recipientes, los cuales tejen un puente entre el sacerdote y las personas, lo que permite la sanación en tiempo y escenarios distintos al templo consagrado; lo anterior, comprueba



que la sanidad puede circular y llegar a las personas enfermas ya que estas entran en contacto con lo numinoso que las sana. De manera similar, de acuerdo al estudio realizado por Torres (2014), el uso simbólico del agua bendita, era practicado por un grupo de enfermeras que laboraban en la unidad de emergencias, de un hospital de Chiclayo; esta estrategia sería usada para la pronta recuperación del paciente, así como bendecir y proteger a los enfermos graves o santificarlos en caso de muerte.

En suma, la práctica religiosa es una estrategia de autocuidado de los participantes, a fin de alcanzar una mejor salud y una forma de adaptarse al estrés, aperturando el servicio caritativo y cumpliendo un rol protector de otros que les genera bienestar (Taha, Florenzano, Sieverson, Aspillaga, & Alliende, 2011). Además, a partir de estas creencias se interpretan los fenómenos de la vida, la muerte, la salud y enfermedad y desde allí se justifican las estrategias de autocuidado ligadas a la religión (De Roux, 1994).

Por otra parte, los participantes cuidan su salud y promueven el cuidado de sus vecinos; al organizar y participar en festividades populares de la zona y otras actividades en un estilo propio, donde se acostumbra compartir alimentos, conversar y festejar: *“En la Yunza se gozaron; [otro día] yo hice un deportivo, siempre preparo comida; [algunos fines de semana] íbamos a lavar ropa al margen del río, teníamos 2 horas para jugar fútbol con nuestros maridos, veníamos 8 o 9 de la noche gritando* (Cintia, un año de experiencia). Similarmente, un grupo de serumistas de enfermería buscaban participar en las actividades tradicionales de la población de Inkawasi, departamento de Lambayeque, comunidad donde habían sido asignadas, ellas manifestaron sentirse apreciadas y el aceptar invitaciones a comer significaba mucho para los pobladores, ello conllevaba a recibir el apoyo de estos (Renteira, 2013). Al respecto, Blanco & Díaz (2005) señalan que el compartir tiempo con otras personas, es una forma de interrelacionarse, reforzar la identidad cultural, dando consistencia social, integrando a las personas a la sociedad; por ende, fortalecer el bienestar social. Por su parte, Arnaiz (2012) agrega que en la actualidad existe el interés por el estudio sociocultural de la fascinante carga comunicativa que todos los grupos sociales generan en torno a las comidas. La misma autora añade que el hecho alimentario engloba otros aspectos, como la religión, la diferenciación y cohesión social y la satisfacción colectiva o social.

Por otro lado, el uso de hierbas que encuentran en el entorno, es para los agentes comunitarios una forma tradicional y natural de curar o aliviar dolencias cotidianas y un remedio paralelo a la medicación prescrita: *“acá hay hierba santa, esos sombreritos te*



*desinflan la mano; para el estómago, hay yerba de carnero, cuando estoy mal con el estómago tomo eso*” (Cindy, 15 años de experiencia). Al igual que los agentes comunitarios entrevistados, las plantas medicinales son usadas por agentes comunitarios en diferentes regiones del país, tal es el caso de los residentes de las comunidades del Nororiente Amazónico (Rodríguez, 2011). Pero el uso de las plantas medicinales no se restringe a nuestro contexto, ya que por ejemplo los agentes comunitarios, o mejor denominados gestores comunitarios colombianos, reconocen el valor terapéutico de las plantas medicinales y las emplean en el desempeño de su labor (Amaya, 2006).

Los participantes han hallado en la planta denominada Penca, una forma alternativa natural y tradicional para purificar el agua de los ríos, con el propósito de lavar las prendas de vestir: “[La Penca.] es como le puedo decir algo redondo tiene como tipo de tunas largas, lo abres te bota como una babita eso lo asienta y como que aclara el agua cuando vas a lavar, mi hermana lo hacía así, no voy a negar, yo lo hacía antes, hace más lavasa la ropa, la gente usa eso” (Trilce, 3 años de experiencia). La Penca de Sábila, es una de las especies botánicas que se encuentran en la zona que por generaciones ha sido usada como un purificador natural del agua, mediante la sedimentación; el objetivo de esta acción es asentar la turbidez en el fondo del recipiente que se usa para este propósito; de esta manera se logra clarificar el agua, para ello se abre la penca echando el moco pegajoso para que se suelte y actúe (Centro de Estudio de Prevención y Desastres (PREDES), 2009).

Respecto a lo anterior, Whaley, et al., (2010) en un estudio realizado en Ica, señalan que a lo largo de generaciones los habitantes de dicha localidad han aprendido a usar plantas como medicina, alimento y otros propósitos para mejorar su calidad de vida; además, la gente aprecia que las plantas son más efectivas y sanas dado que protegen el medio ambiente. Añaden que el uso de las plantas contribuye a desarrollar su cultura, dado que este conocimiento es transmitido oralmente de padres a hijos, por ende las plantas y su cultura dependen de ello; pero lamentablemente, los habitantes se van mudando a la ciudad recurriendo a las boticas para adquirir un medicamento; por su parte, los ancianos tienen sus chacras abandonadas y no pueden ayudar en su conversación y es así como muere este conocimiento.

Como se mencionó previamente, los resultados encontrados en este estudio evidencian que los participantes recurren a la medicina herbolaria como una solución médica alternativa y tradicional; sin embargo, no mencionaron acudir a los sanadores, rezadores, curanderos, etc. personajes que forman parte de este conocimiento

tradicional, o mejor denominada etnomedicina afrochinchana, la cual es un sistema simbólico y de carácter popular creído por los pobladores de la zona (OPS-OMS, 2008b).

No obstante, los hallazgos del estudio realizado por Bracco (2014), donde las participantes fueron un grupo de mujeres del centro poblado La Garita, Chincha, muestra que estas mencionaron a dos especialistas a los que recurren cuando los médicos no pueden tratar una dolencia: el brujo/curandero y el rezador. Al parecer, el método de recolección de información utilizado, observación participante, y el trabajar por un periodo de tres años en la zona, permitió a la mencionada investigadora establecer un vínculo de confianza con las participantes que les permitió el compartir esta información, ya que estos sistemas de creencias son parte de una comunidad y son difíciles de compartir con personas que no guardan la misma afinidad identitaria y cultural (Braco, 2014; OPS-OMS, 2008b).

### **Tomar medidas preventivas y evitar riesgos**

En este apartado, se describen las conductas que realizan los agentes comunitarios a fin de prevenir riesgos y enfermedades, y las destinadas a enfrentar una enfermedad esporádica o crónica. Adicionalmente, se plasman los comportamientos no saludables que ponen en riesgo la salud de los participantes.

Los agentes comunitarios a partir de su discurso, reflejan conocer las formas y conductas de salud para prevenir enfermedades. En primer término, evitar sobrecargarse con tareas innecesariamente es una manera de cuidar la salud mental: *“Yo puedo ayudar, servir hacer mi labor social, pero hasta donde yo pueda, pero no me pueden obligar, si no está en mi alcance, no está”* (Ofelia, 14 años de experiencia). Poner límites a la labor, es lo referido por Singer & Dienberg (2002), como autonomía, una de las dimensiones del bienestar psicológico, que consiste en resistir las presiones del entorno. En palabras de Ryff & Keyes (1995), la autonomía permite sostener la propia individualidad en diferentes situaciones y contextos sociales; a la vez, los individuos requieren actuar bajo las propias convicciones, autodeterminación, mantener la autoridad individual y la independencia.

Recurrir a los masajes terapéuticos, es otra estrategia utilizada por Ofelia a fin de aliviar el estrés y la contractura muscular que este produce en ciertas partes del cuerpo: *“Me hago mis rehabilitaciones, mi hija estudia eso [masoterapia]. De vez en cuando estoy con mi estrés, le digo hazme mi terapia, estoy estresada, mira mis bultos [en el cuello], tengo mi estrés, [...]. me deja como nueva”* (Ofelia, 14 años de experiencia). La

masoterapia o masaje terapéutico, es una técnica que se usa para mejorar la irrigación sanguínea y aliviar la contractura muscular usual en las personas que padecen estrés, para ello se manipulan los puntos clave del cuerpo lo que permite la liberación de endorfinas, logrando relajar al paciente y obtener grandes beneficios para el sistema nervioso (Avila, 2014).

Los participantes, consideran que al realizar actividades domésticas, laborales y rutinarias están ejercitándose, para ellos es una estrategia de autocuidado que ayuda a mantener su salud: *“al menos yo creo que casi todos [los agentes] se cuidan igual que yo, con los ejercicios que uno hace, camina para acá para allá y todas esas cosas, eso ayuda la salud”* (Doris 25, años de experiencia). Esta forma de practicar el ejercicio físico, tendría un carácter utilitario, ya que la actividad física forma parte de la rutina diaria, como el subir escaleras, caminar, etc. (McMillen, Philip, & Satcher, 1996). Estos resultados difieren a los de un grupo de profesionales de la salud que trabajan con casos de Maltrato Infantil en Santiago, dado que el ejercitarse era considerado por ellos como una estrategia recreativa y de desconexión, realizada en tiempos libres y con fines específicos (Santana & Farkas, 2007). No obstante, Gonzales (2001) considera que la actividad física, bajo cualquier modalidad, repercute positivamente en aspectos psicológicos, ya que incrementen la sensación de logro personal, los sentimientos de competencia y auto-eficacia; incrementando beneficios sociales y psicológicos, ya que disminuye la ansiedad y depresión.

La alimentación sana para los informantes, sería otra forma de prevenir enfermedades: *“no como muchas frituras tampoco mis comidas son pesadas, yo como berenjena con choclito, yo trato de hacer brócoli, fideo una vez por semana”* (Cintia, 1 año y medio de experiencia). Sumado a una alimentación saludable, los participantes dan mucha importancia al beber agua: *“a mi nuera le digo, cocina tu olla de agua hervida en la casa, aunque queda hasta el otro día pero esta hervida, así no nos enfermamos casi señorita”* (Diana, 7 años de experiencia). Congruentemente, la alimentación sana, fue un factor importante para el cuidado de la salud también para un grupo de agentes comunitarios del estado de Goiás, Brazil de acuerdo al estudio realizado por Ribeiro, et al., (2012), los participantes señalaron la importancia de ingerir la cantidad energética requerida para el funcionamiento del cuerpo y evitar la comida industrializada. Asimismo, los hábitos alimenticios saludables fueron una estrategia utilizada por un grupo de enfermeras y médicos de diversas redes hospitalarias de Colombia, como parte de un estilo de vida saludable (Sanabria, Gonzales & Urrego,

2007). Por su parte, el beber agua se convierte no sólo es un complemento alimenticio; también, es considerada una medicina que de acuerdo a Lezaeta (2006) nos purifica al ser bebida.

Otra práctica importante realizada por los agentes comunitarios para prevenir enfermedades, es mantener todo los ambientes del hogar limpios; para ello, han sido capacitados por el personal del MINSA. Estas capacitaciones incluyen el tratamiento del agua ya que este líquido vital usualmente es extraído de pozos o comprada de tanques repartidores y luego almacenada. Así como para la asepsia de los silos y letrinas por no contar con servicios de saneamiento:

*[Debemos] clorar el agua, para lavar la verdura, [también] tener los tachos limpios, [hay] que lavarse las manos. En las casas, las letrinas lo cuidamos con cal, les enseñamos [a otros pobladores] sobre los silos, a hacer silos, cuando están llenos [los tienen que] cambian de lugar. [Cuando] viene el basurero, todos botan su basura; vienen a recolectar [del municipio]. [Sobre el manejo de residuos sólidos] más que nada reciclan botellas, las recogen, viene el comprador y lo venden. En los animales [tenemos que] mantener los corrales limpios (Cindy, 15 años de experiencia).*

Contradictoriamente, la higiene no era practicada correctamente por un grupo de agentes comunitarios de Paucarcolla, departamento de Puno, según el estudio de Mamani (2014). La mencionada investigadora manifiesta, que en este grupo tenían un manejo regular o deficiente del agua; no tapaban los depósitos. Agrega que no practicaban el lavado de manos y el manejo de residuos sólidos era inapropiado; situación que se revirtió parcialmente luego de una capacitación. En palabras Rivera & Ochoa (2002), la importancia de la higiene radica en que es la primera barrera que se coloca frente a los microorganismos que son los productores de muchas y graves enfermedades, y estos se multiplican rápidamente cuando las condiciones de higiene no son adecuadas.

El realizarse análisis y recurrir a las vacunas, son conductas preventivas practicadas por los agentes comunitarios a fin de evitar enfermedades: “*me saco siempre análisis, me hice análisis de glucosa también*” (Cintia, 1 año de experiencia). Ofelia por su parte menciona: “*se debe recurrir a las vacunas, esas que vienen de la gripe AH1N1, vienen las campañas, las vacunaciones*” (Ofelia, 14 años de experiencia). Por otro lado, atenderse en la posta de salud y acudir a un médico es una forma de recuperarse de enfermedades esporádicas. En este sentido, el SIS ha logrado que la mayoría de los participantes pueda contar con un servicio gratuito de salud: “[Voy] a la posta,

*proporciona del SIS, para que buen médico, buena la doctora, mujer es” (Dulcina, 3 años de experiencia).*

Lo narrado anteriormente, corresponde a lo denominado por la OMS (2010) prevención primaria, cuyo objetivo es realizar o modificar conductas con el fin de evitar la aparición de una enfermedad, reduciendo la exposición a factores de riesgo; adicionalmente, incentiva a las personas a realizarse chequeos médicos preventivos o acceder a la inmunización lo cual hace alusión a las vacunas.

No obstante, a pesar de los conocimientos adquiridos para cuidar la salud, ciertos agentes comunitarios de este grupo particular, realizan conductas que la afectan o la ponen en riesgo. En primer término, disminuyen las horas de sueño por atender a los vecinos a altas horas de la noche o de madrugada: *“quizás sólo que te perturben tu sueño, porque tienes que dormir ocho horas” (Claudia, años 7 de experiencia).* Sobre el tema de no dormir lo suficiente Dulcina señala: *“Sufro de sueño, me da mucho sueño, pero en las tardes que estoy desocupada busco de descansar para aliviar el sueño” (Dulcina, 3 años de experiencia).* Las consecuencias del no dormir lo suficiente, se ven reflejadas en las versiones de un grupo de profesionales de la salud pública, en un estudio realizado por Werner (2010), los participantes alegaron que era imposible descansar porque tenían que realizar su trabajo diario, el cual era deficiente cuando no dormían lo suficiente, ya que se reducían sus capacidades físicas y mentales y a la vez, se mostraban irritables. Por otro lado, el disminuir las horas de sueño es nocivo para la salud dado que se corre el riesgo de padecer enfermedades crónicas, degenerativas, tener envejecimiento prematuro, cambios del estado de ánimo, sobre peso y obesidad creando un círculo vicioso, puesto que se tiende a descansar menos y vivir una vida agitada (El Sahili, 2012).

Por otra parte, a pesar de conocer la nocividad de su uso, algunas agentes comunitarias cocinan con leña o carbón poniendo en riesgo su salud. Las razones serían atribuidas a que la leña y el carbón son combustibles económicos; y en otros casos, corresponde a no tomar medidas preventivas, ya que no están dispuestas a interrumpir un negocio de comida que les generara rentas por las creencias de los posibles consumidores:

*A medida que prendo, ese humo se está infiltrando, a medida que bota el carbón, me como humo, [pero] no quiero, ver [si tengo fibrosis pulmonar]. Yo quiero ponerme mascarilla lo primero, pero la gente dirá está enferma, no me van a venir a comprar ¿no?, enferma del pulmón estará. Me pongo un pañuelito,*



*ya me tapo así, lejos del humo, luego me lo quito, no me acostumbro* (Ofelia, 14 años de experiencia).

El uso de la leña es frecuente, según Fernández de Córdoba (2013), para cocinar en países en vía de desarrollo de América Latina, agrega que los estudios epidemiológicos evidencian que existe alto riesgo de adquirir una enfermedad pulmonar por inhalación de los componentes irritantes del humo.

Por su parte, un comportamiento no saludable y de riesgo, es que ciertos agentes comunitarios no atienden enfermedades o dolencias existentes, las cuales por diversas razones, se soportan por mucho tiempo: *“Tomo las pastillas para el cólico, a veces me duele [la hernia], por el tiempo, no puedo operarme”* (Cindy, 15 años de experiencia). Al parecer, las dolencias de ciertos agentes comunitarios están adaptadas para ser parte de la vida cotidiana; en otras palabras, recurren a la anestesia auto aplicada y viven con dolencias físicas que no tratan y atienden solo cuando su vida está en riesgo (Comisión Nacional del Sida (CONASIDA), 2006). Lo anterior es respaldado por la versión de Tania:

*Si me voy a operar cuando pase el verano, decía, cuando llegue el invierno, pasaba el tiempo no me operaba. Era una cosa andaba para acá y allá, como si nada, ahí estaba creciendo el mioma; me dio cólico que ya no pude aguantar todo el día, la noche, le digo hija me voy al hospital no aguanto los cólicos, me operaron, fui con mis cólicos y me operaron* (Tania, 12 años de experiencia).

Estos resultados son similares a los obtenidos por Arenas, Hernández, Valdez & Bonilla (2004), en un estudio realizado en un hospital de México, cuyos participantes fueron un grupo de médicos que laboraban en dicha institución. Estos galenos incurrieron en prácticas nocivas para sí mismos, ya que se consideraban invulnerables hacia la enfermedad por considerarse conocedores de significados y conocimientos técnicos. Esa sería la razón por la que los médicos de este estudio postergaban la búsqueda de atención médica.

Al respecto, García, Mateo, Rodríguez & Maroto (2004) señalan que la experiencia muestra como algunas de las personas que cuidan la salud de los demás, presentan frecuentemente ellas mismas una salud precaria. Lo anterior puede ser explicado por De Roux (1994), el cual alude que las personas se motivan normalmente por la enfermedad que por la salud y, consideran las enfermedades como problema únicamente cuando se sienten enfermas o está en riesgo su salud. Agrega, que en algunas sociedades es común encontrar situaciones en donde la población identifica causas, síntomas, los ciclos de enfermedad y las estrategias para prevenirlas, pero los

conocimientos adquiridos no se corresponden con sus comportamientos. Por otra parte, es probable que la lejanía de los Hospitales especializados, explique parcialmente porque los agentes comunitarios percibiéndose enfermos no atiendan una enfermedad o dolencia (Pérez, 2006).

Sobre el tema, los agentes comunitarios alegan que postergan el atender una dolencia por falta de recursos económicos: *“cada inyección costaba 200 soles, de donde iba a sacar para aplicar, tú tienes artrosis me dijo [el médico], y si no te aplicas se te va avanzar, como yo no tenía, no tengo, lo deje así”* (Cintia, un año y medio de experiencia)”. Esta versión es respaldada por investigaciones hechas en muchos países en desarrollo, entre ellos Bangladesh, Ghana, Perú, Swazilandia y el Zaire, donde los resultados evidenciaron que para los más pobres el pagar honorarios y la medicación es la causa principal para postergar la atención médica (Alderete, 2004).

Cabe señalar, que estos comportamientos en este grupo particular, difieren por grupo etario y el peso de la carga y responsabilidad familiar. Es así que los participantes de menor edad parecen tener creencias favorables respecto su salud; por ello realizan prácticas no saludables que la afectan; no obstante, si se mantienen se convertirán en factores de riesgo (Sánchez & De Luna, 2015). Por su parte, muchas de estas agentes comunitarias proveen en su totalidad las necesidades del hogar o apoyan económicamente a la crianza de los hijos, y es otra razón por la que priorizan el trabajo rezagando atender una dolencia existente (Findling, Mario & Champalbert, 2015).

Por otro lado, los agentes comunitarios para atender las emergencias médicas, deben trasladarse al Hospital de Ica e incluso de este nosocomio son derivados a la ciudad de Lima: *“cuando sufrimos el accidente nos trasladaron al hospital San José, de allí nos derivaron a Lima, fuimos con destino al María Auxiliadora, estando mi familia pedían que nos llevaran al Loayza, con el Dr. fuimos al Loayza* (Diana, 7 años de experiencia). Al respecto, Nureña (2009) resalta que si bien es cierto, la asistencia sanitaria suele ser gratuita en el Perú, el traslado hacia los servicios de salud especializados generan costos, estos incluyen gastos de transporte, alimentos y alojamiento; además, en la mayoría de casos desamparo familiar y pérdida de días laborales.

Por su parte, al analizar el génesis de las enfermedades crónicas, como la diabetes e hipertensión, que afectan a ciertos agentes comunitarios, se encontró que el origen de estas se atribuyen a la suma de los eventos estresantes a lo largo de la vida y el consumo prolongado de alimentos con alto contenido de grasas:

*Lo que me afectó mi salud fue una diabetes emocional de la misma preocupación, del mismo estrés, con todos los problemas de mi hija, me iba dando valor, tomaba mis remedios [.....] Si, cuando hacíamos la Carapulcra, como me encantaba cuando cocinaban la pierna de choncho comer ese nerviecito, ahora no puedo comer [grasas] me tengo que estar cuidando sufro de la presión (Doris, 25 años de experiencia).*

Al respecto, Figueroa & Cohen (2006) aseveran que a pesar del poder de recuperación del individuo ante situaciones estresantes, cuando estas se repiten frecuentemente, de forma intensa o por periodos prolongados de tiempo, se pueden producir trastornos fisiológicos debido al desgaste del organismo. Por otra parte, existe la evidencia científica sobre la conexión existente entre la alimentación, mantenimiento de la salud y el desarrollo de enfermedades como la hipertensión (Calañas-Continente & Bellido, 2006).

Los agentes comunitarios que han adquirido una enfermedad crónica, usualmente los de mayor de edad, como medida preventiva y a fin de evitar complicaciones, siguen rigurosamente el tratamiento prescrito por su médico; a partir de lo anterior, se puede inferir que los agentes comunitarios que se encuentran en la etapa de la adultez mayor, son los que verdaderamente se empoderan del cuidado de su salud: “¿Cómo cuido mi salud?, por ejemplo soy diabética e hipertensa, todas las veces voy a mi control cada mes” (Úrsula, 30 años de experiencia). El tipo de conducta descrita haría referencia a la adherencia terapéutica, que reúne aspectos conductuales entre otros relacionados y volitivos que llevan a la acción y comprensión del tratamiento de una enfermedad y del plan del paciente por cumplirlo (Martin, 2004). Asimismo, las conductas señaladas, aluden a la prevención secundaria, que además se realizan en la atención ambulatoria y/o centros especializados, su objetivo es acompañar al agente comunitario que padece una dolencia u enfermedad, ayudándole a seguir su tratamiento (Alves, Eulalio, & Brobeil, 2009).

## Conclusiones

- El rol como agente comunitario de la salud es en sí mismo una estrategia de autocuidado para los participantes. Al cumplir con este rol despliegan recursos personales buscando la autorealización y ser reconocidos socialmente.
- Las estrategias de autocuidado de los agentes comunitarios de la salud dialogan con la noción de salud mental, ya que afrontan favorablemente las presiones de la vida y son capaces de contribuir con su comunidad.
- El contribuir a modificar su ambiente y su contexto les genera bienestar social, lo que repercute positivamente en su salud mental.
- Los agentes comunitarios de la salud alcanzarían bienestar psicológico al tejer redes de soporte social.
- Las conductas de salud de los agentes comunitarios están arraigadas a un sistema de creencias y tradiciones culturales a las cuales recurren cotidianamente para cuidar su salud. Fundamentalmente, las creencias religiosas permiten a los participantes afrontar situaciones desbordantes y practicar el servicio caritativo, ambos generadores de bienestar social y psicológico.
- El denominado cuidado espiritual, principalmente las conductas de salud basadas en las creencias religiosas, junto al cuidado de las otras áreas de la salud, permiten un estado biopsicosocial-espiritual equilibrado y por ende, la promoción del bienestar subjetivo de los participantes.
- Los agentes comunitarios postergan el atender dolencias existentes, ocupándose de ellas cuando se convierten en emergencias

## Limitaciones y recomendaciones

- La limitación de este estudio recae en que las entrevistas no abrieron el tema del cuidado de salud provisto por el trabajo de sanadores, rezadores y curanderos de la zona, lo que apertura un estudio futuro. Para ello es necesario que los investigadores previamente establezcan un vínculo con la población.
- Los agentes comunitarios de la salud, evidenciaron la necesidad de ser escuchados a fin de procesar temáticas que les generan impacto al cumplir su labor, por ello se recomienda brindarles espacios de escucha a cargo de un

profesional de psicología dado la importancia y confianza que dan a este profesional.

- Para la implementación de programas de autocuidado dirigidos a los agentes comunitarios de la salud de la provincia de Chincha, es fundamental el involucramiento de las instituciones públicas o privadas que trabajan con ellos. Dichos programas deben priorizar el empoderar a los involucrados a fin de que tomen las riendas del cuidado de su salud, a través de estrategias alcanzables.
- Los programas destinados a promover la salud de los agentes comunitarios, tomaran en cuenta las enfermedades frecuentes que se encontraron en este estudio: diabetes, hipertensión, fibrosis pulmonar y problemas del sueño.
- Es importante brindar los medios necesarios para que los agentes comunitarios de la salud atiendan las enfermedades y dolencias existentes.
- Siguiendo a Starfield (2002), para lograr mejores niveles de salud en los agentes comunitarios y la población, es necesario el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud del distrito; a fin de que los establecimientos de salud sean accesibles a sus habitantes; para ello, es imprescindible romper con las barreras económicas, geográficas, culturales, organizacionales y estructurales que obstaculizan el acceso para ser usados periódicamente.
- Para lograr lo anterior, idealmente es el gobierno el que destine el presupuesto requerido para romper con estas barreras. No obstante, son los agentes comunitarios del distrito que, como líderes de su comunidad y siendo el nexo entre esta y las autoridades locales, los que idealmente pueden canalizar los recursos brindados por estos, e incluso organizar a sus vecinos, a fin de generar los medios que permitan hacer las mejoras necesarias y posibles que les permita acceder a la atención en salud y mejorar las condiciones de vida del medio donde viven y por ende la calidad de vida de los pobladores.
- Una posible solución para generar ingresos en los agentes comunitarios de la salud a fin de que cubran sus necesidades básicas, incluidas las relacionadas a la salud, es insertarlos al Sistema Sanitario remunerado como Técnicos en Salud, tal como lo recomienda el Informe de la Comisión Quipu para el VRAEM del MINDIS.



## Referencias bibliográficas

- Acevedo, G., Martínez, G. & Estario, J. (2007). *Manual de salud pública*. Córdoba: Editorial Encuentro.
- Alcover, C., Moriano, J., Osca, A., & Topa, A. (2012). *Psicología del trabajo*. Madrid: UNED.
- Alderete, E., (2004). *Salud y pueblos indígenas*. Ecuador: Ediciones Abya-Laya
- Alves, R., Eulalio, M., Brobeil, S., (2009). *La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos* [versión electrónica]. *Revista arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61 (2), 1-12.
- Amaya, C., (2006). Gestores Comunitarios de Salud: una experiencia pedagógica piloto en la Universidad del Rosario. *Revista Ciencias de la Salud* 4, (10), 33-40  
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56209905>
- Anticona, G., (2014) Agentes Comunitarios de salud en Huancavelica. *DESCO Revista QueHacer* (193). Recuperado de: [http://www.desco.org.pe/sites/default/files/quehacer\\_articulos\\_/files/12%20Sierra%20centro%201913](http://www.desco.org.pe/sites/default/files/quehacer_articulos_/files/12%20Sierra%20centro%201913).
- Arenas, L., Hernández, I., Valdez, R., & Bonilla, P., (2004). Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. *Salud Pública de México*, 46(4), 326-332.  
Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342004000400007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000400007&lng=es&tlng=es)
- Arias, F., (2006). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica*. Caracas: Editorial Episteme.
- Arias, W., Velarde, O., & Muñoz., E. (2014) Síndrome de Burnout y estilos de afrontamiento en psicólogos de la ciudad de Arequipa. *Rev. Psicol. Univer. Catol. San Pablo* 4, (4), 25-42. Recuperado de: <http://ucsp.edu.pe/investigacion/psicologia/wp-content/uploads/2015/03/Sindrome-de-burnout-y-afrontamiento-en-psicologos.pdf>
- Arnaiz, M., (Ed.) (2012). *Alimentación, salud y Cultura: Encuentros interdisciplinarios*. Tarragona. Publicaciones UVR. 62-77. Recuperado de: [http://issuu.com/publicacions-urv/docs/salud\\_cultura](http://issuu.com/publicacions-urv/docs/salud_cultura)
- Aron, A. & Llanos, M. (2004). Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidados de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas familiares* 20(1-2), 5-15.  
Recuperado de: [http://www.mineduc.cl/usuarios/convivencia\\_escolar/](http://www.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/)

- doc/201103041246460.Buen%20Trato%20UC\_Cuidar\_a\_los\_que\_cuidan\_desga  
ste\_profesional\_y\_cuidado\_de\_los Equipos\_que\_trabajan\_con\_violencia.pdf
- Ávila, J., (2014). El estrés un problema en el mundo actual. *Revista Con-ciencia*, 1, (2), 115-124. Recuperado de: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/rcfb/v2n1/v2n1\\_a13.pdf](http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/rcfb/v2n1/v2n1_a13.pdf)
- Ávila-Agüero, M., (2009). Hacia una nueva salud pública: Determinantes de la salud. *Acta Médica Costarricense. Colegio de Médicos y Cirujanos* 51 (2), 71-73. Recuperado de: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n2/art02v51n2.pdf>
- Aviño, D., Paredes, J., Peiro-Perez, R., La Parra D. & Alvarez-Dardet, C., (2014). Cambios percibidos por agentes de salud y profesionales tras una intervención en salud en un barrio en situación de vulnerabilidad. *Aten Primaria* 46(10):531-540.
- Banister, P., Burman, E., Parker, I., Tayllor, M. & Tyndall, C. (2004). *Métodos Cualitativos en Psicología: Una Guía Para la Investigación*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 7. Recuperado de: <http://www.discourseunit.com/Publications/discourse-unit-publications-books/mcp/>
- Becoña, E., & Oblitas, O., (2004) *Promoción de estilos de vida saludables*. En: *Psicología de la salud y calidad de vida*. Cap. 4. México D.F.: Thompson.
- Berenzon, S., Saavedra, N., & Alanís, S., (2009). Estrategias utilizadas por un grupo de mujeres mexicanas para cuidar su salud emocional: autoatención y apoyo social. *Salud Pública de México*, 51(6), 465-473. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342009000600005>.
- Blanco, A., & Díaz, D., (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17, (), 582-589. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727174>
- Braco, D. (2014). En busca de una psicología intercultural: discursos sobre bienestar en un grupo de mujeres de un Centro Poblado al sur del Perú. Tesis para optar el grado de magister en estudio de género. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Bustillos, M., (2009) Ajayunakampi jikist'aña. Encontrarse con los muertos. En *XXII Reunión Anual de Etnología*, La Paz, MUSEF, I, 405-416.
- Calañas-Continente, A., & Bellido, D., (2006). *Rev. Med. Un. Navarra* 50, (4), 7-14
- Carvalho, A., & Buss, P., (2008). *Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção*. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L, Noronha JC (org.) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 141-166. Recuperado de: [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/eve/evento\\_maestria/](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/eve/evento_maestria/)

- Determinantes de la salud- Traducción al español  
%B1o%20REVISADA.pdf
- Cavalli, A., & Magosso, A., (2006). Agente comunitario de la salud: Una revisión de la literatura. *Rev. Latino-am Enfermagem* 14(6), Recuperado de: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/es\\_v14n6a19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/es_v14n6a19.pdf)
- Centro de Asistencia y Promoción integral de la Salud (CAPIS), (2010). *Guía de capacitación de autocuidado para servidores de salud y de las ciencias sociales*. Recuperado de: [www.helpage.org/download/4de511a117544](http://www.helpage.org/download/4de511a117544)
- Centro de Estudio de Prevención y Desastres (PREDES), (2009). Proyecto Apoyo a la Rehabilitación de Viviendas y Reducción de Riesgos, Distrito San José de los Molinos, Ica. Recuperado de: [http://www.predes.org.pe/predes/images/cartilla\\_un\\_ambiente\\_seguro\\_y\\_saludable.pdf](http://www.predes.org.pe/predes/images/cartilla_un_ambiente_seguro_y_saludable.pdf)
- Cerda, J., (2012) Percepción de autocuidado en psicólogos clínicos novatos y experimentados. Tesis para optar el título de psicólogo. Universidad de Chile
- Cerquin, D., (2008). *Aplicación del autocuidado en el personal de enfermería que labora en el Centro Quirúrgico del Centro Hospitalario Maison de Sante.Sede Lima*. (Tesis inédita de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Cezar-Vaz, M., Soares, J., Figueiredo, P., Azambuja E., Sant'Anna, C., & Costa, V. (2009). Percepción del riesgo en el trabajo en salud de la familia: un estudio con trabajadores en el Sur de Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(6), 961-967.  
Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692009000600006&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000600006&lng=en&tlng=es). 10.1590/S0104-11692009000600006.
- Cisterna, F., (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, 14 (1): 61-71.
- Collingridge, D., & Gantt, E., (2008).The quality of qualitative research. *American Journal of Medical Quality*, 23 (5), 388-395.
- Comisión Nacional del Sida (CONASIDA), (2006). Cuidándonos del desgaste laboral. Guía de sugerencias y actividades para el afrontamiento del estrés y el Burnout y equipos que trabajan en VIH-SIDA y ETS. 1 ed. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/85381414c5af11a9e04001011e015920.pdf>
- De la Cuesta, C., (2015). La calidad de la investigación cualitativa: De evaluarla a lograrla, *Texto & Contexto Enfermagem*, 24, (3), 883-890  
<https://dx.doi.org/10.1590/0104-070720150001150015>

- De Roux, G., (1994). La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables en el desarrollo de la salud. *Educación médica y salud*. 28 (2): 223-233
- Devis, J., (1995). *Actividad Física y Salud para todos*. Barcelona. Ed. Inde.
- Denzin, N., (1978): *The research act. A theoretical introduction to sociological methods*, New York: Editorial Mc Graw Hill.
- De souza, D., Albuquerque E, Zeviane M. & Martins S. (2014). El proceso salud-enfermedad y la estrategia salud de la familia: la perspectiva del usuario. *Rev. Latino-Am. Enfermagem Forthcoming* Doi: 10.1590/0104-1169.0002.2496
- Díaz, M., Cutipa, N., & Matos R., (2010). Nivel de conocimiento sobre el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en el cuidado de la salud espiritual de los profesionales de Enfermería que laboran en las unidades críticas del Hospital Nacional Hipólito Unanue, *Revista Científica de Ciencias de la Salud* 7 (2) 64-70.
- Días de Godoy, L., Dieger, N. & Costa, P., (2010). Síndrome de Burnout en Agentes Comunitarios de la Salud: Aspectos de su formación y práctica. *Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo*, 36 (123), 93-102, 201. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v36n123/a09v36n123.pdf>
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., & Valera., M. (2013). La entrevista recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*. 2 (7), 162-167. Doi: 10.1016/S2007-5057(13)72706-6
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. & Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18 (3), 572-577. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3255.pdf>
- Dossey, L., (1993). *Healing Words: The Power of Prayer and the Practice of Medicine*. San Francisco: Harper San Francisco; p. 29.
- El Sahili, F., (2012). *Burnout y docencia*. México: Editorial Trillas.
- Escribà-Agüir, V., & Bernabé-Muñoz, Y., (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la Comunidad Valenciana: un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Revista Española de Salud Pública*, 76 (5), 595-604. Recuperado de [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272002000500019&lng=en&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500019&lng=en&tlng=es). 10.1590/S1135-57272002000500019

- Fernández, A., Ruiz, L., Vrečer N., (2013). La alfabetización en salud y el empoderamiento de las comunidades. Dialogo Igualitario entre los profesionales de la salud y la comunidad. Revista *Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. 427. (5). Recuperado de: <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-427/sn-427-5.htm>
- Fernández de Córdoba, J., (2013). Factores asociados a enfermedad pulmonar obstructiva. Hospital Carrasco José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso 2011-2012. Tesis inédita para obtener el título de especialista en medicina interna. Cuenca-Ecuador.
- Figuroa, M., & Cohen, S., (2006). *Pensar en la adolescencia hoy. De la psicopatología al bienestar psicológico*. Cuadernos de Evaluación Psicológica. Buenos Aires: Paidós.
- Findling, L., Mario, S., & Champalbert L., (2015) ¿Cómo cuidan y cómo se cuidan?: Mujeres de niveles bajos y medios del Área Metropolitana de Buenos Aires que cuidan a familiares dependientes. Instituto de Investigaciones Gino Germani - Facultad de Ciencias Sociales – UBA. La Plata.
- Fisher, M., (2007). Tesis para optar el grado de Licenciada en Psicología. Salud Mental y Autocuidado: Practicas organizacionales y de capacitación en funcionarios de la ilustre Municipalidad de el Bosque. Universidad de Humanismo Cristiano. Santiago de Chile 27 julio 2007 pg. 40.
- Fromm, E., (2003) *Ética y psicoanálisis*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica. Vigésima reimpresión.
- Fuentes, J., (2014). *Dios te da poder para curar: Descubre tus dones religiosos, demostrados por la ciencia*. 2da Ed. México D. F.: Editorial Buena Prensa.
- Gantz S.B., (1990) Self Care: perspectives from six disciplines. *Holistic Nurse Practice* 4 (2), 1-12. USA. Traducido y adaptado por Comité Editorial EPAS. Recuperado de:<http://www.uvisa.cl/html/cursos2006/proceso-lementariefemeria/docs-anexos-curso/compas-modulo1/autocuidado%20perspectiva%20de%206%20disciplinas.pdf>
- García., M., Mateo., Rodríguez, I., & Maroto G., (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit* 18(2):83-92. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/gsv18s2/revision9.pdf>



- Gonzales. M., (2001) *Cambios en la vejez y calidad de vida*. Gerontología educativa. Barcelona, editorial Ariel educación el trato al paciente y familiares Recuperado de: <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/906>
- Goswami, A., (2001) *Physics of the Soul: Charlottesville*. Virginia: Hampton Roads Publishing. pp. 198-230.
- Hansen, B., (2002). *Desarrollo en la edad adulta. Procesos cognitivos en la edad adulta*, México: Manual Moderno. Cap. 4
- Harssch, C., (2005). *Identidad del psicólogo*. México: Pearson Education
- Hernández, R., Fernández-Collado, C., & Baptista, L., (2010). *Metodología de la investigación*. México D. F. Mc Graw Hill. Cap. 14, 406-489.
- Hincapie, A., (2010). *Retos políticos y acción comunitaria: La resiliencia comunitaria como apuesta psicosocial*. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana. pp 157-178.
- Hogg M., & Vaughan G., (2008). *Psicología social*. España: Madrid. Editorial Panamericana S.A.
- Huertas, M., (2005). Aproximación a la Dinámica Riesgos-Autocuidado en Equipos de Operadores Sociales que Trabajan con Desplazados en Pasto, Colombia. *Psykhé* (Santiago), 14(2), 133-147.  
Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-22282005000200011&lng=es&tlng=pt.10.4067/S0718-22282005000200011](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282005000200011&lng=es&tlng=pt.10.4067/S0718-22282005000200011).
- Instituto de estadística e informática (2009), (INEI). Ica: *Compendio Estadístico Departamental* (2008-2009) extraído de: <http://www.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0839/libro.pdf>
- Instituto de estadística e informática (2015), (INEI). *Directorio Nacional de Municipalidades, Provincias, Distritos y Centros Poblados*. Recuperado de: [https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1201/libro.pdf](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1201/libro.pdf)
- Instituto Peruano de Educación en Derechos Humanos y la Paz (IPEDEHP), (2008). *Wiñastin. Como cuida la comunidad su salud mental*. Lima. Recuperado de: [www.ipedehp.org.pe/userfiles/Mod%206.pdf](http://www.ipedehp.org.pe/userfiles/Mod%206.pdf)
- Instituto Nacional de Salud Mental-Hideyo Noguchi (INSM-HDHNC), (2000). *Módulos de capacitación para agentes comunitarios: Salud Mental en el afrente de desastres*. Recuperado de: [bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1666.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1666.pdf)

- Janesick, V. (2011) *Stretching. Exercises for qualitative researchers*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, INC. (3a. Ed.).
- Keyes, C., (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140. Recuperado de: <http://www.langleygroup.com.au/images/Lee--Keyes---2013---Social-Well-Being.pdf>
- Kutz, I., (2002). Samson, the Bible and DSM. *Arch. Gen. Psychiatry*; 59, (6), 565. Recuperado de: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=206401>
- Lazarus, R., & Folkman, S., (1984). *Stress, Appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Lezaeta, R., (2006) *Medicina natural: al alcance de todos*. México: Librería Carlos Sacerman S.A.
- Lyons, A., (2011). Advancing and extending qualitative research in health psychology, *Health Psychology Review*, 5, (1), 1-8, DOI: 10.1080/17437199.2010.544638
- Mamani, M., (2014). Efectividad de la capacitación sobre saneamiento intradomiciliario en la práctica de agentes comunitarios de salud, Paucarcolla Puno. Tesis para optar el grado de Licenciada de Enfermería. Universidad del Altiplano. Puno
- McMillen, T., Philip, R., & Satcher, D., (1996) *Physical activity and health: A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/pdf/sgrfull.pdf>
- Martín, L., (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30, (4). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000400008&1ng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&1ng=es)
- Martín, L., (2003) Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista cubana de salud pública* (29), 3. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662003000300012&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662003000300012&script=sci_arttext)
- Martínez, C., (2012). El muestreo en investigación cualitativa, Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3):613-619. Recuperado de: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n3/v17n3a06>
- Maslach, C., & Jackson, S., (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behavior*, 2, 99-113. Recuperado de: <http://www.aagbi.org/sites/default/files/Maslach.pdf>
- Mendoza, C., (2009) La respuesta social y sanitaria a la ola de frío en el Perú: Una aproximación desde la sistematización para la gestión en salud. *Revista de la Universidad Científica* 6 (1).

- Recuperado de: [http://www.cientifica.edu.pe/sites/default/files/cientifica6\\_1.pdf](http://www.cientifica.edu.pe/sites/default/files/cientifica6_1.pdf)
- Mercado, F., & Robles, L., (2008). Los usos de la investigación cualitativa en salud ¿algo más allá de la difusión de resultados? *Invest Educ Enferm.*, 26, (2) ,48-59.  
Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v26n2s1/v26n2s1a03.pdf>
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), (2013). Informe de la Comisión Quipu para el VRAEM. Recuperado de: [http://www.midis.gob.pe/dgsye/evaluacion/documentos/informe\\_final\\_comision\\_quipu\\_vraem.pdf](http://www.midis.gob.pe/dgsye/evaluacion/documentos/informe_final_comision_quipu_vraem.pdf)
- Ministerio de Planificación y Cooperación, (MIDEPLAN), (2009). *Guía para la reflexividad y el autocuidado*. Chile Solidario Recuperado de: [http://www.chilesolidario.gob.cl/administrador/arc\\_doc/5427682154ba8c2683ac7e.pdf](http://www.chilesolidario.gob.cl/administrador/arc_doc/5427682154ba8c2683ac7e.pdf)
- Ministerio de Salud (MINSA), (2004). *Lineamientos para la acción en salud mental*. Recuperado de: [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud\\_mental\\_Documentos/02\\_Lineamientos\\_SM.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_Documentos/02_Lineamientos_SM.pdf)
- Ministerio de salud (MINSA), (2005). *Lineamientos de Promoción de salud-Resolución Ministerial Nro. 111-2005/MINSA*, PERU. p. 17 Recuperado de: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2005/RM111-2005.pdf>
- Ministerio de Salud (MINSA), (2005a). *Modelo de abordaje de promoción de salud en el Perú*. Documento técnico. Recuperado de: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION./203\\_PROM30.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION./203_PROM30.pdf)
- Ministerio de Salud (MINSA), (2005b) Marco conceptual metodológico para el abordaje de la promoción de la salud (Documento técnico). Recuperado de: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgps/Modelo\\_Abordaje\\_27.doc](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgps/Modelo_Abordaje_27.doc)
- Ministerio de Salud (MINSA), (2006). *Responsabilizándonos de nuestra propia salud mental*. Guía de capacitación para la intervención de la salud mental comunitaria. Lima
- Ministerio de Salud (MINSA), (2007). Documento técnico para el trabajo con los agentes comunitarios de salud. Recuperado de: [http://www.minsa.gob.pe/dgps/documentos/Doc\\_tec\\_ACS.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgps/documentos/Doc_tec_ACS.pdf)
- Ministerio de Salud (MINSA), (2009). *Cuidado y autocuidado de la salud. Personas adultas mayores*. Recuperado de: [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud\\_mental\\_documentos/08\\_](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/08_)

- Ministerio de Salud (MINSA), (2011). Metodología para la capacitación de los y las agentes comunitarios de la salud. Recuperado de: [http://new.paho.org/per/images/stories/AIEPI/agente\\_comunitario.pdf](http://new.paho.org/per/images/stories/AIEPI/agente_comunitario.pdf)
- Martínez., (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3):613-619. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf>
- Morán., C., Vicente., F. Sánchez A. & Montes E. (2014). La psicología positiva: Antigua o nueva concepción, *Revista de Psicología*, 1 (3), 439-450. [http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/1946/0214-9877\\_2014\\_1\\_3\\_439.pdf?sequence=1](http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/1946/0214-9877_2014_1_3_439.pdf?sequence=1)
- Muñoz, C.; Cabrero, J.; Richart, M.; Orts, M. & Cabañero, M. (2005). La medición de los autocuidados: Una revisión de la bibliografía. *Enferm Clin.*; 15 (2), 76-87.
- Noreña, A., Alcaraz, N., Rojas, J., & Rebolledo, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *AQUICHAN*, 12, (3), 263-273. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a06.pdf>
- Noticias Perú OPS/OMS, (2007): *Experto de OPS/OMS capacita a personal de salud y agentes comunitarios de la Región Ica*. 06/11/07. Extraído de: [http://new.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=](http://new.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=)
- Nureña, C., (2009). Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. *Rev. Panam. Salud Publica*.26 (4):368–76. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n4/v26n4a13>
- Oblitas, L., (2008). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México D.F.: THOMSON.
- Olmos, A., (2015). “Venid a mi todos los afligidos”. Salud, Enfermedad y rituales de Sanación en el Movimiento Católico Carismático del Padre Ignacio. *Ciencias Sociales y Religión/ Ciências Sociais e Religião*, Porto Alegre, 17, (22), p. 52-70
- Oramas, A., Santana, S., Vergara, A., (2006). Bienestar psicológico: un indicador positivo de salud mental. *Revista cubana de salud y trabajo* 7 (1-2), 34-39. Recuperado de: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/insat/rst06106.pdf>
- Orem, D. (2001). *Nursing concepts of practice*. Missouri: Mosby. (6ta. Ed.). p. 43
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, (UNESCO), (2006). *Ética en la investigación de los seres humanos y políticas de salud pública*. Recuperado de: <http://www.unesco.org/uy/shs/fileadmintemplates/Shs/ArchivosInvestigacion.pdf>

- Organización Mundial de la Salud (OMS), (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la salud* p. 1, Recuperado de: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2001). *Fortaleciendo la promoción de la salud mental. Hoja informativa* Nro. 220. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2004). *Promoción de la Salud Mental. Informe compendiando. Ginebra.*
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2006). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Canadá. Recuperado de: <http://www.fcm.unr.edu.ar/ingreso/documentos/1986-CartaOttawa.doc>
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2010). Vacunas e inmunización: situación mundial. Recuperado de: [http://whplibdoc.who.int/hq/2009/WHO\\_IVB\\_09.10\\_spa.pdf](http://whplibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IVB_09.10_spa.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2006). Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la atención primaria en salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina. Recuperado de: [http://www.biblioteca.cotecnova.edu.co/material\\_biblioteca/docentes/Magali/Cartillas/autocuidado.pdf](http://www.biblioteca.cotecnova.edu.co/material_biblioteca/docentes/Magali/Cartillas/autocuidado.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), (2003) Atención primaria de salud en las Américas: Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Washington: USA.
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), (2008). “Participación y empoderamiento del responsable de salud mental y del personal de salud en la implementación del modelo comunitario de APSM. Red de Salud Chincha-Pisco. Recuperado de: [www.paho.org/per/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_do...](http://www.paho.org/per/index.php?option=com_docman&task=doc_do...)
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), (2008b). *Salud en Chincha*. En: Guevara (2008). (Ed.). Unidad de Etnia, Género y Salud, (OPS-OMS). Recuperado de: <https://www.scribd.com/document/70822920/Chincha-Salud-Ops-Oms-Wdc-1>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2010). Manual del agente comunitario de salud. Guía del facilitador. Recuperado de: [http://www.paho.org/can/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=6573&Itemid=](http://www.paho.org/can/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=6573&Itemid=)



- Pagola, J., A., (2008). *Jesús: aproximación histórica*. 3ra ed. España, Editorial. PPC.  
Recuperado de: [http://www.bibliotecaespiritual.com/pdf\\_obras/0Jesus\\_aprox.Hist\\_t.\\_josAntonio\\_Pagola++.pdf](http://www.bibliotecaespiritual.com/pdf_obras/0Jesus_aprox.Hist_t._josAntonio_Pagola++.pdf)
- Pérez, N., (2006) Acceso a los servicios de salud del MINSA según la Encuesta Nacional de Hogares 2006. Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Economía de la Salud. Universidad Nacional San Marcos.
- Pérez, J., (2008) Implicaciones de las emociones positivas y la resiliencia como fortalezas del ser humano. Tesis para la obtención del título de licenciado en psicología clínica infantil. Universidad de AZUAY- Ecuador.
- Pérez, J., & Rodríguez, N., (2011). Estrategias de afrontamiento un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja. *Revista Costarricense* 30 (45-46). 17-33. Recuperado de: [file:///C:/Users/Luz%20Salas/Downloads/2-3-1-SM%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Luz%20Salas/Downloads/2-3-1-SM%20(3).pdf)
- Peterson, C., & Seligman M. (2004)., *Character strengths and virtues: A handbook and Classification*. Washington, DC, EEUU: America Psychological. Association; Oxford University Press.
- Programa Mundial de Alimentos, Naciones Unidas (PMA), (2008). Intervención educativa en prevención de la anemia y desnutrición en Pachacutec- Perú. Recuperado de: [http://209.177.156.169/libreria\\_cm/archivos/pdf\\_624.pdf](http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_624.pdf)
- Quintero, M., (1994). *El autocuidado. La atención de los ancianos: un desafío para los noventa*. Publicación científica No 546, Washington: OPS/OMS, 352-359.
- Anzola, P., Galinsky, D. Morales, M., Salas, A. (eds.). Recuperado de: <http://dsp.facmed.unam.mx/censenanza/spivsa/antol%20%20anciano/autocuid.pdf>
- Renteira, M., (2013). Serumista en las familias quechua hablantes Inkawasi, Perú. Tesis para optar el grado de Licenciada en enfermería. Universidad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo.
- Ribeiro, F., Pereira R., Lopes, M., Scalia J., Sena N., Silva, W., & Cinira M. (2012) Conhecimento de agentes comunitárias de saúde acerca dos determinantes sociais em sua comunidade adscrita. *Rev. Eletr. Enf.* 14(2):248-56. : <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.13102>
- Rivera, J., & Ochoa, O., (2002). *Empleados de servicios*. España. Editorial MAD.

- Riveron K., & Josick G., (2013) Sociedad y persona adulta mayor significado para percibir bienestar subjetivo. *Revista Ciencias Sociales 141*: 87-95 Recuperado de: <http://www.revistas.ucr.ac.cr//index.php/sociales/article/view/12484/11727>
- Roca, C., (2011) Percepciones de soporte social en mujeres organizadas en comedores de emergencia por el terremoto del 2007. Tesis para optar el grado de magíster en psicología comunitario. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Roche, R., (2004) *Inteligencia Prosocial: Educación de las emociones y valores*. (1er. Ed). Servicio de publicaciones de la Universidad de Barcelona.
- Rodríguez, M., P., (2011). Manejo de plantas medicinales en el nororiente amazónico peruano. *Revista ECI Peru 8*, (2), 151-157 Recuperado de: [http://www.guzlop-editoras.com/web\\_des/bio01/biomedicina/pld0377.pdf](http://www.guzlop-editoras.com/web_des/bio01/biomedicina/pld0377.pdf)
- Ryan. & Deci. (2001). On happiness and human potentials. A review of Research on Hedonic and Eudamonic Well Being. *Annu Rev. Psychology (52)*, 141-146. Recuperado de:  
[http://content.ebscohost.com/pdf17\\_20/pdf/2001/ARP/01F\\_eb01/4445599.pdf?T=P&P=AN&K=4445599&S=R&D=pbh&EbscoContent=dGJyMNxb4kSeprQ4zOX0OLCmr0ueprFSrq%2B4TLKWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGrr0q0rq9Luejjhe3q7Xfu6edT7unne%2B3o44UA](http://content.ebscohost.com/pdf17_20/pdf/2001/ARP/01F_eb01/4445599.pdf?T=P&P=AN&K=4445599&S=R&D=pbh&EbscoContent=dGJyMNxb4kSeprQ4zOX0OLCmr0ueprFSrq%2B4TLKWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGrr0q0rq9Luejjhe3q7Xfu6edT7unne%2B3o44UA)
- Ryff, C., (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104. Recuperado de: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/20182342?uid=2&uid=4&sid=21103078176397>
- Ryff, C., & Keyes, C., (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69 (4), 719. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Ryff, C., Singer B. & Dienberg, G. (2002). *From social structure to biology: Integrate science in pursuit of human health and well-being. Han Book of positive Psychology*. pp. 541-555. Oxford: Oxford University Press
- Sanabria, P., Gonzales I. & Urrego, D., (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombiano. *Revista Med. 15* (2). 207-217. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v15n2/V15n2a08.pdf>
- Sánchez, M., & De Luna, E., (2015). Hábitos de vida saludable en la población universitaria. *Nutr Hosp.*, 31(5):1910-1919. Recuperado de: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/8608.pdf>

- Sandoval, C., (2010). El valor del autocuidado como estilo de vida saludable. *Revista Corporeizando 1* (4), 72 – 82. Recuperado <http://revistas.pedagogica.edu.co/index.php/corporeizando/article/view/694/686>
- Santana, A., (2008) ¿Quién cuida a los que cuidan? El autocuidado en equipos que intervienen en violencia intrafamiliar. En Sanhueza L. (ed.). *Abuso sexual infanto juvenil: Reflexiones desde la práctica*. 65-68 Universidad Católica Temuco Recuperado de: [http://www.edu/1754866/\\_Quien\\_cuida\\_a\\_los\\_que\\_cuidan.\\_El\\_Autocuidado\\_en Equipos\\_que\\_intervienen\\_en\\_violencia\\_intrafamiliar](http://www.edu/1754866/_Quien_cuida_a_los_que_cuidan._El_Autocuidado_en Equipos_que_intervienen_en_violencia_intrafamiliar)
- Santana, A., & Farkas, Ch., (2007). Estrategias de Autocuidado en Equipos Profesionales que Trabajan en Maltrato Infantil. *Psykhe (Santiago)*, 16(1), 77-89. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid8-22282007000100007&lng=es&tlng=es.10.4067/S0718-22282007000100007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid8-22282007000100007&lng=es&tlng=es.10.4067/S0718-22282007000100007).
- Schnicker, M., (2002) *Best Evidence*. San José: Writers Club Press. pp. 148-150.
- Schubert, J., & Neves Da Silva, R., (2011) Los modos de trabajo de los agentes comunitarios de salud: entre el discurso institucional y el cotidiano de la vulnerabilidad. *MEDPAL, Interdisciplina y domicilio*; 3, (4) .45-52 .Recuperado de:<http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/8506/Documentocompleto.pdf?sequence=1>
- Starfield, B., (2002). *Atencao Primaria: Equilibrio entre necesidades de saúde, servicios e tecnologia*. Brasilia. Ed. UNESCO. 1era. Ed.
- Strauss, A., & Corbin, J., (2015). *Basic of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Washington: Sage Publication Inc. 4ta Ed.
- Suarez, T., (2011) Estrategias de afrontamiento en condiciones estresantes del personal de enfermeras de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Quito N° 1 de la Policía Nacional- Tesis para obtener el grado de bachiller en Psicología, Universidad Politécnica Salesiana. Ecuador.
- Taha, N., Florenzano, R, Sieverson C., Aspillaga C., & Alliende, L. (2011). La espiritualidad y religiosidad como factor protector en mujeres depresivas con riesgo suicida: consenso de expertos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(4), 347-360. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717)
- Téllez, A., (2007) *La investigación antropológica*. Alicante: España. Editorial Club Universitaria.

- Tenório, S., & Menezes, P., (2008). Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 42(5), 921-929. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000500019&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500019&lng=en&tlng=pt).
- Tobón, O., & García, C., (2004) *Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario en salud*. Colombia: Ed. Universidad de Caldas.
- Torres, D., (2014). Sentido de vida/muerte de los docentes de la Escuela de Enfermería, que laboran en unidades críticas. USAT. Chiclayo. Tesis para optar el título de licenciado de enfermería. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
- Trapé, C., & Soares, C., (2007). La práctica educativa de los agentes comunitarios de salud a la luz de la categoría praxis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1), 142-149. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1a21.pdf>.
- Trintade, L., Lautert, L., & Beck, C., (2009). Mecanismos utilizados para enfrentar el agotamiento por trabajadores que actúan en el programa estrategia de la salud de la familia. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 17, (.5), 607-612. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000500002>
- Ulin, P., Robinson E., & Tolley E. (2006). *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos*. Publicación científica técnica 614. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington D. C.
- Uribe, T., (1999) El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Revista investigación y educación en enfermería* 18 (2). Editorial Universidad de Antioquia. Colombia. Recuperado de: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/Fulltexts/0467.pdf>
- Valera, M., & Vives, T. (2016). Autenticidad y calidad en la investigación educativa cualitativa: multivocalidad. *Investigación en Educación Médica*, 5, (19) ,191-198 doi:10.1016/j.riem.2016.04.006
- Vanegas, B., (2010). La investigación cualitativa un importante herramienta para el conocimiento para enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*, 6, (6) 128-142. Recuperado de: [http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista\\_colombiana\\_enfermeria/volumen6/investigacion\\_cualitativa.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen6/investigacion_cualitativa.pdf)
- Velázquez, T., (2016). *Proyecto Reconstruyéndonos. Acción comunitaria desde la universidad en un contexto pos desastre*. En Sagastegui, C. (2016). (Ed). Una experiencia de responsabilidad social universitaria con el centro poblado La

- Garita. Lima: Perú. Dirección Académica de Responsabilidad Social. Pontificia Universidad Católica del Perú (DARS-PUCP).
- Whaley, O., Orellana, A., Pérez, E., Tenorio, M., Quinteros, F., Mendoza, M. & Pecho, O. (2010). *Plantas y vegetación de Ica, Perú - Un recurso para su restauración y conservación*. Royal Botanic Gardens, Kew
- Werner, D., (2010). *Percepción de Burnout y autocuidado en psicólogos clínicos infanto juveniles que trabajan en salud pública en Santiago de Chile*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad de Chile. Recuperado de: [http://www.Tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2010/cs-werner\\_d/pdfAmont/cs-werner\\_d.pdf](http://www.Tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2010/cs-werner_d/pdfAmont/cs-werner_d.pdf)
- Wlodarczyk, A., Villagrán, L; Páez, D; Reyes, C; (2014). Afrontamiento comunal, crecimiento postraumático colectivo y bienestar social en el contexto del terremoto del 27 de febrero de 2010 en Chile. *Terapia Psicológica*, 32() 243-254. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78533394007>
- Yogananda, P., (1998). *Afirmaciones científicas para la Curación*. Self-Realization Fellowship Publishers.
- Zambrano, A., Bustamante, G., & García, M. (2009). Trayectorias Organizacionales y Empoderamiento Comunitario: Un Análisis de Interfaz en Dos Localidades de la Región de la Araucanía. *Psyche (Santiago)*, 18(2), 65-78. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282009000200005>
- Zielke, L., Cocco M., Gindri, E., & Dos Santos I. (2013). Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1) ,180-186. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100023>
- Zubieta, E., & Delfino G., (2008). *Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires*. Anuario de Investigaciones XVII. Facultad de Psicología-UBA. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v17/v17a27.pdf>



**Anexo A: Consentimiento Informado****Consentimiento Informado**

La presente investigación es conducida por la alumna Luz Salas Sánchez, de la Especialidad de Psicología Clínica, de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La meta de este estudio es explorar las Estrategias del Cuidado de la Salud en un grupo de Agentes Comunitarios de la Salud del distrito xxxxx y centros poblados aledaños de la Provincia de Chincha.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder una serie de preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los objetivos de esta investigación. La información que brinde durante la entrevista será codificada usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, la información grabada será borrada permanentemente.

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

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la alumna Luz Salas Sánchez. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es explorar las Estrategias de Cuidado de la Salud.

Me han indicado también que tendré que responder a una serie de preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 60 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Luz Salas Sánchez al teléfono xxxx

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Luz Salas Sánchez al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante  
(En letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

**Anexo B: Guía de entrevista****Guía de entrevista**

Agradezco me brinde la oportunidad de entrevistarlo/a, sus respuestas son de mucho valor y serán un valioso aporte para la investigación que estoy realizando. Para iniciar, me gustaría que me mencione.....

- **Preguntas para la ficha sociodemográfica**

¿Cuál es su edad?, ¿Dónde nació?, ¿Cuántos años vive en El Carmen? o ¿en este centro poblado?, ¿Es casado/a? ¿Cuántos hijos tiene?, ¿En que trabaja?

- **Experiencia como agente comunitario**

¿Cuántos años se dedica a la labor de agente comunitario?, ¿Cuántas horas le diariamente al trabajo como ACS?, Cuénteme ¿Cómo es su trabajo como ACS?

- **Reconocimiento del grado de afectación de la labor del ACS**

1. ¿El trabajo que desempeña como ACS, considera que de alguna manera afecta a su salud?

- **Afectación o satisfacción en la labor de ACS y formas de cuidar su salud**

2.

2.1 Usted me dice que no le afecta, ¿entonces porque lo hace, que causa en usted hacer labores de agente comunitario?

2.2 Me contó que usted se siente afectado cuando.....entonces ¿qué hace para cuidar su salud?

- **Cuidado en momentos de desborde**

3. ¿Qué ha hecho en aquellos momentos cuando se ha sentido desbordado con los problemas?

- **Cuidado en enfermedades**

4. ¿Cómo cuida su salud cuando está enfermo?

- **Preguntas de profundización**

¿Qué otras cosas hace para cuidar su salud?

¿Algo más que quiera agregar respecto a la forma como se cuida?

**Anexo C: Libro de códigos de resultados****Libro de códigos**

¿Cuáles son las estrategias de autocuidado de la salud mental e integral de los ACSs?

**Eje 1 Recurrir a las redes de soporte**

- 1.1 Familiares
- 1.2 Amigos y vecinos
- 1.3 Psicólogo cuidado emocional
- 1.4 Soporte utilitario

**Eje 2 Desplegar recursos personales**

- 2.1 Desplegar habilidades, fortalezas y virtudes durante la labor.
  - 2.1.1 Fuerza de voluntad
  - 2.1.2 Brindar orientación
  - 2.1.3 Adquirir conocimientos
  - 2.1.4 Liderazgo
  - 2.1.5 fuerza voluntad
  - 2.1.6 Labor prosocial
  - 2.1.7 Resiliencia

**Eje 3 Recurrir a las tradiciones y costumbres culturales**

- 3.1 Creencias y rituales religiosos
  - 3.1.1 Oración
  - 3.1.2 Rituales
- 3.2 Participar en festividades y compartir comidas
- 3.3 Medicina herbolaria

**Eje 4 Tomar medidas preventivas y evitar riesgos**

- 4.1 Poner límites a la labor
- 4.2 Masajes terapéuticos
- 4.3 Ejercicio físico
- 4.4 Alimentación saludable
- 4.5 Medidas recomendadas por el MINSA
  - 4.2.1 Higiene
  - 4.2.2 Inmunización
  - 4.2.3 Chequeos preventivos
  - 4.2.5 Adherencia terapéutica

