

# Artículo original

## Prácticas de autoatención en pacientes de los tres niveles de atención en instituciones de salud de México

### *Self-care Practice in Patients from the Three Levels of Primary Care in Health Institutions of Mexico Prática de auto-cuidado em pacientes dos três níveis de atenção em instituições de saúde no México*

Omar Fernando Ramírez-de la Roche,\* Alicia Hamui-Sutton,\* Ruth Fuentes-García,\*\* Rebeca Aguirre-Hernández\*\*\*

ATEN FAM 2013;20(3)

#### Resumen

**Objetivo:** conocer las prácticas de autocuidado en pacientes de unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud al inicio de sus padecimientos. **Material y métodos:** investigación cualitativa y descriptiva en la cual se eligieron 22 de 57 entrevistas semiestructuradas de una investigación general sobre satisfacción de usuarios, en la que los pacientes acudieron a los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias. Se utilizaron cuatro de los 120 códigos creados originalmente para conocer las prácticas. **Resultados:** las estrategias empleadas en las prácticas de autoatención, de acuerdo con su importancia, fueron: uso de plantas medicinales, utilización de fármacos sin receta, realización de actividad física, ingesta de alimentos, apoyo espiritual y consumo de drogas. **Conclusiones:** no obstante que los pacientes fueron atendidos en el tercer nivel de atención médica, al inicio de su padecimiento utilizaron diversas estrategias encaminadas a su curación así como para soportar el dolor y las molestias de la enfermedad.

#### Summary

**Objective:** to know self-care practice in patients of the Ministry of Health hospital units at the beginning of their sufferings. **Material and methods:** a qualitative and descriptive research, in which 22 of 57 semi-structured interviews from a general research on satisfaction of users were selected, from patients attending the outpatient, inpatient and emergency services. Four of the 120 codes originally created were used to learn practices. **Results:** the strategies used in self-care practices, according to their importance, were: use of medicinal plants, use of drugs without prescription, physical activity, intake of food, spiritual support and drug use. **Conclusions:** although patients were attended in the third hospital level of medical care, at the beginning of their condition they used different care strategies in order to cure or to endure pain and discomfort of the disease.

**Palabras clave:** prácticas de autoatención, autocuidado, padecimiento

**Key Words:** self-care practices, self-care, condition

**Palavras chave:** práticas de auto-cuidado, auto-cuidado, a doença

Recibido: 14/11/12

Aceptado: 12/4/13

\*Coordinación de Investigación Educativa, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

\*\*Departamento de Matemáticas, Facultad de Ciencias, UNAM.

\*\*\*Secretaría General, Facultad de Medicina, UNAM

Correspondencia:  
Omar Fernando Ramírez-de la Roche  
omaramirez26@hotmail.com

Este artículo debe citarse: Ramírez-de la Roche OF, Hamui-Sutton A, Fuentes-García R, Aguirre-Hernández R. Prácticas de autoatención en pacientes de los tres niveles de atención en instituciones de salud de México. Aten Fam. 2013;20(3):91-95.

## Resumo

**Objetivo:** conhecer as práticas de auto-cuidado em pacientes das unidades hospitalares do Ministério da Saúde, no início de seus sofrimentos. **Material e métodos:** estudo qualitativo descritivo em que se escolheram 22 entrevistas semi-estruturadas das 57 que foram realizadas como inquérito geral para a satisfação do usuário. Os pacientes foram atendidos nos serviços ambulatoriais, internação hospitalar e serviço de emergência. Usamos quatro dos 120 códigos criados originalmente para as práticas. **Resultados:** as estratégias utilizadas em práticas de autocuidado, de acordo com sua importância, foram: uso de ervas, uso de drogas sem prescrição médica, atividade física, ingestão de alimentos, apoio espiritual e uso de drogas. **Conclusões:** apesar de que os pacientes foram tratados no terceiro nível de assistência médica, no início de sua doença usaram várias estratégias para sua cura e para suportar a dor e o desconforto da doença.

## Introducción

Entre los años 2010 y 2012 se realizó la investigación “Satisfacción/insatisfacción de los usuarios del sistema de salud con la atención desde sus expectativas y experiencias en México”, con el propósito de crear un nuevo instrumento que evaluará las expectativas y experiencias de los pacientes y sus acompañantes en su interacción con el sistema de salud en unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud.

Una parte de este trabajo se centra en la primera fase de la Trayectoria de la atención sanitaria, cuando los usuarios entrevistados experimentaron los primeros signos de malestar, padecimiento o enfermedad y se iniciaron dentro de la familia o del grupo parental acciones para restaurar la salud. Este conjunto de actividades podría comprenderse como el primer nivel de atención real al que se recurre en el interior de la familia.<sup>1-3</sup>

El término autocuidado bien podría considerarse casi un sinónimo de autoatención, ya que ambos expresan prácticas endógenas de salud que son ejercidas de manera informal comúnmente en el mismo

domicilio; sin embargo, la existencia de los dos conceptos puede servir para diferenciar el ámbito difuso en que se concretan estas prácticas, que incluyen acciones centradas tanto en el individuo como en el grupo doméstico, pero que no son aisladas ni autónomas puesto que están inmersas en un marco sociocultural. De esta forma, resulta conveniente utilizar el término autocuidado para denotar las prácticas enfocadas en aspectos preventivos o de promoción de la salud, que son generalmente cotidianas, y que suelen estar centradas en los individuos o el grupo doméstico; mientras que autoatención se refiere a las prácticas relativas a los episodios de enfermedad o cualquier tipo de sufrimiento, que tienden a activar respuestas colectivas, y, por lo tanto, servirá para ubicar las relaciones en que éstas se insertan y que abarcan al grupo doméstico.<sup>4-6</sup> Por prácticas o prácticas sociales se entiende el conjunto organizado de conductas y acciones rutinarias o eventuales que los entes sociales llevan a cabo en distintas esferas; en este caso, se refiere principalmente a las acciones del enfermo.<sup>7</sup>

El objetivo del trabajo fue conocer las prácticas de autoatención de pacientes al inicio de su padecimiento, esto es, cuando emprendieron el itinerario de la atención médica.

## Material y métodos

Investigación cualitativa y descriptiva que se desarrolló durante los años 2010 y 2012 en los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización de 19 hospitales ubicados en el Distrito Federal y en cinco ciudades del interior del país: Tapachula, Ciudad Victoria, León, Tuxtla y Mérida.

Se realizaron 57 entrevistas semiestructuradas a pacientes y/o acompañantes. Se efectuó una exploración de los diversos eventos de salud que antecedieron y de aquejitos por los cuales se acudió a los institutos de salud.

Todos los pacientes entrevistados recibieron atención médica, en nosocomios denominados hospitales federales de referencia (HFR), institutos nacionales de salud (INS) y hospitales regionales de alta especia-

lidad (HRAE). Al momento del ingreso, muchos tenían otras patologías, pero nuestro interés estuvo centrado en el momento en que aparecieron los primeros síntomas en su largo recorrido por instituciones y personal del sistema de salud mexicano.

De las 57 entrevistas en profundidad realizadas, se utilizaron 22 de ellas para este trabajo, con los siguientes criterios: fueron contestadas por los pacientes y no por sus acompañantes y proporcionaron información concerniente a las prácticas de autoatención a las que recurrieron al inicio de sus padecimientos.

Las entrevistas tuvieron una duración de 30 minutos, y se realizaron a los pacientes cuando salían de los servicios. El análisis de los datos se hizo con Atlas.ti 6, un programa de análisis cualitativo que permitió el manejo de las distintas variables y la focalización de hallazgos sobresalientes.

La guía creada para la aplicación del instrumento estuvo compuesta por las siguientes dimensiones: inicio del padecimiento (diagnósticos, primeros síntomas), dinámica de atención (previa al hospital, búsqueda), experiencia en el hospital (llegada, atención, problemas con servicios), evaluación y expectativas (resolución del problema, trato, calidad) y familia-atención-paciente (decisiones sobre la salud, afectación de la vida cotidiana, apoyo familiar, tratamientos complementarios). Inicialmente se emitieron 120 códigos; cabe aclarar que, para fines de este trabajo, sólo se tuvieron en cuenta cuatro para analizar la información: características de los usuarios, inicio de los padecimientos, tipo de hospital y manejo doméstico del padecimiento.

El *corpus* obtenido a través de los códigos permitió contextualizar el medio donde se realizaron las prácticas de autocuidado o autoatención. Del apartado cuantitativo se utilizaron los resultados de una pregunta sobre el uso de medicina alternativa por los entrevistados.

Para articular el gran volumen de información recabado, se elaboró un modelo con el fin de explicar la trayectoria de pacientes y acompañantes por una institución sanitaria

que brindó servicios médicos a un gran segmento poblacional sin derechohabiencia. En el modelo se describió el transcurrir de los usuarios en dos momentos. En el primero se hace referencia al Itinerario en la atención médica, que incluye la descripción sobre los usuarios, las vivencias relacionadas con el inicio de los padecimientos, la interpretación de los síntomas, las representaciones culturales, los imaginarios de la enfermedad, las diferencias por género, la manera de vivir socialmente la enfermedad, las reacciones ante los síntomas, la afectación en la familia y la concurrencia previa a las unidades médicas de los diversos niveles de atención médica. El segundo momento se inicia con la llegada de los usuarios al conjunto de hospitales para dar cause al Itinerario en la atención hospitalaria, que arrancó como una fase de tránsito hacia la atención especializada.

## Resultados

**Características de los usuarios.** Los resultados obtenidos ubicaron a los usuarios como “población abierta o no asegurada” con características distintivas como baja escolaridad e ingreso. De los 22 entrevistados, la mayoría fue mujer; amas de casa que participaron activamente en la economía familiar: se dedicaron a la venta de productos por catálogo, fueron meseras y realizaron otros trabajos eventuales; además, su contribución fue muy importante para la aplicación de las diversas estrategias del autocuidado en el interior de sus familias. Cuando ellas enfermaron, se afectó la dinámica familiar. La mayoría acudió por atención médica a los INS, concentrándose en la consulta externa y la hospitalización, como se observa en la tabla 1.

**Inicio de los padecimientos.** En los testimonios se encontró una actitud diferenciada entre la percepción de mujeres y hombres cuando experimentaron los primeros síntomas de malestar. Las mujeres, al notar las molestias, evaluaron su condición y se administraron remedios caseros, realizaron dietas, consumieron medicamentos básicos como analgésicos, antiinflamatorios y antiácidos, dependiendo del tipo de malestar. Des-

**Tabla 1. Características de los usuarios entrevistados**

Variables		Frecuencia
Edad	X	38 años
	Rango	18-78 años
Género	Femenino	16
	Masculino	6
Unidad hospitalaria	Total	22
	INS	11
	HPR	5
	HRAE	6
	Total	22
Tipo de servicio	Hospitalización	9
	Urgencias	4
	Consulta externa	9
	Total	22

pués evaluaron su efectividad y la evolución de los síntomas, con el entendimiento de que su manejo sería temporal, de modo que debieron decidir si los malestares podían ser tratados de manera doméstica o requerían atención médica.

Por su parte, los hombres tendieron a minimizar sus síntomas hasta que se hicieron innegables, actitud que se ha reportado en el contexto iberoamericano,<sup>8</sup> para no afectar su actividad laboral o escolar, como mencionó un joven con problemas renales cuando se le preguntó ¿En las primeras instancias tu esposa qué te decía? ¿Te sobaba, te daba pastillas?:

*No, ella desde el primer día me dijo que fuéramos al doctor, que fuéramos al doctor, pero yo no le hacía caso* (hospital regional de alta especialidad, hombre de 28 años, Bajío).

Cabe subrayar que la mayoría de los usuarios entrevistados en consulta externa que acudió a INS para atención especializada también recurrió al homeópata al inicio de sus padecimientos.

**Reacciones ante los síntomas.** Las reacciones de los entrevistados respecto a los síntomas iniciales fueron diversas: fluctuaron desde la sorpresa, la negación y la búsqueda de información hasta la indiferencia. Estas reacciones coinciden con otras investigaciones efectuadas en España.<sup>6</sup> Se encontraron actitudes diferenciadas por género: las mu-

jerse se atendieron con remedios caseros, realizaron dietas o ingirieron medicamentos difundidos en los medios de comunicación, mientras que los hombres presentaron en general una actitud de indiferencia. Sin embargo, debido a la gravedad, se consideró necesario buscar otras opiniones o asesoría, por ejemplo de gente cercana. Tales condiciones fueron comunes en el mundo de los pacientes con enfermedades crónicas y agudas,<sup>7</sup> como lo ilustra el testimonio de un trabajador del campo cuya enfermedad se complicó al no recibir atención médica cuando aparecieron los primeros síntomas:

*Como a los dos años y medio empiecé a ir al pueblo, allá, a los médicos del pueblo, porque no se me hacía tan grande el problema (pancreatitis), o tan grave* (hospital regional de alta especialidad, hombre de 41 años, Yucatán).

Cuando aliviaron sus síntomas iniciales, las personas se continuaron administrando remedios caseros (tés, herbolaria, masajes), dietas o medicamentos sugeridos, esperando que se convirtieran en una solución final, hasta que los síntomas desaparecieron o se agravaron.

Respecto a las dietas, aunque existió gran variedad de respuestas, el grupo entrevistado tuvo preferencia por aquellas con productos vegetales, como lo corroboró un paciente diabético, que en un principio buscó mejorar su estado de salud:

*Llevaba una dieta de ajo con nopales y no sé que más pero me cansé y la dejé. Me volví más vegetariano definitivamente...* (instituto nacional de salud, hombre de 48 años, Distrito Federal).

En general, hombres y mujeres reaccionaron ante la aparición de los primeros síntomas; la primera atención y la automedicación fueron dadas a partir de la experiencia femenina (abuelas, madres o tíos). En los casos de pacientes neonatos, la figura de la abuela cobró mayor relevancia como guía en el manejo de la enfermedad; sobre todo cuando los padres eran adolescentes, ella supervisó los síntomas y acompañó a la nuera en la búsqueda de atención.

En cuanto al uso de medicinas alternativas, se identificó que 28.4% de la muestra utilizó las siguientes modalidades: herbo-

ria (15%), homeopatía (11%), huesero (10%), sobador (9%), acupuntura (7%), curandero (3%), y magnetoterapia, natu- rismo, cama terapéutica, aroma- terapia, microdosis, electrodos, quiropráctico, meditación, yoga, iridología y metafísica (1%).

**Prácticas de autoatención o autocuidado.** El análisis de los códigos “características de los usuarios”, “inicio de los padecimientos” y “tipo de hospital” permitió contextualizar el medio en el cual se realizaron las prácticas que se materializaron en las primeras acciones de la atención del padecimiento. También se aprovecharon los datos obtenidos del código “manejo doméstico del padecimiento”, en el que se plasmaron las siete estrategias de autocuidado con sus respectivos productos encontrados<sup>11-14</sup> (tabla 2).

No obstante que se entrevistó a más mujeres que hombres en esta investigación, fue evidente, como puede apreciarse en la tabla 2, la cercanía de las mujeres con conocimientos de plantas curativas, medicamentos con eficacia probada durante anteriores eventos de salud y otras estrategias empleadas al inicio de sus malestares.

Al final de largos procesos caracterizados por acudir a diversas instancias de atención médica, ya fuera pública o privada, así como por realizar un sinnúmero de estudios de gabinete y tecnológicos, recurrir a gastos onerosos y acudir a redes de apoyo, los facultativos establecieron diagnósticos precisos relacionados con artritis, cáncer, diabetes, asma, depresión, síndromes, problemas renales e infartos al miocardio. Varios pacientes fueron sometidos a intervenciones quirúrgicas. Este microuniverso de padecimientos coincide con las principales causas de morbilidad nacional; por ejemplo, para 2007, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) mencionaba como las 10 principales causas: *Diabetes mellitus*, enferme-

**Tabla 2. Prácticas de autoatención empleadas por género**

Mujeres	
Estrategias	Productos
Plantas medicinales	Tomar té de hierbas: manzanilla, canela, hierbabuena, cabellos de elote, riñosa (mezcla de té azul y pelos de elote); baños calientes de hierbas para la fríaldad en el cuerpo; jugos de naranja o de arándano; aguas de jamaica, limón o quinina; miel, con coco o con limón
Fármacos	Tomar pastillas de hierro; inyección de vitaminas; aplicación de pomadas para los hongos; tomar pastillas de Buscapina® y Dolac®
Actividad física	Hacer ejercicio ( <i>spinning</i> ); trabajo excesivo
Alimentos	Comer chocolates, propóleos y miel
Drogas	Consumir cocaína
Otras estrategias	Beber mucha agua; no aguantarse de orinar; acostarse boca abajo
Hombres	
Estrategias	Productos
Plantas medicinales	Tomar sábila con miel, té amargo, cinconegetros
Fármacos	Dos pacientes tomaron pastillas (no identificadas); tomar té con Tempra® (calentura) y Buscapina compuesta® (dolor)
Alimentos	Comer nopal asado o crudo
Espiritualidad	Rezar
Otras estrategias	No beber refresco

dades isquémicas del corazón, enfermedad cerebrovascular, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infecciones respiratorias agudas bajas, nefritis y nefrosis, accidentes de vehículo de motor (tránsito), tumor maligno de la mama y tumor maligno del cuello del útero.<sup>15</sup>

### Discusión

La mayoría de los entrevistados tenía ingresos bajos; muchas eran mujeres, amas de casa que además participaban activamente en la economía familiar. De las prácticas de autoatención llevadas a cabo, un gran número forma parte de la medicina popular mexicana, un fuerte sistema arraigado en lo más profundo de la cosmovisión e identidad de los grupos sociales actuales, que no sólo es practicado por los curadores tradicionales, en cuanto especialistas con reconocimiento social, sino que la población misma detenta dichos conocimientos y los aplica de acuerdo con sus necesidades económicas, sociales y simbólicas.<sup>1</sup>

Hay coincidencia con otros estudios que señalan que en el ámbito doméstico el cuidado a la salud lo proporcionan las mujeres, entendiendo éste como algo más amplio que la simple lucha contra la enfermedad; es más bien como un pensar materno que estimula y facilita las condiciones para su desarrollo, es decir, un saber esencialmente femenino de cuidado a la salud en el ámbito doméstico, que podríamos llamar “el pensar materno”.<sup>16-18</sup>

Los resultados obtenidos en esta investigación coinciden con los diversos autores que mencionan que la autoatención ejercida por los usuarios en sus contextos sociales se convierte en acciones propias del primer nivel de atención, realizadas en la familia.<sup>1,19,20</sup> Es importante establecer habilidades educativas para informar a los usuarios del sistema de salud nacional sobre el uso adecuado y ajustado de plantas medicinales, una tradición mexicana que se remonta hace siglos y que sigue siendo cotidiana, como fue evidenciado por los entrevistados que ingieren infusiones; toman baños calientes de hierbas, aguas y combinaciones vegetales; y utilizan fármacos adquiridos sin receta médica y promocionados por los medios de comunicación.<sup>21</sup> Las instituciones nacionales de salud deben ser capaces de afrontar esta no tan nueva realidad, ante la que se ha optado por prohibir. Les concierne reconocer las prácticas sociales de autocuidado de una población heterogénea y diversa, que frente al padecimiento y la enfermedad interviene para restaurar su salud.

### Conclusiones

Se considera que indagar sobre estas prácticas de autocuidado fue relevante, ya que cuando los pacientes iniciaron sus padecimientos ya se efectuaban acciones encaminadas a mitigarlos; fue en este contexto en

el que se establecieron dichas estrategias, basadas en el capital social acumulado históricamente como el conjunto de conocimientos médicos curativos.<sup>1</sup>

Se puede concluir que en este grupo de pacientes se ejemplifica el comportamiento del uso de diversas estrategias de atención que se llevan a cabo en la vida real. No sólo se atendieron en los sistemas biomédicos, sino que en un primer momento la mayoría utilizó sobre todo plantas medicinales como estrategias de atención encaminadas a su curación o a soportar el dolor o las molestias de la enfermedad.

### Agradecimiento

Al Fondo Sectorial de Salud Conacyt con número de registro 1-2009-112890 y al apoyo otorgado por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE).

### Referencias

1. Arganis EN. Estrategias para la atención de la diabetes mellitus de enfermos residentes en Co-samaloapan, Veracruz. México: INAH; 1998.
2. Campos-Navarro R. Prácticas médicas populares: algunas experiencias sobre el proceso de autoatención curativa. En: Campos-Navarro R, compilador. La antropología médica en México. México: Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana; 1992.p.186-210.
3. Menéndez E. Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. México: CIESAS, Colección Cuadernos de la Casa Chata, no. 86; 1988.
4. Haro J. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En: Perdigüero E, Comelles JM<sup>a</sup>, editores. Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Bellaterra; 2000.
5. Canals J. La reciprocidad y las formas actuales de ayuda mutua. En: Contreras J, coordinador. Reciprocidad, cooperación y organización comunal: desde Costa a nuestros días. Zaragoza: Instituto Aragonés de Antropología-FAAEI; 1996.
6. Comelles JM. Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales. Jano. 1985;6-7:71-83.
7. Osorio RM. La cultura médica materna y salud infantil. Síntesis de representaciones y prácticas sociales en un grupo de madres de familia. Tesis de maestría en Antropología Social. México: ENAH; 1994.
8. Montilla F. El paciente y la familia ante la enfermedad, Valencia: Asociación Española de Enfermos de Hepatitis C, conferencia 28 de junio; 2006.
9. Kuthy MI. El paciente terminal y su familia. Rev. Resid. de Psiquiatr. 2003;4(2):22-5.
10. García M. Cuidados de salud, género y desigualdad. Revista de la Escuela Andaluza de Salud Pública. 2005;5(3):23-42.
11. Organización Mundial de la Salud. Medicina tradicional [Internet]. 2012. Disponible en: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/es/index.html)
12. Agencia Latinoamericana y Caribeña de Comunicación. Primer lugar de Latinoamérica con 285 sectas religiosas [Internet] [citado 2012 Nov 12]. Disponible en: <http://www.portalecumenico.net/es/noticias-detalle.asp?cod=1091>
13. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Versión resumida. 5. Apoyo psicosocial y espiritual a la persona en FFV [Internet] [citado 2012 Nov 12]. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/resumida/apartado05/apoyo02.html>
14. Murray S, Boyd K, Sheikh A, Thomas K, Higginson I. Developing primary palliative care. People with terminal conditions should be able to die at home with dignity. BMJ. 2004;329:1056-7.
15. Sistema Nacional de Información en Salud. Mortalidad. Información tabular [Internet] [citado 2012 Nov 12]. Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>
16. Cunneen S. Mother church. What the experience of women is teaching her. New York: Paulist Press; 1991.
17. Ruddic S. Maternal thinking: toward a politic of peace. New York: Ballantine Books; 1989.
18. Hernández I, Arenas M, Valde R. El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. Rev Salud Pública. 2001;35(5):443-50.
19. Kroeger A, Barbira F. La lucha por la salud en el alto Amazonas y en los Andes. Quito: Abya-Yala; 1992.
20. Barragán A. La experiencia del dolor crónico. Tesis de doctorado en Antropología. México: ENAH-INAH; 2005.
21. Barragán-Solís A. La práctica de la autoatención por fitoterapia en un grupo de familias mexicanas. Arch. Med. Fam. 2006;8(3):155-62.