

Autocuidado en mujeres de mediana edad con obesidad

Self-care in middle-aged women with obesity

Guadalupe Alarcó Estévez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-5951-6613>

Claudia Cancio-Bello Ayes² <https://orcid.org/0000-0002-4664-7729>

Adriana Agramonte Machado³

Alexis Lorenzo Ruíz² <https://orcid.org/0000-0003-4450-887X>

¹Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. La Habana, Cuba.

²Universidad de La Habana, Facultad de Psicología. Cuba.

³Instituto Nacional de Endocrinología. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: lupita950408@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El énfasis del autocuidado recae en la responsabilidad de la persona sobre su propia salud y enfermedad. Los cuidados brindados a si mismo desde el punto de vista físico, psicológico y social resultan pertinentes ante la prevalencia creciente de enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad, que va más allá de una cuestión estética y ocasiona graves consecuencias para la salud.

Objetivo: Caracterizar la dimensión física, psicológica y social del autocuidado en mujeres de mediana edad con obesidad que se atienden en el Instituto Nacional de Endocrinología.

Métodos: Se realizó un estudio exploratorio-descriptivo con una metodología cualitativa, haciendo uso del método de estudio de casos múltiples y la integración de diferentes

técnicas. Se realizó un análisis de contenido que permitió identificar regularidades y rupturas entre los casos de estudio. Fueron considerados y aplicados los aspectos éticos.

Resultados: Se encontró que el conocimiento de la enfermedad, la ausencia de hábitos nocivos y el buen control de la salud, fueron los aspectos del autocuidado físico más promovidos. Se mostró un pobre desarrollo del autocuidado psicológico mediante un afrontamiento pasivo de la enfermedad, emociones negativas e insatisfacción con la imagen corporal que afectaba la esfera autovalorativa, junto a una escasa proyección futura. El autocuidado social se vio favorecido por la red de apoyo familiar y las actividades en el tiempo libre.

Conclusiones: Las dimensiones física y social del autocuidado son las más atendidas por las mujeres, en cambio, la psicológica es la de mayor vulnerabilidad.

Palabras clave: autocuidado; obesidad; mujeres de mediana edad.

ABSTRACT

Introduction: The emphasis of self-care lies in the responsibility of each person on their own health and diseases. The self-care given from the physical, psychological and social perspectives are relevant in view of the increasing prevalence of chronic non-communicable diseases such as obesity, which goes beyond an aesthetic issue and causes serious health consequences.

Objective: To characterize the physical, psychological and social dimensions of self-care in middle-aged women with obesity, that are treated in the National Institute of Endocrinology.

Methods: It was carried out a descriptive exploratory study with a qualitative methodology by using the method of multiple case studies and the integration of different techniques. It was conducted an analysis of content that made possible to identify regularities and ruptures between the cases of study. The ethical aspects were considered and applied.

Results: It was found that the knowledge of this disease, the absence of harmful habits and the good control of health were the most promoted physical aspects of self-care. It was shown a poor development of psychological self-care through a passive coping with the disease, negative emotions and dissatisfaction with the body image that affected

the self-evaluative area, along together to a short future projection. The social self-care was favoured by a family support network and activities in the spare time.

Conclusions: The physical and social dimensions of self-care are the most cared by women; on the other hand, the psychological dimension is of greater vulnerability.

Keywords: self-care; obesity; middle-aged women.

Recibido: 30/06/2019

Aceptado: 17/01/2020

Introducción

El origen del autocuidado se enmarca en el campo de la enfermería a partir de estudios realizados por *Dorothea Elizabeth Orem*. Dicha autora elaboró un marco conceptual del cuidar que toma como constructo central el término autocuidado,⁽¹⁾ convirtiéndose en una referente imprescindible en las investigaciones sobre esta temática. Los elementos y categorías explicativas que recoge su teoría, le otorgan a este proceso un carácter dialéctico, intersubjetivo y orientado positivamente.⁽²⁾

El autocuidado desde esta teoría es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma. Consiste en la práctica de las actividades que las personas en distintos momentos del ciclo vital inician, llevan a cabo en determinados períodos de tiempo por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar además con el desarrollo personal y el bienestar, mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.^(3,4)

Apoyado en ello, autores más contemporáneos han abordado el autocuidado desde diferentes perspectivas, ya sea vinculado al estilo de vida, la promoción de salud, calidad de vida o como un requisito para cuidar, que enfatiza el carácter activo del sujeto, el papel de la cultura y la influencia de variables objetivas y subjetivas en el cuidado de sí mismo.

El estudio del autocuidado, con base en la Psicología de la Salud, llama la atención sobre el papel de los factores psicosociales del proceso salud-enfermedad, que influyen en las acciones para el cuidado de sí mismo en cada uno de los aspectos físicos, psicológicos o sociales. Insiste, además, en que la persona sea responsable del cuidado, mantenimiento, recuperación u optimización de su salud. Desde esta perspectiva, considerando la teoría de *Orem*, se identifican un conjunto de actividades que son esenciales para el cuidado de sí mismo, consideradas de autocuidado universal y que abarcan elementos físicos, psicológicos y sociales,⁽⁵⁾ que interactúan de forma recíproca y favorecen el cuidado de la salud.

El autocuidado es resultado de una valoración del individuo sobre los propios cuidados, que conlleva a una nueva consciencia de lo saludable y lo no saludable,⁽⁶⁾ posible mediante un proceso de elaboración de un nuevo sentido para el autocuidado. De ahí, que este proceso esté mediado por elementos de orden tanto objetivos como subjetivos, que pueden variar en función de los significados atribuidos por cada individuo.⁽²⁾

En los últimos tiempos, se ha observado un considerable aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) asociadas a estilos de vida no saludables, donde ocupa lugar la obesidad, que constituye a su vez, un factor de riesgo de otros padecimientos.^(7,8) Como consecuencia del rápido incremento de sus prevalencias a nivel mundial, se ha convertido en un grave problema de salud pública⁽⁹⁾ al ocupar un lugar entre las principales causas de muerte, morbilidad y disminución de la calidad de vida. Aunque afecta a personas de cualquier edad, ha sido asociada a una mayor morbimortalidad en la adultez.⁽¹⁰⁾ En Cuba, la cantidad de personas con sobrepeso y obesidad se ha incrementado hasta sobrepasar la mitad de la población adulta, observándose una desigual distribución según el sexo, siendo mayor en mujeres que en hombres.⁽¹¹⁾ En el año 2012, 18,4 % de las mujeres cubanas y 11,5 % de los hombres presentaban obesidad.⁽¹²⁾ Para el año 2018, según *Valdivia*, “el 42 % de la población cubana tenía sobrepeso, de estos, el 47 % pertenecía al sexo femenino”.⁽¹³⁾ En las mujeres de edad avanzada, se habla de una mayor vulnerabilidad a la obesidad, dada por un elevado riesgo de padecer enfermedades crónicas.⁽¹⁴⁾ Para *Díaz y García*⁽¹⁵⁾ la prevalencia de la obesidad luego de la mediana edad es resultado de factores biológicos, psicológicos y sociales, dígase, embarazos, menopausia, cambios hormonales,⁽¹⁶⁾ estilo de vida, presencia de comportamientos de riesgo o ajuste psicológico a determinadas situaciones sociales, mediado también por factores culturales y de género.

La elevada prevalencia de la obesidad ha sido mayormente asociada a modificaciones en el estilo de vida⁽¹⁷⁾ de ahí que, parte de su tratamiento implica cambios en el mismo, teniendo en cuenta el impacto que genera sobre la condición de salud. Para alcanzar este propósito, es preciso que la persona aprenda y desarrolle una serie de acciones encaminadas a modificar o mejorar su estado de salud, elementos que conforman el autocuidado. De manera que, este se convierte en un elemento fundamental para elevar la calidad de vida y bienestar en personas con obesidad, ya que su aumento se debe en gran medida a inadecuados hábitos de autocuidado.

El autocuidado es una realidad relativamente poco investigada tanto a nivel nacional como internacional, y se observa un déficit de estudios sobre autocuidado desde la perspectiva psicológica, particularmente en mujeres de mediana edad con obesidad. Los estudios realizados son en su mayoría de carácter cuantitativo y desde una perspectiva biofísica, que en algunos casos deja de lado la importancia del componente psicosocial,^(18,19) apuntando a un cuidado parcial del ser humano. De cara a las producciones científicas precedentes, dicho estudio aporta una visión holística, apostando por un cuidado integral de los sujetos, al considerar como dimensiones de análisis del autocuidado, elementos biopsicosociales.

En función de lo expresado, fue nuestro objetivo caracterizar la dimensión física, psicológica y social del autocuidado en mujeres de mediana edad con obesidad, que se atienden en el Instituto Nacional de Endocrinología.

Métodos

El presente estudio optó por una metodología cualitativa y un diseño fenomenológico que aportó una mayor amplitud y riqueza interpretativa. Se trató de una investigación exploratoria descriptiva con una problemática escasamente abordada en el contexto cubano. Al mismo tiempo, constituyó una cuestión de interés para la salud pública dado el aumento del sobrepeso y la obesidad en la población cubana adulta. Problema de salud, que se observa fundamentalmente en las mujeres, así como la prevalencia de ECNT asociadas al fenómeno de la obesidad.

La investigación en cuestión partió de una definición de la categoría de análisis fundamental: el autocuidado y sus correspondientes dimensiones e indicadores, acorde con los objetivos planteados (Tabla 1).

Autocuidado es el conjunto de acciones para el cuidado de sí misma, que desde el punto de vista físico, psicológico y social realizan las mujeres de mediana edad con obesidad, con el propósito de restablecer, mantener o mejorar su estado de salud.

Tabla 1 - Dimensiones e indicadores del autocuidado

Dimensiones	Indicadores
<p>Física:</p> <p>Conjunto de acciones encaminadas al cuidado físico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ejercicios físicos ❖ Alimentación ❖ Control de la salud ❖ Hábitos nocivos ❖ Sueño y descanso ❖ Conocimiento de la enfermedad
<p>Psicológica:</p> <p>Conjunto de acciones encaminadas al cuidado psicológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Estados emocionales predominantes ❖ Funcionamiento cognitivo ❖ Autovaloración ❖ Estrategias de afrontamiento ❖ Proyectos futuros
<p>Social:</p> <p>Conjunto de acciones encaminadas al cuidado social</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Redes de apoyo ❖ Uso del tiempo libre ❖ Actividades de ocio y esparcimiento ❖ Relaciones con la familia, pareja y compañeros de trabajo

Se utilizó como método el estudio de casos múltiples a través de la integración de técnicas tales como: una entrevista semiestructurada que explora aspectos de las diferentes dimensiones del autocuidado; un completamiento de frases construido por los investigadores en función de los objetivos perseguidos en el estudio, para indagar sobre los significados atribuidos a la obesidad y aspectos asociados al autocuidado;

la composición “*Yo soy...*” para profundizar en la dimensión autovalorativa y la observación, transversal a la aplicación de todas las anteriores.

Se recurrió, además, a la revisión documental mediante la consulta de la historia clínica de las mujeres del estudio, para la obtención de las variables clínicas (talla, peso corporal, índice de masa corporal) y conocer el grado de obesidad presente, los antecedentes patológicos personales (APP) y los antecedentes patológicos familiares (APF).

La investigación se desarrolló en distintas áreas del INEN y el tamaño muestral quedó conformado por todas las personas identificadas durante el período de reclutamiento, que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar en la investigación. En este sentido, la muestra fue intencional y no probabilística de casos tipo, conformada por 10 mujeres con obesidad ($IMC \geq 30,0$), con edades entre 40 y 53 años, que asistían a consulta externa y sala de hospitalización del INEN.

El procesamiento de la información se basó en la transcripción literal de lo recogido mediante las técnicas aplicadas, para el posterior análisis de contenido. Este se estructuró en dos momentos: primero, se analizó cada caso particular, y luego se determinaron las regularidades o diferencias entre los casos.

El estudio tuvo una duración aproximada de 6 meses que comprendieron, la etapa de trabajo de campo correspondiente a los encuentros con las mujeres que formaron parte de la investigación y otra etapa relacionada con el procesamiento y análisis de la información. Como consideraciones éticas fundamentales, se obtuvo el consentimiento informado de las participantes, se contó con la voluntariedad para la participación, se garantizó la confidencialidad de la información y el anonimato. Se solicitó, además, la autorización previa de la dirección del INEN y la aprobación del Comité de Ética e Investigación que avaló la realización del estudio.

Resultados

Dimensión física del autocuidado en mujeres de mediana edad con obesidad

Dentro de la dimensión física del autocuidado, el conocimiento sobre la enfermedad reflejado por las mujeres de la muestra es insuficiente en la mayoría de los casos, en tanto, la información que poseen es limitada. En tres mujeres se observa un adecuado

conocimiento a partir de ofrecer información acerca de más de un elemento relacionado con la obesidad. Poseen información vinculada con las formas de tratamiento, que involucra otras cuestiones del cuidado físico, como la alimentación y la realización de actividad física. Otras mujeres tienen conocimiento de su causa, atribuida a la influencia de determinadas alteraciones endocrinas (hipotiroidismo, síndrome de Cushing), secundarias al uso de corticosteroides, o debido al exceso de ingesta de alimentos con alto contenido calórico y a la reducción del gasto energético.

Ninguna presenta hábitos nocivos referidos al consumo de tabaco, alcohol o drogas, lo que actúa como un factor protector del proceso de la enfermedad.

De las mujeres investigadas, tres realizan ejercicio físico como caminatas varios días a la semana sintiéndose más saludables y positivas; tres se muestran incapacitadas para realizar actividad física debido al malestar físico que le genera debido a otros padecimientos que presentan; otras dos refieren realizar labores domésticas, lo que también les supone un determinado desgaste físico y pone en evidencia la doble jornada laboral que viven las mujeres, una en su centro de trabajo y otra en el hogar. Solo dos de ellas no realizan actualmente ningún tipo de actividad.

En cuanto a la alimentación, en seis casos resulta adecuada, como parte del tratamiento que reciben para la obesidad, pues siguen una dieta balanceada (1200 calorías), consumen frutas, vegetales, elaboran los alimentos hervidos, bajos en grasa, azúcar y realizan en su mayoría, entre cinco y seis comidas diarias. El resto, mantiene una alimentación poco adecuada ya que, no se rigen por una dieta saludable, ingieren alimentos hipercalóricos, pasan tiempo sin comer (no realizan meriendas entre las comidas) y algunas no tienen un horario establecido para alimentarse. A algunas de estas mujeres no se les ha prescrito una dieta ya que es la primera vez que acuden a cita con el endocrino. En estos casos, este indicador actúa como un factor de riesgo durante el proceso de enfermedad y ejemplifica un descuido en su autocuidado.

Sobre el sueño-descanso, todas las mujeres tienen un horario de sueño entre cinco y nueve horas diarias, que es el tiempo de descanso necesario acorde a la edad. En ocho mujeres la calidad del sueño es mala, debido a dificultades para conciliar el sueño. En algunos casos, como producto del malestar físico de la propia enfermedad u otras causas, o debido a la vivencia de estados ansiosos, o a la preocupación y malestar emocional que generan determinadas situaciones familiares.

Acerca del control de la salud, la mayoría asiste a las citas médicas con el endocrino y el dietista en el tiempo estimado, y consumen los medicamentos prescritos para las enfermedades que padecen, por lo que también asisten a consultas con otros especialistas. Se observa en ciertos casos, un cumplimiento de las orientaciones médicas para el control de la obesidad, referido especialmente, al seguimiento de la dieta y a la realización de alguna actividad física, que sugiere adherencia al tratamiento como un factor protector del proceso salud-enfermedad.

Por otro lado, en cuatro de las mujeres ha prevalecido un mal control de la salud, ya que no refieren hasta el momento actual, acciones para el control de su salud, particularmente para la obesidad; no se evidencia ninguna forma de cuidado físico, y para algunas, es la primera vez que acuden a una cita con el endocrino para recibir tratamiento médico. Es interesante que dos de estas mujeres son precisamente aquellas que trabajan en el Sistema de Salud, y juegan un papel importante en la promoción del autocuidado, lo que pone en evidencia el fenómeno de la paradoja comportamental. Aun cuando conocen sobre la necesidad de conductas saludables, hasta el momento no las han ejercido y persisten en la ejecución de comportamientos perjudiciales para el desarrollo de la obesidad. En otros casos, esta falta de control de la salud es promovida por el insuficiente conocimiento con respecto a la enfermedad, falta de adherencia al tratamiento, escasa percepción del estado de salud y de la vulnerabilidad de la enfermedad. Todo esto actúa como factor de riesgo del proceso de afrontamiento y puede dar cuenta del poco desarrollo o inoperancia de la capacidad de autocuidado en estas mujeres.

Es significativo como el rol de cuidadora interfiere en el control de la propia salud, convirtiéndose en un factor de riesgo. De aquí se desprende una concepción de género tradicional ante la imagen mujer-cuidadora, donde se le ubica como la principal responsable del cuidado de otros, particularmente los hijos, lo que en ocasiones las lleva a un abandono de su autocuidado.

Dicho esto, seis de las mujeres estudiadas, promueven el autocuidado desde el punto de vista físico, teniendo en cuenta que la mayoría de los indicadores a través de los cuales se expresa son favorables. Es así que muestran algún tipo de conocimiento sobre la obesidad, tienen una alimentación saludable, no tienen hábitos nocivos y prevalece un control de la salud favorecido por una adherencia al tratamiento de las diferentes enfermedades que padecen. No obstante, en cuatro de ellas la calidad del sueño no es

buena y solo dos realizan ejercicios físicos, siendo estos aspectos los que resultan más deficientes. Por otro lado, el resto de las mujeres (4) no promueven el autocuidado desde esta perspectiva. De los seis indicadores analizados, más de la mitad son desfavorables.

Dimensión psicológica del autocuidado en mujeres de mediana edad con obesidad

Respecto a la dimensión psicológica del autocuidado, prevalece en ocho mujeres una inestabilidad emocional, como resultado de la vivencia de *estados emocionales* displacenteros, tales como ansiedad, que condiciona el comer en exceso, depresión, tristeza, abatimiento, irritabilidad, que se muestran como tendencia en ciertas mujeres y reflejan generalmente, un estado de ánimo negativo. Algunas lo asocian a determinadas situaciones familiares, que involucran a personas significativas para ellas, junto a la carga psicológica que provoca el proceso de afrontamiento a las distintas enfermedades que padecen, entre ellas la obesidad.

En otros casos, la vivencia de malestar es también resultado de la opinión social o insatisfacción con la imagen corporal, basada en estereotipos y prejuicios culturalmente establecidos, donde priman factores de género relacionados con los cánones de belleza actual, que promueven la imagen de una mujer delgada. Otras relacionan estas emociones negativas a la incapacidad que les genera la propia condición de enfermedad en su función de cuidadora. Algunas se valen en ciertas ocasiones de determinadas estrategias para aliviar el malestar emocional, tales como realizar una actividad que les genere satisfacción, promover el autocontrol emocional o refugiarse en la religión, actuando como factores resilientes en el proceso de enfermedad.

Acerca del afrontamiento a la enfermedad, seis de las mujeres han tenido un comportamiento pasivo, al no promover acciones para el autocuidado. En las otras cuatro mujeres el afrontamiento a la enfermedad ha resultado positivo y optimista, en algunos casos resiliente, promovido por la buena adherencia al tratamiento. La visión del proceso de enfermedad y su afrontamiento determina en buena medida la forma en que se asumen los cuidados físicos, lo que pone de relieve la relación entre el autocuidado físico y el psicológico.

En cuanto a la autovaloración, se evidencia una pobreza autovalorativa y poca reflexión de sí mismas. A la mayoría de estas mujeres la obesidad las ha impactado física y emocionalmente, apuntando a una autovaloración inadecuada, con tendencia a la subvaloración. La preocupación por la obesidad refleja mayor interés estético que por salud. No obstante, tres de las personas estudiadas están conformes con su imagen corporal, por lo que no es motivo de malestar emocional y reflejan cierta satisfacción con sí mismas. Esto último tiene una influencia negativa, al constituir uno de los factores que determinan que dos de ellas no realicen acciones para su autocuidado y reflejen una baja adherencia al tratamiento.

Los proyectos futuros en estas mujeres carecen de estructuración, pues en cinco casos, no dependen de sí mismas, sino que están en función de otros significativos para ella, como los hijos, reafirmando la concepción tradicional de mujer - madre. Sobre esto último, los hijos constituyen para algunas de estas mujeres un motivo orientador de sentido, al impulsar sus reflexiones y conductas en el presente y orientadas al futuro, reconociendo la necesidad de un estado favorable de salud, que se convierte en otra de las aspiraciones, para las cuales algunas de ellas realizan acciones y otras no. Esta cuestión de género atraviesa sus expectativas futuras, lo que puede determinar un mejor control de la salud y afrontamiento activo a la enfermedad entre algunas de ellas. Por otro lado, cuatro de las pacientes presentan proyectos parcialmente estructurados y se orientan hacia la pérdida de peso y la mejora de su salud. De manera general, se evidencia una escasa proyección futura, solo un caso se plantea más de un proyecto y otro no se plantea ninguno.

A partir de lo expuesto, la mayoría de los casos (7) no promueve el autocuidado psicológico, siendo el más deficiente. Sobre esto, los procesos cognitivos no están afectados, pero, prevalecen estados de ánimo negativos, tales como pobreza autovalorativa y poca reflexión de sí misma, insatisfacción con su imagen corporal, escasa proyección futura y en algunos casos una desestructuración en sus proyectos, así como un afrontamiento pasivo o pesimista a la enfermedad. Por otro lado, el resto de los sujetos promueven el autocuidado psicológico ya que, al menos tres de los elementos que están de base son adecuados, entre estos fundamentalmente, la esfera emocional y el afrontamiento a la enfermedad.

Dimensión social del autocuidado en mujeres de mediana edad con obesidad

La dimensión social del autocuidado es promovida por las mujeres a partir de sólidas redes de apoyo social, fomentadas por las buenas relaciones familiares, de pareja y laborales, que constituyen espacios de satisfacción donde la obesidad no impacta negativamente, considerándose fuentes de apoyo emocional, social y económico en el afrontamiento a la enfermedad. Respecto a la familia de origen, la mitad de las mujeres tienen antecedentes de obesidad, lo que pone en evidencia la existencia de determinantes genéticos y una mayor susceptibilidad a la obesidad. Todas mantienen una relación estable y sus parejas no muestran rechazo por su imagen corporal. En la mayoría, sus parejas presentan obesidad, pero no muestran interés por recibir tratamiento, no obstante, las apoyan. En ese sentido, la sociedad patriarcal establece un trato diferente entre las mujeres y hombres con obesidad y exige un cuerpo distinto en función del género. Es así que, en el hombre, la constitución gruesa puede asociarse a la rudeza corporal, al poder o altos cargos en la escala social, vivenciándose de manera diferente en las mujeres, a las que de cierta manera se castiga y presiona por las características de su imagen corporal. De ahí que sean ellas las que mayormente acuden a un tratamiento para perder peso, aunque en uno de los casos estudiados su pareja resultó también beneficiada.

En el tiempo libre, nueve de las mujeres refieren llevar a cabo algún tipo de actividad, aunque solo la mitad refiere realizar actividades de ocio y esparcimiento, siendo este un aspecto menos desarrollado.

Sobre la vinculación laboral, se sienten satisfechas en el espacio laboral y mantienen relaciones favorables con sus compañeros de trabajo, de los cuales han recibido apoyo, de manera que la obesidad no ha influido negativamente en este espacio. Reconocen cualidades propias que favorecen las relaciones sociales, por lo que no perciben dificultades en las relaciones interpersonales.

Discusión

Teniendo en cuenta que no se reportan investigaciones antecedentes, particularmente sobre autocuidado en mujeres de mediana edad con obesidad, que además analicen las dimensiones física, psicológica y social, se tomarán como referentes para la discusión de los resultados, los estudios que contienen las siguientes palabras claves: autocuidado, obesidad y mujeres adultas.

Entre los hallazgos correspondientes al autocuidado físico, particularmente referidos al poco conocimiento de la enfermedad, como uno de los indicadores analizados, este resultó un factor influyente en la falta de autocuidado de algunas de las mujeres. No obstante según *Contreras*,⁽²⁰⁾ no hay relación significativa entre el nivel de autocuidado y nivel de conocimiento. De igual manera, la realización de ejercicios, que constituye otro de los indicadores presente en una minoría, se corresponde con los resultados encontrados por varias investigaciones que demuestran que la mayoría de estas mujeres no realizan actividad física.^(21,22,23,24) Sin embargo, se opone a los resultados alcanzados por *Aldás*⁽⁵⁾ en una muestra de pacientes con diabetes, que en su mayoría consideraron el ejercicio y la realización de actividades físicas como un factor importante para controlar su enfermedad. Con esto muestran que este factor es uno de los menos influyentes en el déficit de autocuidado, porque la mayor parte de la muestra realiza o considera importante llevar a cabo esta tarea. En el caso de las mujeres del presente estudio, la mitad de ellas además de la obesidad padece de diabetes y aunque en su cotidianidad hay presencia de actividad física, entendida como todo movimiento corporal que supone gasto de energía,⁽²⁵⁾ lo que puede incluir las actividades del hogar como ellas refieren, no es considerado ejercicio, como indicador de autocuidado, pues no hay una actividad planeada, estructurada y repetida para mantener una buena salud.⁽²⁵⁾

Referido al control de la salud como otro indicador físico evaluado, aunque no fue un aspecto presente en su generalidad, existen varios casos en los que resultó negativo, no evidenciándose prácticas de autocuidado en este sentido, lo que se asemeja con otras investigaciones.^(26,27) Lo anterior puede estar influenciado entre otros factores, por la escasa percepción del estado de salud y conocimiento de la enfermedad, como factores de riesgo. Como evidencia de tal correspondencia, en el estudio de *Landeros y otros*,⁽²⁶⁾ 64 % de las mujeres se consideraba con un buen estado de salud y se percibían sanas aun cuando su IMC denotaba primer grado de obesidad. Se debe tener en cuenta que,

en el caso de las mujeres del presente estudio, la mayoría (7) presenta obesidad grado III (mórbida) y padece de otras enfermedades crónicas (diabetes e hipertensión). Una explicación posible a esta cuestión es la cualidad de enfermedad silenciosa que se atribuye a la obesidad y no es hasta que la persona hace externa la molestia que se percibe su estado negativo de salud.⁽²⁶⁾

Por otro lado, los factores psicológicos merecen especial atención, por su implicación en el mantenimiento de la obesidad. Los resultados en la esfera emocional que hablan fundamentalmente de una sintomatología depresiva y ansiosa en mujeres con obesidad se corresponden con otras investigaciones.^(23,28,29) No obstante, resulta contradictorio con lo planteado por *Godoy*⁽²⁸⁾ en cuanto al nivel de autoestima, pues en alguna de las mujeres estudiadas la obesidad les afecta en su autovaloración y esfera emocional. Es significativo como la mayor parte de las mujeres no establecen asociaciones entre la vivencia de emociones negativas y el sobreconsumo de alimentos, lo que se contradice con resultados de varias investigaciones.^(24,30) Particularmente, en el estudio desarrollado por *Barragán* y otros⁽³⁰⁾ las mujeres manifestaron que los problemas de la vida diaria les hacían ingerir una mayor cantidad de alimentos, y que solían utilizar la comida para premiarse.

Se pudo constatar que mujeres adultas con obesidad presentan insatisfacción con su imagen corporal y algunas incluso anhelan una figura más delgada, lo que coincide con la literatura.^(23,24) En la investigación desarrollada por *Díaz* y otros⁽²⁴⁾ las participantes con obesidad también referían grados de insatisfacción con su imagen corporal. No obstante, algunas reconocían en ellas cualidades positivas, aspecto que se corresponde con lo hallado en las mujeres de la muestra, elemento que puede estar compensando el malestar vivenciado. Al mismo tiempo, para *Lora* y *Saucedo*⁽³¹⁾ el IMC se correlacionó positivamente con la insatisfacción de la imagen corporal indicando que a mayor IMC hay una percepción de obesidad y una mayor insatisfacción con la imagen corporal, lo cual se corresponde con lo observado en el presente estudio. Las mujeres que se declararon insatisfechas fueron las que mayor grado de obesidad presentaron, y en consecuencia mayor IMC.

Según se pudo constatar, la dimensión psicológica del autocuidado resultó la más desfavorecida teniendo en cuenta los indicadores descritos. Resultaron mayormente afectadas la esfera emocional, la autovalorativa y el afrontamiento a la enfermedad, lo que se corresponde también con los resultados alcanzados por *Aldás*,⁽⁵⁾ que reconoce

como factor de mayor influencia en el déficit de autocuidado, el psicológico, pues la mayoría de los pacientes refirieron que su estado de ánimo les impedía realizar tareas de autocuidado y adherencia al tratamiento.

La dimensión social del autocuidado resultó la más favorecida, lo que actúa como factor protector, pues un mayor apoyo social le puede permitir a estas mujeres el logro de una mayor estabilidad y control de los procesos, una percepción más positiva de su ambiente y ayuda al mejor entendimiento de las indicaciones que debe tomar en pro de su salud.^(5,30)

Es significativo que, aun cuando todas atribuyen un significado negativo a la obesidad, excepto en dos casos, la mayoría desea adelgazar por una cuestión estética, asociado al ideal de belleza femenina construido culturalmente, restándole importancia a la preservación de la salud, lo que coincide con la literatura.⁽³⁰⁾

Otro de los resultados que se contradice con lo aportado por la literatura revisada^(29,30,32) es que, no se puede hablar de dificultades en las relaciones interpersonales en ningún espacio, carencia de habilidades sociales, rechazo, pues casi la totalidad de los casos analizados no vivencian las críticas sociales como discriminación, ni las reconocen como tal. Más bien lo asumen con indiferencia o atribuido a una característica de la sociedad y del ideal de mujer que prevalece, como una cuestión normalizada, y en su lugar valoran como positivo y suficiente, el apoyo social que reciben.

A partir del estudio realizado, se identificaron como limitaciones, la falta de estudios previos sobre autocuidado en mujeres con obesidad, especialmente en Cuba, que constituyan un referente y que favorezcan la discusión teórica y de los resultados de la investigación. Otra limitación la constituyó el tamaño de la muestra, que no posibilitaría generalizar los resultados obtenidos. Estos solo ofrecieron una visión holística, comprensiva y descriptiva del autocuidado, en un grupo de mujeres de mediana edad con obesidad, que se atienden en el INEN. No obstante, se hace factible su aplicabilidad y constituye un punto de partida para futuros estudios.

Se concluyó que, la dimensión física del autocuidado es promovida por varias de las mujeres, aunque la realización de ejercicio físico y el sueño-descanso se ven desfavorecidos. La dimensión psicológica resultó la de mayor vulnerabilidad en casi la totalidad de las mujeres con manifestaciones negativas en la esfera emocional, autovalorativa, de proyección futura y el afrontamiento a la enfermedad. La dimensión social del autocuidado resultó la más atendida, sin embargo, las actividades de ocio y esparcimiento no fueron privilegiadas por la mayoría. De manera que, las mujeres promueven en su mayoría el autocuidado social, en un segundo lugar el autocuidado físico, y el autocuidado psicológico resultó el más deficiente en la mayoría de los casos de estudio.

Referencias bibliográficas

1. Orem D E. Normas prácticas de enfermería. Madrid: Ediciones Pirámide;1983.
2. Montiel Castillo VE. Programa Psicoeducativo para el afrontamiento activo a la enfermedad de mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad [Tesis de Doctorado en Ciencias Psicológicas]. Las Villas, Cuba: Universidad Central Marta Abreu de Las Villas, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología; 2016.
3. Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev Med Electrón [Internet]. 2014 [citado: 15/04/2018]; 36(6):835-45. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>
4. Vega OM, Suárez J, Acosta S. Agencia de autocuidado en pacientes hipertensos del Hospital Erasmo Meoz. Rev Colomb Enferm [Internet]. 2015 [citado: 15/04/2018]. Disponible en: <http://studylib.es/doc/5824250/agencia-de-autocuidado-en-pacientes-hipertensos-del-hospital>
5. Aldás Arellano LP. Factores bio-psico-sociales que influyen en el déficit de autocuidado en pacientes diabéticos, del club diabéticos, hospital San Vicente de Paúl 2019 [Tesis de Licenciatura en Enfermería] Ibarra, Ecuador: Universidad Técnica del

Norte, Facultad de Ciencias de la Salud; 2019. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://repositorio.utn.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/9828/2/06%2520ENF%25201103%2520TRABAJO%2520DE%2520GRADO.pdf&ved=2ahUKEwikzJ2csOvnAhUGn-AKHSSHANAQFjALegQIBRAC&usg=AOvVaw28WPXiLgI5g7rD_Tu9H42Z

6. Litano Juarez VM. Prácticas de Autocuidado en Adolescentes de la I.E. “Virgen del Varmen” N° 6014. VMT -Lima 2014. [Tesis de Licenciatura en Enfermería]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, EAP de Enfermería; 2015.

7. Fuillerat Alfonso R. Programa de intervención psicoterapéutico-educativo en adolescentes con obesidad exógena. [Tesis de maestría en Psicología Clínica]. La Habana, Cuba: Universidad de La Habana, Facultad de Psicología; 2013.

8. Peña M, Bacallao J. La obesidad y sus tendencias en la región. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2001 [citado: 05/05/2018];10(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892001000800001>

9. Olza Meneses J, Gil Hernández A. La obesidad. Mediterráneo económico [Internet]. 2015 [citado: 05/05/2018];27:225-37. Disponible en: <http://www.publicacionescajamar.es/pdf/publicaciones-periodicas/mediterraneo-economico/27/27-732.pdf>

10. Puente Perpiñán M, Ricardo Falcón T, Fernández Díaz R. Factores de riesgo relacionados con la obesidad en niñas y niños menores de 5 años. Medisan. [Internet]. 2013 [citado: 05/05/2018];17(7). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v17n7/san06177.pdf>

11. Jiménez Acosta S, Díaz Sánchez ME, García Roche R, Bonet Gorbea M, Wong Ordóñez I. Cambios en el estado nutricional de la población cubana adulta de diferentes regiones de Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol. [Internet]. 2012 [citado: 05/05/2018]; 50(1):4-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032012000100002&Ing=es

12. Jiménez Acosta SM, Rodríguez Suárez A, Díaz Sánchez ME. La obesidad en Cuba. Una mirada a su evolución en diferentes grupos poblacionales. Rev Cubana Aliment

Nutr. [Internet]. 2013 [citado: 05/05/2018];23(2):297-308. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubalnut/can-2013/can132i.pdf>

13. Cubadebate [Internet]. La Habana, Cuba; 6 de julio de 2018 [citado 19/02/2020]. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2018/07/06/la-obesidad-un-problema-de-salud-en-cuba/>

14. Bastías Arriagada E, Sanhuesa Alvarado O. Conductas de autocuidado y manifestaciones perimenopáusicas en mujeres de la comuna de concepción en Chile. Cienc enf [Internet]. 2004 [citado: 15/04/2018];10(1):41-56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532004000100006>

15. Díaz ME, García Roche R. Nuevos datos del sobrepeso y obesidad adulta en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr. [Internet]. 2014 [citado: 15/03/2017];30(3). Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Maria_Diaz27/publication/261913286_Nuevos_datos_del_sobrepeso_y_obesidad_adulta_en_Cuba/links/54958e150cf2ec13375b298e/Nuevos-datos-del-sobrepeso-y-obesidad-adulta-en-Cuba

16. Morales J. Obesidad. Un enfoque multidisciplinario [Internet]. Hidalgo, México: Editorial Las Tres Gracias; 2010 [citado: 05/03/2018]. Disponible en: http://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/icsa/asignatura/libro%20de%20

17. Chiprut R, Castellanos Urdaibay A, Sánchez Hernández C, Martínez García D, Elena Cortez M, Del Conde Ovadía P. La obesidad en el siglo XXI. Avances en la etiopatogenia y tratamiento. Gac Méd Méx. [Internet]. 2001 [citado: 15/04/2018]; 137(4):324-34. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2001/gm014e.pdf>

18. Flores Pérez M, Garza Elizondo M, Hernández Cortés P. Autocuidado en el adulto mayor con diabetes tipo 2. Rev enferm Herediana [Internet]. 2015 [citado: 15/04/2018]; 8(2):70-4. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/2684/2560>

19. Rueda Núñez YM, Gálvez Díaz ND. Estilos de autocuidado de estudiantes de enfermería en el contexto universitario: un análisis desde la teoría de Dorotea Orem.

Chiclayo, 2013. Tzhoeoen [Internet]. 2014 [citado: 05/05/2018];6(1):241-52. Disponible en: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/tzh/article/download/29/28>

20. Contreras Gamarra NE. Autocuidado y factores biopsicoculturales en pacientes con síndrome metabólico. Unidad Básica de Atención Primaria-Víctor Larco. Trujillo 2012. Cientifi-k [Internet]. 2013 [citado: 15/04/2018];1(1):20-7. Disponible en: <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/CIENTIFI-K/article/download/342/230/>

21. Silva ME, Pinto de Jesus M C, Barbosa Merighi M, Moura de Oliveira D, Queiroga Souto R, Ribeiro Biscotto P. Obesidad en mujeres adultas: estudio transversal de base domiciliar. Online braz j nurs [Internet]. 2014 [citado: 05/03/2018];13(3):302-10. Disponible en: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4393>

22. Rosales Ricardo Y. Algunas características de las mujeres con obesidad del municipio de Holguín, Cuba. Rev Esp Nutr comunitaria [Internet]. 2014 [citado: 20/04/2018];20(1):16-21. Disponible en: doi:10.7400/RENC.2014.01.1.5004

23. Cruzat Mandich C, Díaz Castrillón F, Lizana P, Castro A. Comparación por sexo en imagen corporal, síntomas psicopatológicos y conductas alimentarias en jóvenes entre 14 y 25 años. Rev Med Chil. [Internet]. 2016 [citado: 19/02/2019];144:743-50. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n6/art08.pdf>

24. Díaz Castrillón F, Cruzat Mandich C, Oda Montecinos C, Inostroza M, Saravia S, Lecaros J. Comparación de mujeres jóvenes con obesidad y normopeso: vivencia corporal, hábitos saludables y regulación emocional. Rev Chil Nutr [Internet]. 2019 [citado: 19/12/2019];46(3):308-18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182019000300308>

25. Aguirre Andrade M. Autocuidado y patrones de consumo, asociados al sobrepeso, obesidad en adultos, Clas San Juan Bautista, Ayacucho 2016. Rev Inv UNSCH [Internet]. 2017 [citado: 19/12/2019];25(2):133-141. Disponible en: <http://revistas.unsch.edu.pe/index.php/investigacion/article/download/15/15>

26. Landeros E, Tenahua I, Salazar TJ, Juarbe T, Grajales I. Obesidad y autocuidado en mujeres de una comunidad rural mexicana. Horizon enferm [Internet]. 2007 [citado: 19/12/2019];18(2):11-20. Disponible en: <http://publicaciones.horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/rhe/article/download/641/475>

27. Ticona Herrera I. Prácticas de autocuidado y calidad de vida en mujeres en la etapa de climaterio del establecimiento de salud I-29 de octubre Juliaca 2017. [Tesis de Licenciatura en Enfermería] Puno, Perú: Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Enfermería; 2019. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11013/Ticona_Herrera_Indira.pdf?sequence=1&isAllowed=y
28. Godoy Leal FA. Sintomatología de depresión, ansiedad y baja autoestima en mujeres obesas con trastorno del comedor compulsivo. Rev chil nutr [Internet]. 2014 [citado: 20/04/2018];41(3):260-63. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v41n3/art05.pdf>
29. Arteaga A. El sobrepeso y la obesidad como un problema de salud. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2012 [citado: 20/04/2018];23(2):145-153. Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF_revista_médica/2012/2_marzo/Dr_Arteaga_1-7.pdf
30. Barragán R, Rubio LI, Portolés O, Asensio EM, Ortega C, Sorlí JV et al. Estudio de investigación cualitativa sobre las diferencias entre hombres y mujeres en la percepción de la obesidad, sus causas, abordaje y repercusiones para la salud. Nutr Hosp [Internet]. 2018 [citado: 19/12/2019];35(5):1090-99. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.1809>
31. Lora Cortéz CI, Saucedo Molina T. Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al Índice de Masa Corporal en una muestra de mujeres adultas de la Ciudad de México. Salud Mental. [Internet]. 2006 [citado: 20/04/2018];29(3):60-7. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2006/sam063h.pdf>
32. Hernández Barragán Y. Impacto social del sobrepeso y obesidad en la mujer adulta. PsiMe [Internet]. 2016 [citado: 20/04/2018];2(1). Disponible en: <http://cies-revistas.mx/index.php/Psicomotricidad/article/view/44>>.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Guadalupe Alarcó Estévez (elaboración del marco teórico, diseño metodológico, trabajo de campo, recolección de la información, procesamiento y análisis de la información, así como elaboración del informe final de investigación).

Claudia Cancio-Bello Ayes (elaboración del diseño metodológico, trabajo de campo, recolección de la información, procesamiento y análisis de la información).

Adriana Agramonte Machado (ubicación y selección de la muestra de estudio y elaboración del diseño metodológico de la investigación).

Alexis Lorenzo Ruíz (elaboración del diseño metodológico y revisión crítica del manuscrito).