



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Representaciones sobre autocuidado en el contexto colombiano desde la perspectiva
psicológica**

Leidy Stefania Pérez Rodríguez

Manuela Castrillón Castaño

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicólogas

Asesora

Carmen Natalia Acevedo Mesa, Magíster (MSc) en Ciencias del Comportamiento

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Psicología
Medellín, Antioquia, Colombia
2025



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Cita

(Pérez Rodríguez & Castrillón Castaño, 2025)

Referencia

Estilo APA 7 (2020)

Pérez Rodríguez, L. S., & Castrillón Castaño, M. (2025). *Representaciones sobre autocuidado en el contexto colombiano desde la perspectiva psicológica* [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Tabla de contenido

Resumen	9
Abstract	10
Introducción	11
1 Planteamiento del problema	13
2 Justificación.....	21
3.1 Objetivo general	22
3.2 Objetivos específicos.....	22
4 Marco teórico	23
4.1 Trauma	23
4.1.1 Trauma Psicológico	23
4.1.2 Trauma en Manuales Diagnósticos	25
4.2 Cuidado	25
4.3 Cuidado de Sí	26
4.4 Autocuidado	27
4.4.1 Dimensiones e indicadores del autocuidado	29
4.5 Trauma y Autocuidado.....	31
5 Metodología	33
5.1 Enfoque Metodológico	33
5.2 Estrategia Metodológica.....	33
5.3 Muestreo y Saturación Teórica.....	34
5.3.1 Categorías de análisis.....	34
5.4 Instrumentos	35
5.4.1 Entrevista a profundidad.....	35
5.4.1.1 Criterios de Inclusión y Exclusión.	36

5.4.1.1.1 Criterios de Inclusión Participantes.....	36
5.4.1.1.2 Criterios de Exclusión Participantes.....	37
5.5 Plan de análisis de la información.....	37
5.6 Consideraciones éticas	38
6 Resultados	41
6.1 Definición y construcción subjetiva.....	43
6.1.1 Percepciones con respecto al cuidado.....	43
6.1.2 Historia de aprendizaje y experiencias	44
6.1.3 Representaciones frente al concepto de autocuidado.....	45
6.2 Prácticas de autocuidado	46
6.2.1 Dimensión física	48
6.2.2 Dimensión cognitiva	49
6.2.3 Dimensión emocional	50
6.2.4 Dimensión social.....	51
6.2.5 Dimensión espiritual	53
6.3 Contexto e influencia en las representaciones.....	53
6.3.1 Influencia del Entorno.....	54
6.3.1.1 Entorno familiar.	54
6.3.1.2 Entorno social.....	55
6.3.1.3 Entorno Cultural.....	56
6.3.2 Obstáculos.....	57
7 Discusión.....	60
8 Conclusiones	68
9 Límites y recomendaciones	71
Referencias	73

Anexos.....78

Lista de tablas

Tabla 1 Categorías y subcategorías de análisis previas y emergentes del estudio	42
--	----

Lista de figuras

Figura 1 Mapa mental de categorías apriorísticas.....	35
Figura 2 Mapa mental de estrategias de autocuidado según su dimensión funcional.....	47

Siglas, acrónimos y abreviaturas

APA	American Psychological Association
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
DBT EP	Terapia Dialéctico Conductual con Exposición Prolongada
EMDR	Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares
FUNDASIL	Fundación Silencio
GCRNV	El Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia
INMLCF	Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
INS	Instituto Nacional de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
RUV	Registro Único de Víctimas
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático
TPC	Terapia de Procesamiento Cognitivo

Resumen

Este estudio tiene como objetivo comprender las representaciones sobre el autocuidado a nivel multidimensional en el contexto colombiano desde una perspectiva psicológica. Para ello se identificaron las representaciones de autocuidado de cinco participantes, pertenecientes a una de las regiones de Colombia: Andina, Caribe, Pacífico, Orinoquia y Amazonia. La metodología utilizada fue la teoría fundamentada y se utilizó la entrevista semiestructurada como fuente de información. Los resultados dieron cuenta que el tema de autocuidado, está orientado con mayor frecuencia hacia lo físico, no obstante, emergieron otras conductas que, desde la experiencia subjetiva, contribuyen al bienestar integral, donde se reconoce tanto el trabajo con uno mismo como la relación con el entorno. De igual forma, se evidenció que la historia de aprendizaje influye en la manera en que dichas prácticas se configuran y se sostienen a lo largo del tiempo. Finalmente, se identificaron obstáculos y factores contextuales que pueden facilitar o limitar la posibilidad de llevar a cabo dichas conductas, en las distintas esferas de la experiencia individual y colectiva. Se concluyó que el autocuidado está condicionado por factores socioculturales, económicos y políticos. La población colombiana, se caracteriza por tener una tendencia inicial en el cuidado físico; sin embargo, también aparecieron prácticas en las dimensiones emocionales, cognitivas, sociales y espirituales, lo que favorece una visión más amplia e integral.

Palabras clave: autocuidado, dimensiones, prácticas, aprendizaje, experiencias significativas

Abstract

This research aims to understand multidimensional representations of self-care within the Colombian context from a psychological perspective. To achieve this, self-care representations were identified in five participants, each from a different region of Colombia: Andean, Caribbean, Pacific, Orinoquía, and Amazon. The methodology was based on grounded theory, and semi-structured interviews were used as the primary source of information. Findings revealed that self-care is most frequently oriented toward physical aspects; however, other behaviors emerged that, from a subjective experience, contribute to overall well-being. These include both personal inner work and the relationship with one's environment. Additionally, the study showed that learning history influences how these practices are shaped and sustained over time. Finally, obstacles and contextual factors were identified that may either facilitate or hinder the implementation of self-care behaviors across various spheres of individual and collective experience. The study concludes that self-care is conditioned by sociocultural, economic, and political factors. While the Colombian population tends to prioritize physical care initially, practices also emerged in emotional, cognitive, social, and spiritual dimensions, supporting a broader and more holistic view of well-being.

Keywords: self-care, dimensions, practices, learning, meaningful experiences

Introducción

Las dinámicas del contexto colombiano, desde el conflicto armado hasta las diferentes problemáticas de ciudad, han dejado profundas huellas en la población, generando altos índices de trauma y desencadenando una serie de respuestas adaptativas, como la normalización de la violencia y la negligencia del propio bienestar. A pesar del creciente interés sobre la importancia del autocuidado en la recuperación de experiencias traumáticas en investigaciones internacionales, la literatura sobre autocuidado es abordado especialmente desde el ámbito de salud, lo que limita la aplicación conceptual en otras disciplinas como la psicológica, de igual forma, la producción investigativa colombiana presenta una brecha significativa en la exploración de este concepto a nivel multidisciplinar.

Los conceptos de trauma y autocuidado son utilizados de manera frecuente en la cotidianidad. En los últimos años ha emergido la relación entre ambos términos, aunque la producción académica al respecto resulta escasa a nivel internacional y prácticamente inexistente en el ámbito nacional. Si bien algunas investigaciones han planteado la importancia del autocuidado en el contexto del trauma, surge la necesidad de indagar cómo se comprende y representa el autocuidado en Colombia, con el fin de contar con bases sólidas para futuras investigaciones y analizar su incidencia en las experiencias de trauma.

Esta necesidad adquiere especial relevancia en el contexto colombiano, que ha generado un número significativo de víctimas y personas con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático. En este marco, la presente investigación tiene como propósito identificar y comprender las representaciones de autocuidado en la población colombiana, reconociendo su papel en el bienestar integral.

El trabajo, en su marco teórico, desarrolla la conceptualización del trauma, el cuidado, el autocuidado y sus principales dimensiones e indicadores. Metodológicamente, se sustenta en la teoría fundamentada, lo que resulta pertinente dado que no existen antecedentes suficientes sobre el autocuidado desde una perspectiva multidisciplinar; esta estrategia permite, a partir de los datos emergentes, construir conceptos y categorías de análisis.

Los hallazgos presentan en tres grandes categorías: 1. abarca los significados que los participantes le atribuyen al cuidado y posteriormente al autocuidado como concepto, esto se define desde sus propias experiencias y reflexiones personales, 2. comprende las prácticas de autocuidado

en las dimensiones; físico, emocional, cognitivo, social y espiritual y 3. recoge todos los factores, dinámicas o experiencias que inciden de forma indirecta o directa en cómo se concibe y se practica el autocuidado.

La discusión se organiza en torno a los resultados obtenidos: primero, las nociones iniciales de cuidado vinculadas a la historia de aprendizaje y experiencias como base de la representación del autocuidado; luego, las prácticas identificadas como conductas o hábitos derivados de las definiciones construidas por los participantes; y finalmente, las influencias y obstáculos que condicionan la adopción o limitación de patrones de autocuidado, así como sus connotaciones en las experiencias significativas.

En las conclusiones se evidencian los objetivos alcanzados, destacando la construcción de una representación del autocuidado en Colombia que integra tanto la influencia del contexto como las percepciones subjetivas de los individuos, orientadas hacia la búsqueda de un bienestar integral.

Se recomienda ampliar la muestra o realizar futuras investigaciones con población más representativa de las regiones colombianas, también investigaciones más específicas donde la muestra tenga diagnóstico de Estrés Postraumático o una mirada a contextos específicos de Conflicto Armado Colombiano. Así mismo, sería importante diseñar y validar una escala que permita medir de forma más precisa las representaciones y prácticas de autocuidado.

1 Planteamiento del problema

El trauma psicológico se define como “el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante e inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona” (Salvador, 2009, p. 5). Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2024), cerca del 70% de la población mundial vivirá algún suceso potencialmente traumático a lo largo de su vida, aunque solo una minoría desarrollará trastorno de estrés postraumático (TEPT), la prevalencia mundial de TEPT se estima en un 3,9%, aumentando hasta el 15,3% en poblaciones expuestas a conflictos armados o guerras, en el caso colombiano, las cifras reflejan un panorama crítico: el Registro único de víctimas [RUV] (2023) reporta que el 18,3% de la población ha sido víctima del conflicto armado, según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [INMLCF] y el Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia [GCRNV] (2025), se ha documentado 6.965 muertes violentas, 41.644 lesiones no fatales y 13.823 por violencia intrafamiliar en lo corrido del año, de igual forma, el Instituto Nacional de Salud [INS] (2024) reporta 66.621 casos de violencia de género, confirmando la magnitud del impacto traumático en la sociedad.

Desde el ámbito clínico, American Psychiatric Association [APA] (2014) señala que, en algunos individuos, el trauma se manifiesta en la reexperimentación del miedo, con predominio de síntomas emocionales y conductuales. Asimismo, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) describe características como recuerdos intrusivos, evitación de situaciones asociadas y una sensación persistente de amenaza (OMS, 2019).

En esta misma línea, Van der Kolk (2023) explica que el trauma produce cambios fisiológicos y cerebrales, como el aumento de la actividad en hormonas del estrés, la alteración del sistema cerebral, lo que conlleva el aumento de la hipervigilancia y dificultad en aprender de la experiencia, estas alteraciones comportamentales son causadas por cambios reales en el cerebro, sus investigaciones han mostrado la utilidad de tratamientos orientados a estabilizar la fisiología, como la Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR), yoga y *neurofeedback*. Por otra parte, *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* [SAMHSA] (2014) sostiene que el impacto del trauma puede ser sutil, insidioso o directamente destructivo, la forma en que un evento afecta a un individuo depende de muchos factores, incluidos las características del individuo, el tipo y las particularidades del evento, los procesos de desarrollo, el significado del trauma y los factores socioculturales.

El rastreo del concepto ha sido explicado desde la experiencia individual; sin embargo, es importante observarlo desde lo colectivo, Martín-Baró (2003) plantea el trauma psicosocial señalando que estos daños, además de afectar al individuo se producen y mantienen en la sociedad llegando a impactar poblaciones enteras, estas experiencias dejan cicatrices emocionales y psicológicas que influyen en la forma de pensar, sentir y relacionarse, en Colombia, la diversidad cultural, la desigualdad social y las más de cinco décadas de conflicto armado han permeado la vida del país, generando un impacto profundo y duradero en la población. Serrano & Quintero (2020) subrayan que más de 70 años de conflicto han dejado marcas imborrables en la población. Orrego et al. (2020) reportan que entre el 60,6% y el 90% de la población ha vivido algún tipo de trauma; el 40,2% de los adultos entre 18 y 44 años y el 41,4% de los mayores de 45 lo han experimentado, y un tercio de quienes han estado expuestos a violencia intrafamiliar presentan trauma psicológico, Sontag (2003) menciona que muchos colombianos se han acostumbrado y silenciado frente a la violencia, incluso justificándola, lo que evidencia un trauma psicosocial que perpetúa la indiferencia y la deshumanización en las relaciones sociales. La indiferencia colectiva constituye una manifestación del trauma psicosocial, ya que refleja cómo las condiciones sociales no solo originaron la violencia, sino que también la han mantenido en el tiempo, esto ha favorecido la construcción de relaciones deshumanizantes que limitan la capacidad de reconocer y vincularse con el otro, perpetuando así el ciclo del daño, esta realidad desafía a construir nuevas formas de convivencia, además transformar las prácticas e interacciones que han sido construidas desde la indiferencia y la desesperanza (Serrano & Quintero, 2020).

El trauma desde diferentes aristas representa una pérdida para el individuo, pues va más allá de una pérdida física, ya que incluye una disminución de la confianza, identidad, sentido de pertenencia, pérdida de cotidianidad o rutinas establecidas y cambios fisiológicos. Todo esto puede implicar un desbalance en el bienestar emocional y la calidad de vida, por lo que las intervenciones como la Terapia Narrativa, EMDR, Terapia Dialéctico Conductual con Exposición Prolongada (DBT EP), Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC), entre otras, buscan no solo aliviar el sufrimiento, sino también restaurar el control en quien lo ha experimentado.

Anabel González y Dolores Mosquera, quienes trabajan desde la terapia EMDR, han investigado el impacto y las respuestas en situaciones o acciones cotidianas en pacientes con trauma, encontrando que una de las principales pérdidas es en las prácticas del autocuidado, partiendo de que “la negligencia y el trauma temprano alteran el modo en el que las personas se

cuidan a sí mismas”(González & Mosquera, 2012, p. 108), ya que al crecer en entornos abusivos o descuidados, no internalizan patrones de autocuidado sano, y, por el contrario, adoptan aquellas prácticas descuidadas que experimentaron de sus cuidadores y por ende su forma de entender el autocuidado es desadaptada, viéndose reflejadas en su vida adulta.

Por ello, desarrollaron una escala de autocuidado en el 2018, en España, con pacientes ambulatorios con diversos trastornos mentales, con el fin de analizar el constructo de autocuidado y examinar la hipótesis de la relación entre el autocuidado, el apego y el trauma temprano, dicha escala de autocuidado se define como un patrón de relación consigo mismo, con el mundo y con los demás, además exponen tres dimensiones, material, intrapsíquica e interpersonal (p. 374). En este sentido, refieren que las prácticas del autocuidado en el antes, durante y después de un evento traumático pueden mitigar o ser mantenedor de los síntomas, pues se convierte en una herramienta para enfrentar e intervenir los efectos negativos y superar el impacto del trauma en la salud mental.

El concepto de autocuidado en sí mismo no es nuevo, pero ha sido entendido desde lo externo en el ámbito de la salud, abordado principalmente en el área de enfermería y que data desde los años 50, con el aporte de Dorothea Orem, una enfermera estadounidense, quien propuso diferentes teorías alrededor de este. Prado Solar et al. (2014) señaló la definición del concepto de Orem como el “conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior” (p. 838). Si bien la definición es amplia, la aplicación, desde el ámbito profesional que lo expone, limita su concepción a prácticas asociadas a la prevención de enfermedades y la promoción de conductas de cuidado a nivel físico que promuevan el bienestar en la salud.

En relación con este tema, se encontraron diversas investigaciones:

Leonor María Cantera Espinosa y Francesca Cantera Espinosa (2014), desarrollaron en España el estudio titulado “El auto-cuidado activo y su importancia para la Psicología Comunitaria”. El objetivo de este escrito es “invitar a la reflexión sobre la importancia de incorporar en los programas formativos de Psicología Comunitaria (PC) lo que denominamos autocuidado activo durante y al tiempo que se interviene a nivel comunitario” (p.89), se realizó mediante un enfoque cualitativo basado en la revisión de literatura y el análisis de experiencias académicas y comunitarias. Los resultados muestran que promover competencias de auto-cuidado activo no solo mejora la vida personal y laboral de los profesionales, sino que también genera intervenciones más efectivas y humanas, las autoras concluyen que la incorporación del

autocuidado activo permite sostener el bienestar personal del profesional y fortalecer la intervención comunitaria, generando un impacto positivo tanto en quienes ejercen como en los colectivos con los que trabajan. (Cantera & Cantera, 2014).

En 2022, Paula Hidalgo Andrade, Ana J. Cañas Lerma y María Elena Cuartero Castañer publicaron en Quito, Ecuador, el artículo titulado “Autocuidado, afrontamiento e inteligencia emocional en estudiantes universitarios”, el objetivo del estudio fue describir los comportamientos de autocuidado, las estrategias de afrontamiento académico y los niveles de inteligencia emocional en estudiantes de carreras de la salud, identificando además los factores que favorecen la práctica del autocuidado. Se realizó mediante un estudio cuantitativo, transversal y no experimental. Se encontró que los estudiantes presentaron niveles intermedios de autocuidado, afrontamiento e inteligencia emocional, y se evidenció una relación significativa entre estas variables, siendo la regulación emocional un predictor clave del autocuidado. En sus conclusiones, los autores resaltaron que fortalecer el autocuidado y la inteligencia emocional en estudiantes universitarios contribuye a un mejor manejo del estrés y al bienestar personal y profesional, incluso en contextos de alta exigencia como la pandemia. (Andrade et al., 2022).

En 2021, Alejandra Torres Soto, Víctor Corral Verdugo, Víctor José Corral Frías y Fabiola Rojas Armadillo presentaron el “diseño y validación de la Escala de conductas de autocuidado”, cuyo objetivo fue contar con un instrumento que permitiera medir estas prácticas de manera confiable, el estudio tuvo un enfoque cuantitativo y contó con la participación de 235 personas del norte de México, en su mayoría mujeres jóvenes, los resultados muestran que el autocuidado se organiza en tres dimensiones: físico, psicológico y espiritual, mostraron evidencia de validez convergente y discriminante, lo que sugiere que cada dimensión representa un constructo diferenciado, pero articulado con las demás, en cuanto a la confiabilidad, los valores de consistencia interna fueron elevados, tanto para la escala total como para cada una de las subescalas, con coeficientes que oscilaron entre 0,93 y 0,96, asimismo se obtuvieron correlaciones significativas entre las dimensiones del autocuidado y variables personales relevantes, lo que proporcionó evidencia adicional de validez, los autores concluyen mencionando que el autocuidado debe comprenderse como un proceso integral que va más allá de las acciones ligadas a la salud física, subrayan la importancia de incluir la esfera psicológica, vinculada al bienestar emocional, y la espiritual, relacionada con el sentido de vida y los valores personales, de este modo, la escala

constituye una herramienta válida y útil para futuras investigaciones e intervenciones que busquen promover el autocuidado en sus diferentes dimensiones. (Torres et al., 2021).

Por otra parte, en 2011, Cristóbal Guerra Vio, Alma Mújica Platz, Adela Nahmias Bermúdez y Nelly Rojas Vidal llevaron a cabo un “análisis psicométrico de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos”. Su intención era medir la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado en psicólogos que trabajan realizando psicoterapia, mediante un estudio instrumental de validación psicométrica, con enfoque cuantitativo, en el que participaron 159 psicólogos clínicos chilenos que respondieron la Escala de Autocuidado junto con otras medidas relacionadas (burnout, ansiedad, estrés traumático secundario y calidad de vida), se encontró que aquellos psicólogos de la muestra que más frecuentemente ejecutan las conductas de autocuidado son los que mayores niveles de calidad de vida y logro personal presentan, y además son los que muestran menores niveles de agotamiento emocional, despersonalización, ansiedad estado y estrés traumático secundario, los autores destacan que el instrumento evalúa el constructo, mostrando su relación con indicadores clave como menor desgaste emocional, menos despersonalización, y mejor bienestar, el estudio puede resultar de utilidad en la medición del autocuidado en psicólogos clínicos. (Guerra Vio et al., 2011).

Nathaly Berrío García, Juan Pablo Sánchez Escudero y Germán Fernando Vieco Gómez (2023) realizaron la validación en Colombia de la “Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado Revisada”, en una muestra de 306 participantes. Incluye técnicas de análisis factorial exploratorio y confirmatorio para comprobar la validez de estructura, un panel de expertos valoró la relevancia, claridad, precisión y comprensión de los ítems y se evaluó la confiabilidad. Los resultados más relevantes muestran que la escala presentó una estructura clara y coherente, con alta consistencia interna y adecuada validez de contenido, lo que confirma su utilidad para medir la agencia de autocuidado en contextos latinoamericanos. Los autores concluyen que la versión del ASA-R presentada en este artículo posee propiedades métricas adecuadas y se recomienda su uso para medir agencia de autocuidado de la salud en población sana colombiana.

Luz Adriana Alarcón Barbosa, Maricely Corzo Morales y Erika Gisela Galeano Camacho publicaron en el año 2022, un estudio titulado “Espacios y tiempos para los cuidados y autocuidados. Apuntes para una aproximación histórica desde la situación de las mujeres”. El objetivo general fue examinar la evolución histórica del concepto de autocuidado y cómo, a lo largo del tiempo y en distintas culturas, las poblaciones y en particular las mujeres han desarrollado

prácticas de cuidado personal, para abordar este propósito, llevaron a cabo un enfoque cualitativo basado en una aproximación histórica y analítica, parte de un trabajo semilla realizado en un semillero de investigación universitario, revisaron definiciones clave, como la de 1982 de la OMS. Los resultados más relevantes para el autocuidado, destacan que su significado ha transitado desde un conjunto de prácticas informales hacia una capacidad integral que implica promover la salud y enfrentar adversidades, incluso sin apoyo médico. La autora subraya que el autocuidado trasciende lo individual y se enmarca en prácticas colectivas, comunitarias y culturales, especialmente arraigadas en las experiencias de las mujeres a lo largo de la historia, las autoras concluyen que el autocuidado debe entenderse como “una capacidad que involucra la promoción de la salud, la prevención y el afrontamiento consciente de las enfermedades” (Alarcón Barbosa et al., 2022, p. 27), y que sus raíces están profundamente vinculadas a la historia de las mujeres, quienes, desde contextos cotidianos, han sostenido y recreado continuamente estas prácticas.

Sumado al rastreo Andrés Gómez Acosta publicó un estudio en 2017 titulado “Predictores psicológicos del autocuidado en salud”, con el propósito de determinar en qué medida los estilos de afrontamiento, la autoeficacia percibida, la salud mental positiva y las creencias saludables, actuando de forma conjunta, predicen las pautas de autocuidado en salud en adultos jóvenes, el enfoque fue cuantitativo y utilizó una batería de instrumentos validados en una muestra de 570 adultos jóvenes, los participantes mostraron puntajes elevados en factores psicológicos protectores, creencias saludables y prácticas saludables, también se encontraron diferencias significativas en el autocuidado según el sexo y el estrato socioeconómico y, se observaron correlaciones importantes entre dichos factores adaptativos y las acciones de cuidado personal, finalmente señalan que aunque el modelo no es definitivo ofrece un soporte conceptual y empírico útil para desarrollar estrategias de promoción del autocuidado en salud, especialmente en jóvenes adultos, lo que aporta un marco sólido para orientar intervenciones dirigidas a fortalecer estas prácticas. (Gómez Acosta, 2017)

Fred Manrique-Abril, Alba Fernández y Anita Velandia llevaron a cabo la “validación de la versión en español de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado” (ASA), en 2009. En una muestra hospitalaria de Bogotá, se propusieron verificar la confiabilidad y validez del instrumento, que mide la capacidad que tienen las personas para realizar acciones de autocuidado, el estudio fue de carácter metodológico, con enfoque cuantitativo descriptivo-correlacional, y trabajó con datos secundarios de 201 pacientes adultos del programa de crónicos del Hospital de Tunjuelito, los resultados revelan que la escala mostró una estructura de nueve factores, los cuales

explicaron el 65,87 % de la varianza total, lo cual demuestra que la herramienta es capaz de captar distintas dimensiones del autocuidado, en sus conclusiones, los autores señalan que la versión en español de la escala ASA posee propiedades psicométricas adecuadas y válidas, lo que la hace útil para evaluar el autocuidado en contextos clínicos. Estas características respaldan su uso en la práctica de enfermería en Colombia, abriendo la puerta a su aplicación en estudios sobre autocuidado en poblaciones similares.

Jaiberth Antonio Cardona, Elías David Díaz y Yolanda Lucía López llevaron a cabo un estudio cualitativo en el año 2009, titulado “Autocuidado en recicladores-recuperadores informales de Medellín, Colombia, 2005”. La intencionalidad era “comprender las concepciones, actitudes y prácticas sobre autocuidado en los recicladores informales de Medellín” (p.309) Para ello, realizaron 52 entrevistas, junto con observación no participante y el uso de un diario de campo, encontraron que, para estos trabajadores, el autocuidado se entiende como una “protección del cuerpo con el fin de evitar la ocurrencia de enfermedad” (p.309), este cuidado incluye aspectos como higiene, alimentación, consulta médica, uso del tiempo libre y la utilización de elementos de protección personal, como guantes, tapabocas, cachucha y tapa oídos, además, destacan que, aunque los recicladores poseen saberes sobre la prevención y prácticas que promueven el bienestar, su aplicación es limitada, porque disminuyen el rendimiento, no las consideran necesarias, dependen de factores externos o carecen de los recursos económicos para ponerlas en práctica. En conclusión, el estudio revela que el autocuidado no solo tiene una dimensión biológica, sino que se inserta profundamente en una lógica social y se vincula a las consecuencias que el bienestar del recuperador puede generar en su familia, su grupo de trabajo y su comunidad, esto resalta que, aunque estos recicladores valoran el autocuidado, su implementación real está limitada por contingencias materiales y sociales. (Cardona A et al., 2009).

Es entonces que se debe ver el autocuidado más allá del cuidado físico, entendiéndolo como las acciones conscientes y deliberadas que las personas realizan para promover su bienestar físico, emocional y psicológico, en este sentido González y Mosquera (2012) incluyen la parte psíquica y emocional en su escala, buscando poder medir los patrones de autocuidado desde una definición multidimensional, con la intención de contribuir a la comprensión de cómo cuidan las personas de sí mismas, e identificar áreas a trabajar como focos de intervención, pues, se parte de que una persona con trauma, puede sentir una pérdida de control de su vida y emociones, experimentando dificultades para conectarse consigo mismas y confiar en su capacidad para cuidarse, lo que retrasa

el proceso de sanación y tratamiento. Es por ello que es importante emplear el autocuidado en la recuperación del trauma, pues permite a la persona tomar un papel activo en su proceso (González-Vazquez et al., 2018).

Ante este panorama, la importancia de conocer las implicaciones de las experiencias traumáticas en diferentes áreas vitales, hace necesaria la comprensión, investigación y conceptualización del concepto de autocuidado en nuestro contexto, puesto que implicaría una mirada diferente a las prácticas cotidianas que tienen los colombianos y por consiguiente un cambio o una percepción diferente de estas, además de aportar información para la realización de futuras intervenciones que podrían repercutir de manera positiva en los daños colaterales que se han presentado los últimos años por las dinámicas sociales del país.

Dado lo anterior, resulta pertinente plantearse la pregunta de investigación, ¿Cuáles son las representaciones sobre autocuidado en el contexto colombiano desde la perspectiva psicológica?

2 Justificación

Las dinámicas del contexto colombiano, desde el conflicto armado hasta las diferentes problemáticas de ciudad, han dejado profundas huellas en la población, generando altos índices de trauma y desencadenando una serie de respuestas adaptativas, como la normalización de la violencia y la negligencia del propio bienestar. A pesar del creciente interés sobre la importancia del autocuidado en la recuperación de experiencias traumáticas en investigaciones internacionales, la literatura sobre autocuidado es abordado especialmente desde el ámbito de salud, lo que limita la aplicación conceptual en otras disciplinas como la psicológica, de igual forma, la producción investigativa colombiana presenta una brecha significativa en la exploración de este concepto a nivel multidisciplinar.

Por ello, esta investigación se propone comprender las representaciones de autocuidado en población colombiana desde el contexto sociocultural marcado por la violencia y la adversidad, resaltando la importancia del tema y su exploración en relación con bienestar individual y social. Los resultados podrán aportar nuevos conocimientos, bases para futuras investigaciones, además, contribuir en prácticas clínicas, intervenciones psicológicas y sociales, como coadyuvante en diversas implicaciones de carácter psicológico; para la recuperación y tratamiento a comunidades afectada y con secuelas traumática, y ser fundamento de promoción y prevención en diferentes entornos.

3 Objetivos

3.1 Objetivo general

Comprender las representaciones sobre el autocuidado a nivel multidimensional en el contexto colombiano desde una perspectiva psicológica.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar las principales representaciones sobre el autocuidado en la población colombiana.
- Analizar cómo las características contextuales influyen en las representaciones y prácticas de autocuidado de los colombianos.
- Describir cómo las prácticas de autocuidado podrían contribuir a la sanación/resignificación de la experiencia traumática.

4 Marco teórico

Para dar sustento a la revisión documental y al abordaje de la relación entre trauma y autocuidado se hará una conceptualización a las diferentes variables asociadas al fenómeno de estudio.

4.1 Trauma

El vocablo ‘trauma’ proviene del concepto griego *traumat*, que significa “herida”, Se trata de una lesión física generada por un agente externo o de un golpe emocional que genera un daño continuo en el inconsciente. El daño sufrido deja de ser entendido como una ruptura del tejido humano y se convierte en una lesión que no es visible y que solo se puede percibir por sus síntomas, conductas desconcertantes y memorias involuntarias y disociadas. A mediados del siglo XIX aparece el término ‘memoria traumática’ para explicar las conductas del cuerpo cuando recuerda, involuntariamente, eventos de particular violencia y conflicto emocional. (Hernández, 2012, p. 119).

Según Martín-Baró (1988), “en psicología se suele hablar de trauma para referirse a una vivencia o experiencia que afecta de tal manera a la persona que la deja marcada, es decir, deja en ella un residuo permanente” (p. 75).

4.1.1 Trauma Psicológico

El trauma psicológico es un acontecimiento presente en la vida de casi todo ser humano en la medida que todos hemos tenido algunas experiencias que han determinado patrones de comportamiento que en el momento presente resultan disfuncionales. (Salvador, 2009)

Pierre Janet, define el trauma psicológico como:

El resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona. Cuando las personas se sienten demasiado sobrepasadas por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias

narrativas neutras. El terror se convierte en una fobia al recuerdo que impide la integración (síntesis) del acontecimiento traumático y fragmenta los recuerdos traumáticos apartándolos de la consciencia ordinaria, dejándolos organizados en percepciones visuales, preocupaciones somáticas y reacciones conductuales. (como se citó en Salvador, 2009, p.5).

Blaustein, refiere que:

el trauma se ha definido como un conjunto de eventos que abruma la capacidad para adaptarse a la vida, lo que lleva a fuertes emociones negativas que son asociadas con el grado de amenaza experimentada o presenciada para sí mismo (como se citó en Bañol-Salazar & Montoya-Arenas, 2022, p. 25).

Martínez Ibáñez (2010), refiere también que el trauma:

Es un acontecimiento con el que una persona no espera encontrarse nunca, ya que no forma parte de la experiencia humana habitual. Por la intensidad del acontecimiento y la ausencia de respuestas psicológicas adecuadas al mismo. Para hacer frente a algo desconocido e inusual, explican el impacto psicológico de este tipo de acontecimientos. (p. 6).

Saldaña García (2011), señala que los eventos traumáticos destruyen los sistemas de protección normales que dan sentido, control y conexión a las personas, esto se debe a que hay sentimientos de miedo, indefensión y amenaza de aniquilación. El hecho marca un antes y un después de cómo la persona ve el mundo y así misma.

Según Levine et al. (2022), la clave para superar los síntomas del trauma reside en la fisiología. Los autores explican que, al igual que los animales, los seres humanos presentan tres reacciones fundamentales frente a la amenaza: lucha, huida e inmovilidad, esta última es una estrategia involuntaria de supervivencia, vinculada al sistema nervioso primitivo, que permite entrar, mantener y salir del estado de parálisis, sin embargo, cuando el cerebro racional inhibe el impulso instintivo, la persona queda atrapada en la energía no liberada, la cual se convierte en síntomas que, de no resolverse, se transforman en trauma.

4.1.2 Trauma en Manuales Diagnósticos

Según APA (2014), el trauma es un conjunto de trastornos en los que la exposición a un evento traumático o estresante aparece, de manera explícita, como un criterio diagnóstico. Estos trastornos son el trastorno de apego reactivo, el trastorno de relación social desinhibida, el TEPT, el trastorno de estrés agudo y los trastornos de adaptación.

En la CIE, los trastornos específicamente relacionados con el estrés están directamente asociados con la exposición a un acontecimiento traumático o estresante, o a una serie de eventos o experiencias adversas de este tipo, para cada uno de los trastornos de este grupo se requiere, aunque no es suficiente, la presencia de un estresor identificable como factor causal. Aunque no todas las personas expuestas a un mismo estresor desarrollarán un trastorno, los trastornos de este grupo no se hubieran presentado si el estresor no hubiera ocurrido (OMS, 2019).

4.2 Cuidado

El cuidado se ha consolidado como un eje fundamental en los estudios sociales, económicos y de salud, al ser reconocido no solo como una práctica cotidiana, sino también como un derecho y una responsabilidad compartida entre el Estado, la sociedad y las familias. Su conceptualización ha evolucionado con el tiempo, incorporando dimensiones que van desde lo ético y relacional hasta lo político y estructural. En este sentido, resulta pertinente revisar las distintas definiciones y enfoques planteados por diversos autores e instituciones.

El cuidado constituye un valor universal y un propósito que orienta a la humanidad, entenderlo como una práctica y un trabajo significa reconocer que incluye muchas dimensiones conectadas entre sí, a través de las cuales se busca y se construye el buen vivir (Araujo Guimarães, 2024, p. 73).

En un comienzo, el cuidado se entendía como una responsabilidad asumida dentro del ámbito familiar, principalmente a cargo de las mujeres, con el paso del tiempo, y a partir de nuevas miradas y definiciones, esta noción se amplió para reconocer también el cuidado ofrecido por otros actores sociales (Batthyány & Genta, 2020, p. 222), en ese sentido Camps (2021) sugiere que “el cuidado es una obligación y responsabilidad compartida entre profesionales y no profesionales” (p. 20), además, de que puede asumirse de manera voluntaria o por necesidad, ya que surge de

situaciones de la vida a las que, tarde o temprano, todos nos enfrentamos. Por ello, es entendida como una obligación natural, sin necesidad de establecerse como un mandato jurídico concreto (Camps, 2021, p. 69).

Desde esta perspectiva del cuidado, este no se limita únicamente al individuo, para Pineda Duque (2024), el cuidado es “un conjunto de actividades físicas y emocionales que se deben realizar para atender necesidades y brindar bienestar a otras personas” (pp. 48-49), de igual forma para Arriagada Acuña (2020), se entiende como la creación y organización de los recursos indispensables para sostener la vida y la salud cotidianamente, así como la atención al bienestar físico y emocional de las personas en las diferentes etapas de su existencia (p. 123).

Por otra parte, la Política Nacional de Cuidado, contenida en el Consejo Nacional de Política Económica y Social [CONPES] (2025) entiende la cultura del cuidado como un conjunto de creencias, representaciones sociales, prácticas y hábitos que reconocen el cuidado y el autocuidado como la base para sostener la vida tanto individual como colectiva (Departamento Nacional de Planeación, 2025, p. 130). Asimismo, retoma lo expresado en la Sentencia T-583/23 (2023), que considera el cuidado como un derecho fundamental compuesto por tres dimensiones: el derecho al cuidado de quien lo requiere, los derechos y deberes de quienes brindan cuidado y el derecho y deber de autocuidado (citado por el Departamento Nacional de Planeación, 2025, p. 129). De igual forma, incluye la definición del Ministerio de Igualdad y Equidad (2024), que concibe el cuidado como un conjunto de prácticas y actividades orientadas a garantizar y sostener la vida en interdependencia, considerándolo pilar del bienestar individual y colectivo, con función social y de interés general (citado por el Departamento Nacional de Planeación, 2025, p. 129).

4.3 Cuidado de Sí

El cuidado de sí mismo implica, por un lado, el autoconocimiento en un sentido socrático-platónico, y por otro, la comprensión de un conjunto de normas de conducta y principios que funcionan tanto como verdades como prescripciones. De esta manera, el cuidado de sí consiste en apropiarse de dichas verdades, estableciendo un vínculo entre la ética y la búsqueda de la verdad (Foucault, 1994, p. 113), incluso, se emplea el concepto de *épiméleia*, que significa el cuidado de uno mismo, y que en ese sentido está conformado por una actitud integral que articula la relación con uno mismo, con los demás y con el mundo, implica preocuparse por uno mismo, volver la

mirada hacia el interior para observar y reflexionar sobre el propio pensamiento y finalmente se manifiesta como un modo de actuar y de comportarse que permite asumirse, modificarse y crecer en un proceso continuo de purificación y transformación (Foucault, 1994, pp. 34-35).

Bajo esta idea, para Camps (2021) el cuidado de sí, se trata de una manera particular de relacionarse con el mundo, de actuar y de vincularse con los demás, esto implica una atención constante sobre los propios deseos y pensamientos, que se expresa en prácticas como la meditación, el recuerdo del pasado y el examen de conciencia (p. 185), además si bien expone que en la:

Antigüedad fue un privilegio que podía permitirse una pequeña minoría, hoy es una obligación sin excusas de las personas que tienen satisfechas sus necesidades básicas, que pueden desenvolverse por sí mismas y que deben preocuparse no solo de su existencia (p. 196).

Sumado a lo anterior, el cuidado de sí puede entenderse como una disposición permanente que acompaña toda la vida y que implica una atención consciente hacia el cuerpo, la dimensión interior y la conducta personal, desde esta perspectiva filosófica, dicho cuidado aporta en dos niveles: por un lado, en el contenido, al vincularse con la búsqueda de alguna forma de felicidad y, por otro, en la forma, al invitar a reflexionar sobre el sentido mismo de la vida (Schutijser, 2022, p. 98).

4.4 Autocuidado

Dorothea Elizabeth Orem, desarrolló un modelo conceptual en el ámbito de la salud, en el que propone tres teorías relacionadas entre sí, cuya finalidad es mantener la funcionalidad vital de la persona mediante el cuidado de sí misma, según Prado Solar et al. (2014) entendiendo el autocuidado como un proceso proactivo y adaptativo a través del cual las personas buscan satisfacer sus necesidades básicas y promover su desarrollo. Siendo una capacidad fundamental para preservar la salud y el bienestar, siendo una respuesta dinámica a las demandas de la vida, además, propuso el déficit de autocuidado que se da cuando “la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado” (p. 841).

De acuerdo con la OMS (2024b), el autocuidado se concibe como “la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover y mantener la salud y para prevenir enfermedades y hacerles frente con o sin el apoyo de un trabajador de la salud o asistencial” (párr. 1). En la misma línea, el manual de autocuidado lo define como: “una aproximación a la salud, en la cual la persona es responsable de llevar a cabo acciones individuales y/o colectivas que puedan fortalecer o restablecer el estado de bienestar integral, así como prevenir enfermedades” (FUNDASIL [Fundación Salvadoreña para la Salud Mental] & UNICEF El Salvador., 2022, p. 10).

Para Riegel et al. (2012), el autocuidado se entiende como un proceso de conservación de la salud mediante prácticas que favorecen el bienestar y permiten gestionar la enfermedad. Está presente tanto en personas sanas como enfermas, pues todos lo realizan en su vida diaria. En situaciones de enfermedad estable, puede sostener la salud sin requerir atención clínica inmediata; sin embargo, incluso cuando la gestión de la enfermedad es prioritaria, el autocuidado sigue siendo necesario (p. 195).

En la misma línea del ámbito de la salud, según Vaughan et al., (2022), El autocuidado puede entenderse como un proceso natural de toma de decisiones orientado a mantener la estabilidad fisiológica y responder a los síntomas cuando aparecen, lo que implica tanto conductas proactivas de mantenimiento como acciones reactivas de gestión frente a las manifestaciones de la enfermedad (p. 516). El autocuidado es una capacidad vital para la protección de la salud y el manejo de enfermedades que permite a las personas y las comunidades asumir un papel activo en su bienestar (Seco et al., 2024, p. 1).

En este sentido, como lo expuso (Tobón Correa, 2003, p. 3) son todas las destrezas aprendidas de uso continuo que se realizan por libre decisión y tiene como finalidad fortalecer o restablecer la salud. Torres et al. (2021), refieren, además, que las personas que llevan a cabo hábitos de autocuidado reconocen que estas acciones no solo generan beneficios para su bienestar personal, sino que además promueven conductas prosociales (altruistas y equitativas) y proambientales (frugales y orientadas al cuidado ecológico).

Por otra parte, el autocuidado activo se define como: “el desarrollo de habilidades para el manejo de las emociones, que permiten, de manera activa y consciente, el cuidado en primera persona al tiempo que se interviene con el objetivo de promover el bienestar personal y colectivo” (Cantera & Cantera, 2014, p. 89).

Con una mirada integral y multidimensional, González y Mosquera (2012), exponen tres elementos para entender el autocuidado:

1) Una actitud o estado mental de valorar y querer al self (postura que lleva a que el individuo cuide bien de sí mismo), 2) no pelear con uno mismo y 3) desarrollar acciones específicas que aporten beneficios, crecimiento o valor al individuo. (p. 107)

En la propuesta de la escala de autocuidado se desarrollan tres dimensiones, permitiendo entender el concepto como un patrón de relación con uno mismo, con el mundo y con los demás. Dichas dimensiones se dividen en material, interna e interpersonal. La dimensión material implica la capacidad de buscar cosas buenas, buscar experiencias positivas y tratar de satisfacer las propias necesidades, la dimensión interna implica la capacidad intrapsíquica de mirarse a uno mismo de forma positiva y, al mismo tiempo, realista y finalmente la dimensión interpersonal está relacionada con la búsqueda de interacciones positivas con los demás para satisfacer las necesidades interpersonales de apoyo y cuidado (González-Vazquez et al., 2018, p. 374).

Para (Uribe J, 1999) el autocuidado debe pensarse como “una estrategia fundamental para promover la vida y el bienestar de las personas, de acuerdo con sus características culturales de género, etnia, clase y ciclo vital” (p. 110), de igual forma, expone que el papel de la cultura fue un papel importante en la forma en como las personas adoptan estas prácticas y que tener en cuenta tres aspectos, las creencias y tradiciones culturales, las paradojas comportamentales y la forma en el cuidado se transmite de manera estereotipada según el sexo (p. 113).

4.4.1 Dimensiones e indicadores del autocuidado

Butler et al. (2019) concibe el autocuidado como una práctica integral que abarca seis dominios interrelacionados: físico, profesional/laboral, relacional, emocional, psicológico y espiritual, ordenados siguiendo la jerarquía de necesidades de Maslow. Cada ámbito responde a posibles fuentes de estrés presentes en las distintas esferas de la vida, como el hogar, lo social, lo laboral, así como en dimensiones intrapersonales e interpersonales, estados emocionales y actividades intelectuales, entre otros y que requiere atención consciente y acción intencional para favorecer el bienestar general.

Según Cancio-Bello et al. (2020), La dimensión física del autocuidado abarca todas aquellas acciones que una persona realiza para mantener o mejorar su salud corporal. En el manual de autocuidado propuesto por FUNDASIL y UNICEF El Salvador (2022), refieren que el autocuidado físico incluye prácticas conscientes como una alimentación saludable, ejercicio regular, buena higiene y descanso adecuado. Estas acciones no solo previenen enfermedades, sino que fortalecen la conexión con el cuerpo, mejoran el estado de ánimo y favorecen el bienestar general. El manual destaca que cuidar el cuerpo es una forma de amor propio y de sostener la salud integral (p. 19).

Los indicadores de esta dimensión incluye: la realización de ejercicio físico como medio para fortalecer la condición física y prevenir enfermedades; la alimentación; el control periódico de la salud mediante chequeos médicos, consumo de medicamentos prescritos y monitoreo del propio estado físico; tener o no hábitos nocivos como el consumo de alcohol, tabaco o drogas; sueño y descanso reparador acorde con las necesidades del organismo; y el conocimiento sobre la enfermedad, entendido como la información que la persona posee acerca de sus causas, tratamiento, consecuencias y factores asociados. (Cancio-Bello et al., 2020, p. 129).

En cuanto al autocuidado cognitivo FUNDASIL y UNICEF El Salvador (2022) mencionan que implica identificar y gestionar los pensamientos, mantener estimulando las habilidades mentales, la percepción, la atención y la memoria. Por otra parte, en momentos de agotamiento o el estrés es importante no exigirse demasiado, respetar su ritmo, fijar objetivos y evitar tomar decisiones importantes cuando esté abrumado (p. 37). Por ende, “el autocuidado cognitivo se refiere a todas aquellas actividades, acciones y decisiones voluntarias que tienen como objetivo mejorar el bienestar de las funciones mentales y pensamientos” (FUNDASIL & UNICEF El Salvador 2022, p. 32)

El autocuidado emocional o psicológico implica reconocer, comprender y expresar adecuadamente las emociones, así como establecer límites y generar vínculos saludables. Se promueve la expresión asertiva, la autoescucha y el desarrollo de estrategias para afrontar el estrés y fortalecer el equilibrio interno. Estas prácticas permiten construir mayor estabilidad psicológica y relaciones más sanas (FUNDASIL & UNICEF El Salvador, 2022, p. 26). Esta incluye el manejo de los estados emocionales predominantes, procurando un equilibrio afectivo positivo; el mantenimiento de un funcionamiento cognitivo adecuado en procesos como atención, memoria, percepción y pensamiento; la autovaloración, la utilización de estrategias de afrontamiento efectivas frente a situaciones de salud o enfermedad (Cancio-Bello et al., 2020, p. 129).

FUNDASIL y UNICEF El Salvador (2022), menciona que el autocuidado social se refiere a la construcción y fortalecimiento de vínculos saludables con otras personas. Incluye la capacidad de establecer relaciones basadas en el respeto, la empatía y la reciprocidad, así como saber identificar y alejarse de vínculos nocivos o violentos. Este tipo de cuidado reconoce que el bienestar individual también depende del entorno social, por lo que implica cultivar redes de apoyo, establecer límites sanos, y participar en espacios comunitarios o colectivos que fortalezcan el sentido de pertenencia y solidaridad (p. 39).

Los indicadores de lo social, incluyen la existencia y aprovechamiento de redes de apoyo que ofrezcan ayuda emocional, económica y social; el uso constructivo del tiempo libre para actividades voluntarias que generen satisfacción; la participación en actividades de ocio y esparcimiento que promuevan la recreación y el descanso; y las celebraciones con la familia, pareja y compañeros de trabajo (Cancio-Bello et al., 2020, p. 129).

La dimensión espiritual del autocuidado se refiere a la conexión profunda con lo que da sentido a la vida de cada persona, el manual sugiere que el bienestar espiritual contribuye al equilibrio emocional, ayuda a enfrentar el dolor y promueve la resiliencia. Actividades como la meditación, la oración, el contacto con la naturaleza, o la participación en comunidades solidarias, pueden fortalecer esta dimensión. Entonces, el autocuidado espiritual implica vivir con propósito, en coherencia con lo que realmente importa para cada persona (FUNDASIL & UNICEF El Salvador, 2022, p. 46).

4.5 Trauma y Autocuidado

Según González y Mosquera (2012), los individuos traumatizados no aprendieron como cuidar de sí mismos, porque de niños nadie les enseñó estas conductas, esto se debe a que los adultos que estaban al cuidado del niño, lo maltrataron o no fueron fuente de cuidado adecuado, estas autoras explican que producto de estas vivencias en la infancia, los adultos tienen afectada la autoimagen y las actitudes hacia el autocuidado, ya que se ven así mismos e imitan las actitudes negativas que aprendieron de niños, derivadas de un maltrato activo, determinando que “una carencia de cuidado adecuado por los cuidadores puede alterar el desarrollo saludable de diversos modos”(González & Mosquera, 2012, p. 108), especialmente el autocuidado, ya que este “se

origina en la acción cuidadora de otros, que son imitados e internalizados como cuidado y calidez hacia el self” (p. 109).

En esa misma línea, Camps (2023) expone que “el autocuidado puede ser entendido como una condición necesaria para cuidar bien al otro” (p. 15), ya que, aunque el cuidado de sí o autocuidado tiene una connotación centrada en el propio bienestar, lo que lleva a contraponerse al cuidado de los otros, esta afirmación resulta incorrecta (p. 15), puesto que este, permite sostener la capacidad de atención y entrega hacia quienes lo requieren.

5 Metodología

5.1 Enfoque Metodológico

El análisis cualitativo hace referencia al “proceso no matemático de interpretación realizado con el propósito de descubrir conceptos y relaciones en los de datos recolectados” (Strauss & Corbin, 2002, p. 12), este enfoque permite que la información o datos recogidos mediante observaciones, encuestas, entre otras, sean puestos en materia de análisis interpretativo, para finalmente llegar a una comprensión y conceptualización de las representaciones del autocuidado en el contexto colombiano.

El enfoque cualitativo se caracteriza por “comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto” (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 358), este posibilita profundizar en los puntos de vista, interpretaciones y significados de los participantes. Permite abordar temas poco explorados, además de que la flexibilidad como característica principal, posibilita generar categorías a partir de los datos conforme se desarrolla la investigación, lo que contribuye a un mejor análisis temático, esto último, desde la descripción, para posteriormente el entendimiento.

En la investigación cualitativa existen tres componentes principales: los datos, los procedimientos, que consiste en codificar: conceptualizar, reducir, elaborar categorías y relacionar los datos y los informes escritos y verbales, que finalmente sería la teoría fundamentada, según (Strauss & Corbin, 2002).

5.2 Estrategia Metodológica

El objetivo de la investigación es indagar, identificar, analizar y describir el concepto de autocuidado en Colombia, ya que ha sido poco abordado desde lo psicológico, por lo tanto, se hace elección de una estrategia que ofrece las herramientas para realizar el proceso investigativo, desde la recolección de información hasta el análisis. La teoría fundamentada proviene de datos recopilados de manera sistemática, que luego son analizados e interpretados por medio de un proceso de investigación, puede tratarse de la ampliación de una teoría existente; sin embargo, este método se enfoca en la teoría construida y derivada a partir de datos y no en conceptos preexistentes

o mediante la especulación, por lo tanto, es posible que genere conocimientos nuevos (Strauss & Corbin, 2002).

Además, para proporcionar alto grado de credibilidad ante la construcción de conceptos a partir de los hallazgos, se debe hacer un contraste y análisis de la información. La teoría brinda una serie de procedimientos útiles para el manejo de los datos adquiridos, ofrece sistematización para el análisis de la información, provee herramientas para desarrollar y relacionar datos, ayuda a los analistas a considerar significados alternativos y sin sesgos lo que lleva a la investigación a construir teoría más que comprobarla, como lo exponen (Strauss & Corbin, 2002).

5.3 Muestreo y Saturación Teórica

El muestreo teórico implica la recopilación, el análisis y la clasificación de datos llevados a cabo por el investigador, bajo la orientación de la teoría que emerge en el proceso. (Benítez Pérez, 2012), no se basa en criterios estadísticos, sino en recolectar información hasta que esta sea relevante y permita “desarrollar y perfeccionar las categorías tentativas propuestas” (Vives Varela & Hamui Sutton, 2021, p. 100), es por ello que inicialmente se plantea utilizar la entrevista profunda como técnica de recolección de información a participantes voluntarios que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, esta recolección se propone realizarla con un representante de cada una de las regiones de Colombia, Caribe, Andina, Pacífica, Orinoquía, Amazonía o hasta la saturación teórica si ocurriese antes, entendiendo está como la decisión del investigador de parar el muestreo, dado que “ya no surgen nuevas propiedades de las categorías teóricas y se cuenta con datos convincentes y sólidos para respaldarlas” (Vives Varela & Hamui Sutton, 2021, p. 100).

5.3.1 Categorías de análisis

Se plantean categorías apriorísticas que den cuenta de la definición y las prácticas de autocuidado en la población colombiana, a partir de dimensiones previamente establecidas (¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.).

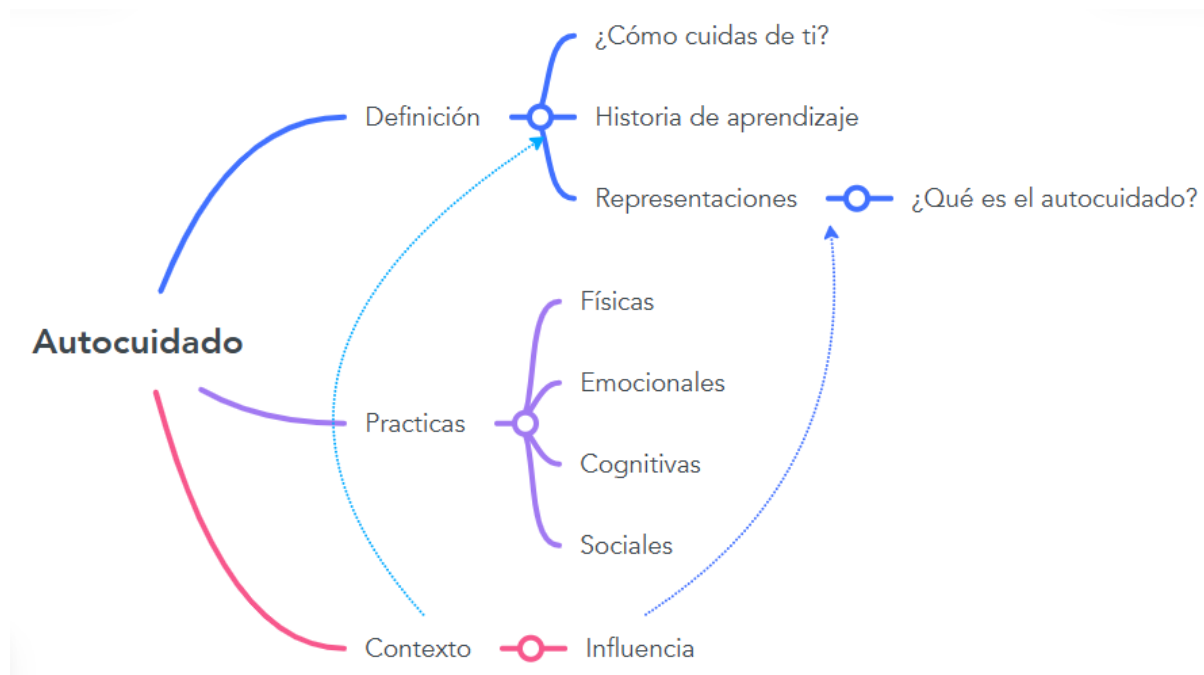
- Definición y construcción subjetiva
 - Percepciones con respecto al cuidado.
 - Historia de aprendizaje y experiencias

- Representaciones frente al concepto de autocuidado.
- Prácticas de autocuidado.
- Contexto e influencia en las representaciones.

Sin embargo, pueden surgir categorías emergentes luego de la recolección de información, las cuales se agregarán según sea necesario y si aportan información relevante a la investigación.

Figura 1

Mapa mental de categorías apriorísticas



Nota. Categorías previas y esperadas para codificación de resultados.

5.4 Instrumentos

5.4.1 Entrevista a profundidad

Según Hernández Sampieri et al. (2014), la entrevista es una reunión para conversar e intercambiar información por medio de preguntas y respuestas entre un entrevistado y un entrevistador, logrando la comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema. Pedraz Marcos et al. (2014) refiere que la entrevista a profundidad como técnica de recolección de datos, permite perseguir la comprensión de experiencias tal y como las expresan los

protagonistas, en un formato de conversación natural, donde se crea una situación social, que aborda sentimientos, experiencias y expectativas, posibilitando el acercamiento a la experiencia humana subjetiva e íntima sobre el tema que se desea investigar.

Por su estructura flexible y dinámica se suele llamar entrevista semiestructurada, Hernández Sampieri et al. (2014) describe que “se basa en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información” (p. 403), este tipo de entrevista es usada cuando los intereses son relativamente claros y definidos, es un objeto de estudio poco explorado y se requiere familiarización y comprensión del mismo (Pedraz Marcos et al., 2014), permitiendo centrarse en focos o aspectos relevantes para el entendimiento de las variables a trabajar. Tiene en cuenta la subjetividad del participante, permite indagar y profundizar de acuerdo a lo que presente, para finalmente obtener categorías claves para el posterior análisis.

5.4.1.1 Criterios de Inclusión y Exclusión.

5.4.1.1.1 Criterios de Inclusión Participantes.

- Hombres o mujeres mayores de 18 años.
- Ser colombiano.
- Ser residente de una de las regiones de Colombia (Caribe, Andina, Pacífica, Orinoquía, Amazonía).
- Haber residido al menos 18 años en la misma región.
- Sin limitaciones cognitivas.
- Que esté en capacidad de proporcionar información para la investigación.
- Disponibilidad para entrevista individual.
- Firmar consentimiento informado.

5.4.1.1.2 Criterios de Exclusión Participantes.

- Hombres o mujeres menores de 18 años.
- No ser colombiano.
- Ser residente en el extranjero.
- No haber residido al menos 18 años en la misma región colombiana.
- Tener limitaciones cognitivas.
- Que no esté en capacidad de proporcionar información para la investigación.
- No contar con disponibilidad para entrevista individual.
- No firmar consentimiento informado.

5.5 Plan de análisis de la información

Este enfoque permitirá construir una teoría sustentada en datos empíricos, fundamentado en la experiencia, discursos de los participantes y la relación con el contexto, por ello, se estructura un plan de análisis de la información que podrá ser sistemático, pero no necesariamente lineal. Iniciando con la recolección de datos y la transcripción de las mismas, seguido de conceptualización, codificación abierta, axial y selectiva, para finalmente la teorización.

La conceptualización es el proceso de abstracción, según Strauss & Corbin (2002), los datos se descomponen en ideas o acontecimientos, para posteriormente darles un nombre que los represente, dando paso a la codificación abierta, de igual forma las autoras lo definen como “el proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren en los datos sus propiedades y dimensiones”, es decir, los datos se codifican en las categorías según vayan emergiendo y si se presentan nuevos fenómenos se codifican en las categorías existentes tanto como sea posible (Benítez Pérez, 2012), hasta llegar a la saturación, facilitando de manera sistemática la codificación axial, proceso por el cual se reagrupan los datos de la codificación abierta, en la cual se relacionan categorías a subcategorías, esto permite seguir una línea y entrelazar según las propiedades y dimensiones, permitiendo formular categorías concretas bien desarrolladas y relacionadas entre sí, que generan un esquema teórico mayor que forman la teoría, como lo expone Strauss & Corbin (2002). Como paso final de la codificación, se realiza la codificación selectiva, fase que integra y refina las categorías, por consiguiente “genera la o las

categorías centrales que enlazan las categorías identificadas al dar sentido a los datos y sus relaciones” (Vives Varela & Hamui Sutton, 2021, p. 102), esto permite hacer una revisión y buscar consistencia interna y brechas de lógica, para complementar o recordar excedentes cuando proceda (Strauss & Corbin, 2002), este análisis posibilita el desarrollo de la teoría.

Por último, se realiza la teorización, que consiste en la presentación de los resultados que dan cuenta de un fenómeno (Strauss & Corbin, 2002). Para dar el paso del análisis de la información a la escritura y teniendo en cuenta que el proceso de investigación cualitativo conlleva un cuerpo de datos muy complejo, se deben realizar procedimientos que sirven de apoyo para la redacción, esto permite el análisis, organización y reafirmación de la información consolidada, también, la realización de un esquema detallado que incorpore los componentes importantes, o en su defecto un esquema general, esto con el fin de abarcar todos los aspectos encontrados (categorías, dimensiones) para la teorización, es importante también diseñar una estructura que dé un orden lógico y que permita una escritura clara y organizada (Strauss & Corbin, 2002).

5.6 Consideraciones éticas

El trabajo de investigación, se rige bajo los lineamientos de la Ley y Normatividad Colombiana, desde las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, tal como lo expone la resolución 8430 de 1993. Ubicándose específicamente en la clasificación de investigación sin riesgo, ya que como lo indica “Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales” (Colombia. Ministerio de Salud de Colombia, 1993, p. 3), dado que la investigación tiene como instrumento principal la entrevista y no se pretende modificar ni realizar acciones sensitivas a la conducta. De igual forma, se ajusta al Artículo 5, ya que prevalecer el criterio de respeto a la dignidad humana y protección de derechos, al Artículo 6 y 15, dado que contará con consentimiento informado que cuenta con la información pertinente sobre la investigación y será explicado de forma clara y completa al participante.

Asimismo, se acoge a lo señalado en la ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. De acuerdo con los siguientes artículos, Art. 2, los psicólogos que ejerzan su

profesión en Colombia se regirán por los siguientes principios universales: responsabilidad, competencia, estándares morales y legales, confidencialidad, bienestar del usuario, investigación con participantes humanos. El Art.5, el psicólogo ejercerá sus funciones de forma autónoma, pero respetando siempre los principios y las normas de la ética profesional y con sólido fundamento en criterios de validez científica y utilidad social. (Colombia. Congreso de la República, 2006)

Según la Vicerrectoría de Investigación et al. (s. f.) en el código de ética de la Universidad de Antioquia, se establecen lineamientos para la elaboración de actividades investigativas, en donde menciona que todo miembro de la Universidad de Antioquia que participe en la generación de nuevos conocimientos se compromete con los siguientes preceptos:

Respetar los derechos humanos y el valor de los demás seres vivos, respetar la propiedad intelectual con el debido reconocimiento según las contribuciones de los actores que llevan a cabo la investigación; verbigracia, coinvestigadores, estudiantes, técnicos y personal auxiliar. Referenciar correctamente el trabajo de otras personas, entidades u organizaciones. Gestionar el proceso investigativo -desde el protocolo hasta la obtención de los datos y los resultados- como la evaluación ético – científica, con responsabilidad, seguridad, transparencia y veracidad (pp. 1-2).

El rigor y la calidad científica en los estudios cualitativos debe evaluarse mediante criterios como la credibilidad, la auditabilidad, la confirmabilidad y la transferibilidad. La credibilidad se alcanza cuando los resultados son percibidos como auténticos por los propios participantes y por quienes han vivido o conocido el fenómeno estudiado, la confirmabilidad hace referencia a la objetividad en el análisis de los datos, la cual se garantiza cuando otros investigadores pueden seguir el proceso del autor original y obtener conclusiones semejantes, finalmente, la transferibilidad se relaciona con la posibilidad de aplicar los hallazgos en distintos contextos o poblaciones.(Castillo & Vásquez, 2003, p. 164)

El informe Belmont establece que toda investigación con seres humanos debe sustentarse en tres principios fundamentales: el respeto por las personas, que reconoce su autonomía y exige una protección especial a quienes se encuentran en situaciones de vulnerabilidad; la beneficencia, entendida como la obligación de maximizar los beneficios y reducir al mínimo los riesgos derivados de la investigación; y la justicia, que busca garantizar una distribución equitativa de las

cargas y beneficios de la investigación entre los participantes y la sociedad. Estos principios constituyen la base para el diseño, la conducción y la evaluación ética de los estudios, asegurando que los derechos y la dignidad de los participantes se preserven en todo momento. (Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento, 1979).

6 Resultados

Inicialmente, se realizó una prueba piloto con dos personas quienes respondieron la entrevista. Este ejercicio permitió evaluar la claridad y pertinencia de las preguntas.

Posteriormente, se aplicó una entrevista semiestructurada a cinco participantes procedentes de distintas regiones de Colombia: Caribe, Andina, Pacífica, Orinoquía y Amazonía, entre los meses de junio y julio de 2025. La muestra estuvo compuesta por dos hombres y tres mujeres, cuyas edades oscilaron entre los 24 y los 36 años. Todos los participantes cumplían con los criterios de inclusión y exclusión establecidos, lo que permitió una recolección de información enriquecida por la diversidad regional, de género y de edad, ampliando así la perspectiva del análisis.

Las citas de las entrevistas se presentarán mediante un sistema de codificación alfanumérica, con el propósito de facilitar la lectura y mantener la confidencialidad de los participantes. En un primer momento se señalará el número del participante junto con la fecha específica de la comunicación personal, posteriormente, se emplearán las abreviaturas P1, P2, P3, P4 y P5 para referirse a cada uno de ellos. Esta codificación garantiza la identificación de las intervenciones correspondientes a cada participante, respetando el carácter anónimo del estudio.

Para comprender las representaciones sociales del autocuidado en Colombia se tuvo en cuenta categorías de análisis que se utilizaron para el ejercicio de codificación y análisis de la información, las cuales permitieron orientar la investigación y explorar las experiencias de los participantes. Las tres principales categorías definidas fueron: *Definición y construcción subjetiva*, *Prácticas de autocuidado* y *Contexto e influencia en las representaciones*, y se presentan en la
¡Error! No se encuentra el origen de la referencia..

La primera categoría, *Definición y construcción subjetiva*, abarca los significados que los participantes le atribuyen al cuidado y posteriormente al autocuidado como concepto, esto se define desde sus propias experiencias y reflexiones personales. Esta unidad de análisis se divide en tres subcategorías. La primera, Percepciones con respecto al cuidado, esta aborda de forma más abierta y experiencial la concepción del cuidado, dando cuenta de cómo viven en la cotidianidad esos hábitos que se consideran propios del cuidado. La segunda subcategoría, *Historia de aprendizaje y experiencias*, proporciona información a nivel general de la historia de aprendizaje que ha moldeado su comprensión de ese cuidado, primeras experiencias y la transformación de la comprensión del cuidado. Finalmente, la subcategoría *Representaciones frente al concepto de*

autocuidado, como lo indica el nombre, abarca las representaciones o nociones de la definición del autocuidado, permitiendo encontrar los límites o alcances del concepto según la experiencia subjetiva, se centra específicamente en cómo cada participante define qué es, sin nombrar definiciones teóricas, sino la definición construida desde el contexto y las vivencias acumuladas.

Tabla 1

Categorías y subcategorías de análisis previas y emergentes del estudio

Categoría	Subcategorías	Descripción
Definición y construcción subjetiva	Percepciones con respecto al cuidado	Comprensión abierta y experiencial del cuidado desde la perspectiva individual de los participantes.
	Historia de aprendizaje y experiencias	Relato de experiencias previas sobre a la construcción del concepto de cuidado.
	Representaciones frente al concepto de autocuidado	Definiciones construidas por los participantes.
Prácticas de autocuidado (Dimensiones)	Física	Descripción de conductas o prácticas identificadas por los participantes como autocuidado.
	Cognitiva	
	Emocional	
	Social	
	Espiritual	
Contexto e influencia en las representaciones	Influencias del entorno	Experiencias en los entornos social, cultural y familiar que permean la comprensión y práctica del autocuidado.
	Obstáculos	Barreras internas o externas que interfieren.

Nota. Esta tabla muestra la codificación que se utilizó para la recopilación de resultados y el análisis.

La segunda categoría, *Prácticas de autocuidado*, comprende todas las acciones concretas que los participantes implementan para cuidar de sí mismos en su vida cotidiana, estructurándose en cinco grandes dimensiones; físico, emocional, cognitivo, social y espiritual, dando cuenta de patrones que se implementan por diferentes causas, pero que se consolidan desde la identificación de formas que potencializan o conforman el autocuidado.

La última categoría es *Contexto e influencia en las representaciones*, en esta se recoge todos los factores, dinámicas o experiencias que inciden de forma indirecta o directa en cómo se concibe y se practica el autocuidado, se incluye el entorno social, cultural y familiar y las posibles ideas que se consolidan como reforzantes o limitantes en estas prácticas, además los posibles obstáculos personales o externos que dificultan tener o mantener los hábitos de autocuidado.

6.1 Definición y construcción subjetiva

En este apartado, se integra la comprensión del autocuidado, se presenta cómo los participantes cuidan de sí mismos, cómo ha evolucionado el concepto con el tiempo y experiencias vividas, y la definición del concepto como tal. Esta categoría permitirá analizar los elementos que conforman la delimitación de lo que se conoce como autocuidado, y la relación, diferencias o amplitud que puede tener con respecto a definiciones teóricas o institucionales, además de la adaptación que hace el participante teniendo en cuenta la influencia de su historia personal y el contexto colombiano.

6.1.1 Percepciones con respecto al cuidado

Tres de los participantes, cuando se les preguntó ¿Cómo cuidas de ti mismo?, respondieron conductas concretas, relacionando el cuidado con prácticas que contribuyen a un bienestar subjetivo. En sus relatos, nombraron en primera instancia actividades relacionadas con lo físico, “me gusta comer bien (...), lo más natural posible. Me gusta verme bien, físicamente” (Participante 1, comunicación personal, 12 de junio de 2025), “Teniendo una alimentación sana, haciendo ejercicio y durmiendo bien” (Participante 3, comunicación personal, 2 de julio de 2025), y por último el participante 2 “Haciendo las cosas que me gustan, (...) a mi deporte, a mis hobbies” (Comunicación personal, 14 de junio de 2025).

Sin embargo, también surgieron otros elementos que empiezan a ampliar el panorama, pues demuestran que, ver el cuidado solo como un aspecto físico, se vuelve limitante, y que por el contrario el cuidado es integral y abarca diferentes dimensiones, el participante 5 refiere: “trato de tener una vida tranquila, trato de mantenerme alejada de pronto de problemas” (Comunicación personal, 3 de julio de 2025), y participante 4 “realizando actividades que tal vez no (...) me generen incomodidad o algo, sino que, por lo contrario, me sienta bien, me sienta tranquila” (Comunicación personal, 18 de junio de 2025). No obstante, es importante resaltar que estas primeras percepciones van orientadas a aspectos que prioriza cada persona, resaltando que pueden ser prácticas que están mediadas por el discurso y deseabilidad social. En la categoría de Prácticas de autocuidado, se detallará más minuciosamente las conductas, actividades o patrones que se encontraron en común y otros emergentes sobre el autocuidado en las diferentes dimensiones.

6.1.2 Historia de aprendizaje y experiencias

Las ideas, creencias y representaciones sobre algo se forman a partir de un proceso que combina diferentes elementos que puede darse de forma consciente o inconsciente, esto a su vez se ve permeado por el contexto y la experiencia previa, en las narraciones de los participantes se reúne la comprensión del cuidado a lo largo de su vida, permeado por vivencias significativas, aprendizajes o evolución misma de la vida.

Yo creo que (...) cuando uno comienza a tener como noción del cuidado personal y todo esto, es como cuando está en el colegio, más o menos como desde los 14 años, que empieza uno a ver cómo, bueno, la necesidad de cuidarme de esto, debo cuidarme de la piel, debo evitar consumir esto. (P1, comunicación personal, 12 de junio de 2025).

Nuevamente, surge que el cuidado principalmente se da desde la dimensión física, y a su vez en una etapa donde culturalmente se promueve la importancia del aspecto corporal. Las narraciones demuestran que estos aprendizajes no surge de manera espontánea, sino que se construyen progresivamente, mediado por la experiencia personal, el entorno social y los significados que cada quien le atribuye al bienestar y cuidado propio, “a pesar de que uno va adquiriendo una edad, el funcionamiento del cuerpo y de la mente no va siendo el mismo entonces

uno cree que como está joven, por así decirlo, uno no debe cuidarse” (P3, comunicación personal, 2 de julio de 2025), además se identifican figuras o entornos que inciden directa o indirectamente en la construcción de estas nociones, como lo indica P5, (comunicación personal, 3 de julio de 2025); “mis papás, ambos, mi mamá y sobre todo mi papá, por ser de pronto niña, porque somos cinco (...), siempre nos decían (...) si alguna persona que tú no conoces te llama o algo, (...) no señor, usted está ahí”, “si de pronto ellos veían que esa persona no nos convenía tener una amistad con esa persona, también nos hacían saber”, “también nos hablaban mucho de eso, que el cuerpo es de nosotros, que no teníamos que dejarnos tocar de nadie” [descripción de ejemplos].

6.1.3 Representaciones frente al concepto de autocuidado

Esta subcategoría expone cómo las personas comprenden y definen el término "autocuidado", respondiendo específicamente a la pregunta: ¿Qué es el autocuidado?, esta indagación permite conocer nociones diversas, y posibilita encontrar una consolidación en los significados del mismo en el contexto colombiano.

Las narraciones de los participantes tienen como eje central la responsabilidad individual, en las cuales son agentes activos de su bienestar, “el autocuidado es cuando yo misma genero como esa percepción de que yo soy responsable de mi cuerpo, de mi mente, de todo lo que es mío y es mi responsabilidad y nadie más” (P1, comunicación personal, 12 de junio de 2025), así mismo lo expresa P5 “cuidarme yo, sentirme bien yo, mantenerme bien yo, o sea, para mí, o sea, todo lo que sea, todo lo que esté bien, aplicarlo en mi persona” (Comunicación personal, 3 de julio de 2025), agregando además la noción sobre la importancia de identificar e implementar conductas que se perciben como beneficiosas, para potencializar el bienestar.

También se identifica la dimensión del valor, amor propio y autoconocimiento, relacionado con la responsabilidad individual, que se mencionó anteriormente, “es como priorizarse uno mismo con respecto de las personas o de situaciones”, “saber qué cosas le hacen bien y que cosas no, saber lo que uno quiere en la vida tener claro lo que necesita y así uno va siendo claro con la gente y con uno mismo” (P2, comunicación personal, 14 de junio de 2025), y “es valorarse a sí mismo, o sea, (...) como amarse a sí mismo” (P4, comunicación personal, 18 de junio de 2025).

Finalmente, se identifican elementos con los cuales se reconoce que hay una perspectiva integral del autocuidado, ya que se interpreta según lo mencionado diferentes dimensiones; física,

emocional, social, cognitiva y espiritual, por ejemplo P2 expresa “diría que el autocuidado es expresar lo que uno siente, ser claro de lo que uno está esperando de los demás” (Comunicación personal, 14 de junio de 2025), de igual forma se define como “preservación, mantenimiento y supervisión de uno mismo tanto como físico como mental y hasta espiritual” (P3, comunicación personal, 2 de julio de 2025).

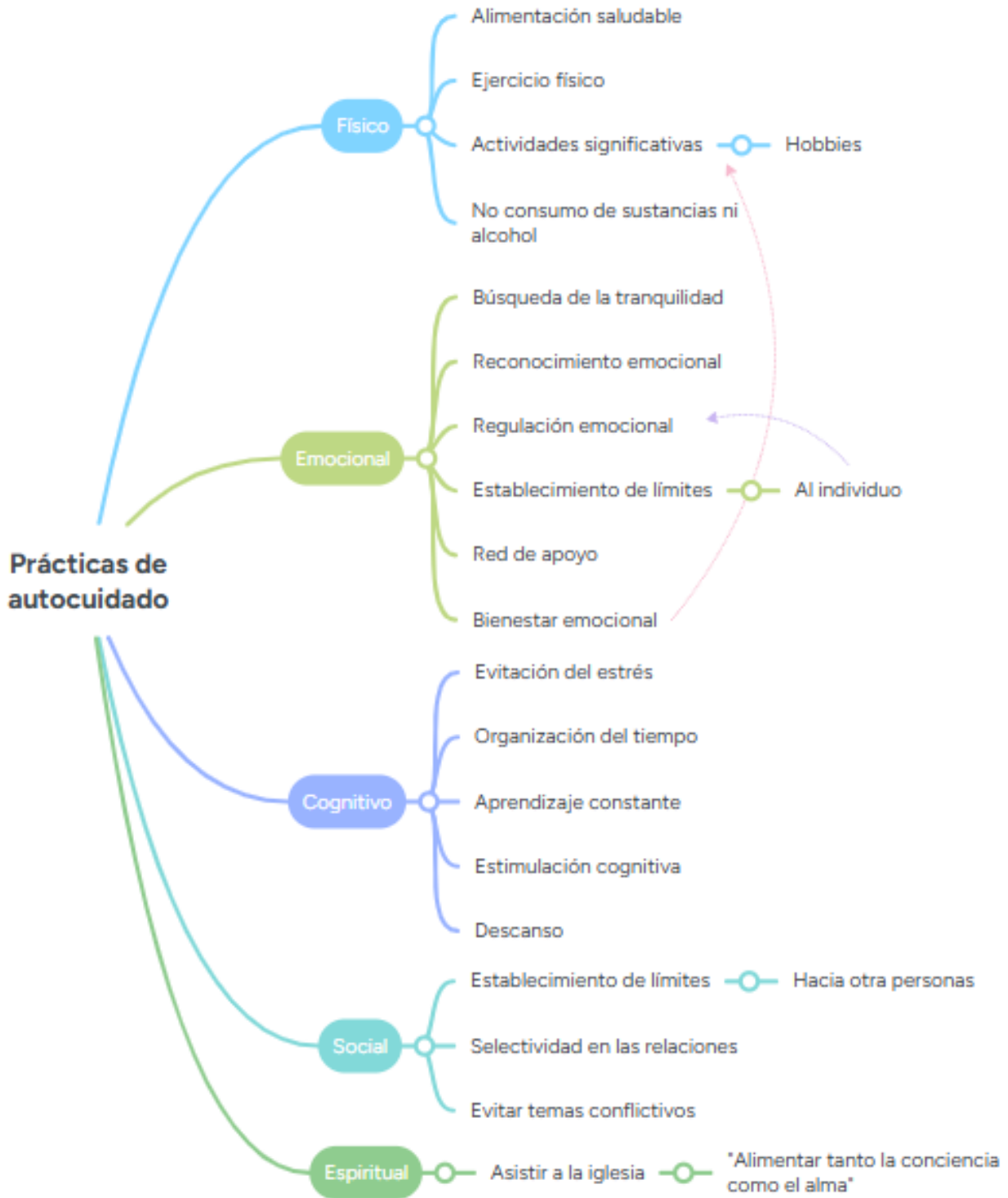
6.2 Prácticas de autocuidado

En esta categoría se encontró información relevante a partir de la pregunta ¿Qué actividades realizas para cuidar de ti a nivel físico, emocional, mental y social? Esta pregunta busca explorar las prácticas de autocuidado que las personas han desarrollado en diferentes dimensiones de su vida, especialmente aquellas que surgen desde la experiencia cotidiana.

En la lectura de los resultados aparecen algunos aspectos específicos de cada subcategoría, se encontraron algunas coincidencias en las respuestas como también otras propias de cada participante, como se puede observar en la como se puede observar en la Figura 2.

Figura 2

Mapa mental de estrategias de autocuidado según su dimensión funcional



Nota. La figura presenta un mapa mental que agrupa las prácticas de autocuidado referidas por los participantes en cinco dimensiones principales.

6.2.1 Dimensión física

En lo que respecta al autocuidado físico, los participantes señalaron diversas estrategias que han incorporado en su vida diaria para mantenerse en equilibrio corporal, una de las más frecuentes fue la alimentación saludable como una práctica esencial, cuatro de los entrevistados lo mencionaron de la siguiente manera: “una alimentación sana”, “Comiendo saludable”, “digamos que también comer bien”, “Me gusta comer bien (...) en mi familia, nos cuidamos mucho lo que es el azúcar. No comemos empaquetados”. Se identifica que esta práctica puede tener un impacto en el autocuidado y que esta coincidencia entre la mayor parte de los participantes muestra una conciencia compartida frente a los efectos de la alimentación en la salud y el bienestar físico. Así mismo, tomando como referencia las entrevistas, los participantes coincidieron en que el ejercicio físico constituye una práctica fundamental del autocuidado. Tal como expresaron de manera reiterada P1, P2, P3 y P5 (Comunicaciones personales, junio–julio de 2025) “hacer ejercicio” es parte esencial de su bienestar, en la misma línea aparecen hábitos que se enfocan en el cuidado corporal, pero con énfasis en el componente estético, tres de los participantes refieren: “Me gusta verme bien (...) cuidarme de la piel (...) cuido mucho mi cuerpo, mi cabello (...) lo que es el aseo personal, vestirse uno bien, sentirse uno bien con uno mismo” (P1, comunicación personal, 12 de junio de 2025); “me dedico a actividades que me ayuden a verme mejor físicamente” (P2, comunicación personal, 14 de junio de 2025); “estoy caminando, trotando, porque quiero estar bien físicamente, me siento como un poquito subida de peso” (P5, comunicación personal, 3 de julio de 2025). Señalando que el cuidado físico no solo impacta en el bienestar corporal, también en la autoestima. Se menciona además la importancia del sueño y el descanso, dos participantes lo expresan diciendo: “dormir lo suficiente, descansar lo que es necesario” (P1, comunicación personal, 12 de junio de 2025); “durmiendo bien” (P3, comunicación personal, 2 de julio de 2025); indicando que el descanso reparador impacta tanto en lo cognitivo como en el cuidado físico.

Por otra parte, se identificaron prácticas que generan motivación y están vinculadas al disfrute, dos de los participantes refieren que: “jugar baloncesto” (P3, comunicación personal, 2 de julio de 2025); “dedicándome tiempo a mí, a mi deporte, a mis hobbies (...) dedicándome a más actividades que me gusten a mí como persona” (P2, comunicación personal, 14 de junio de 2025);

son prácticas que fomentan no solo la salud física, el ocio, sino que además es una forma de autocuidado físico.

Para finalizar, se observa a partir de las entrevistas que en algunos casos el autocuidado parte de un principio de conocimiento adquirido, es decir que hay prácticas que se realizan porque se conciben cómo beneficiosas, así lo plantea P1; “hacer ejercicio, porque sé que es bueno para la salud”, o por un sesgo de autoridad que puede indicar que algunas decisiones están influenciadas por normas sociales o por expertos en la salud, cómo lo menciona la misma participante, “no fumo, no bebo alcohol” (comunicación personal, 12 de junio de 2025).

6.2.2 Dimensión cognitiva

En la vía cognitiva, dos de los cinco participantes mencionaron que la evitación del estrés y la organización del tiempo para sus actividades diarias son una forma de proteger su bienestar mental. “Evito cosas que me generen estrés” (P1, comunicación personal, 12 de junio de 2025); “yo también manejo un tiempo (...) para todas mis actividades del día, yo manejo como una especie de agenda” (P3, comunicación personal, 2 de julio de 2025). También surgieron respuestas relacionadas con el aprendizaje constante y la estimulación cognitiva, el 80% de los participantes expresaron que buscan intencionalmente mantener su mente activa a través de actividades cómo: “la lectura” (P3, comunicación personal, 2 de julio de 2025); “Hacer juegos mentales (...) ver cosas que me enseñen (...) enfocarme en una actividad” (P1, comunicación personal, 12 de junio de 2025); “trato de leer mucho, trato de aprender cosas nuevas (...) trato de estar como muy informada en los temas que me interesan, y leyendo mucho” (P4, comunicación personal, 18 de junio de 2025); “en mi trabajo manejo muchas cosas, cosas que me ayudan a mejorar, a crecer más” (P2, comunicación personal, 14 de junio de 2025). Por otra parte, mencionan prácticas individuales, se señala que el descanso es una necesidad fundamental, la participante hace referencia a la importancia del reposo físico para un buen funcionamiento mental. “Trato de dormir lo que más pueda” (P1, comunicación personal, 12 de junio de 2025).

Las respuestas muestran cómo los participantes han construido formas personales de cuidarse desde lo mental y lo cognitivo, estas prácticas hablan de cuidado individual y de una búsqueda activa del bienestar mental, al observar estas prácticas se explica un tipo de autocuidado

que en su mayoría no depende de recursos externos, sino que se construye desde la autonomía y la capacidad de los individuos de responder a sus necesidades cognitivas.

6.2.3 Dimensión emocional

La penúltima subcategoría identificada corresponde al autocuidado emocional, se identifican estrategias que los participantes emplean para mantener su estabilidad interna. En primer lugar, se destaca la búsqueda de la tranquilidad como una práctica constante, los participantes expresaron la necesidad de evitar el estrés y priorizar entornos que les brinden calma: “evitar el estrés” (P1, comunicación personal, 12 de junio de 2025); “siempre trato de estar en lugares y momentos que me generen tranquilidad (...) trato de hacer actividades donde me sienta tranquila” (P4, comunicación personal, 18 de junio de 2025); “trato de no estar en un lugar donde no me siento bien, simplemente no estoy o no vuelvo, digamos que sería mi manera de cuidarme emocionalmente” (P2, comunicación personal, 14 de junio de 2025); “trato de mantenerme alejada de pronto de problemas, de discusiones porque yo pienso que esta es mi tranquilidad” (P5, comunicación personal, 3 de julio de 2025). De igual manera, el reconocimiento emocional surge como un aspecto importante, ya que permite identificar y aceptar lo que se están sintiendo, los entrevistados mencionaron: “reconocer cuando uno está triste y cuando está uno feliz” (P1, comunicación personal, 12 de junio de 2025); “suelo generar mucha frustración cuando son cosas que dependen de mí” (P4, comunicación personal, 18 de junio de 2025). Otro elemento importante que se relaciona con el reconocimiento emocional, y que se apoya en estrategias de autorregulación, es la regulación emocional, se identifica que los participantes recurren a diversos recursos contenedores emocionalmente: “manejar las emociones, por ejemplo, respirar profundo cuando uno se enoja” (P1, comunicación personal, 12 de junio de 2025); “una alimentación espiritual ayuda también a controlar tus emociones” (P3, comunicación personal, 2 de julio de 2025); “cuando son situaciones que corresponden con otras personas (...) no es mi problema, si me mienten, si me engañan, pues no es problema mío (...) trato de no darme mucho palo (...) no juzgarme tanto a mí misma” (P4, comunicación personal, 18 de junio de 2025); “ya yo respiro, inhalo, exhalo, como que bueno, ya, tranquila, yo misma me digo listo, ya va a pasar, esperemos, se va a resolver, esa es la forma” (P5, comunicación personal, 3 de julio de 2025).

Otro aspecto es el establecimiento de límites, que fortalece el bienestar emocional al permitir relaciones más sanas, los participantes mencionaron que “en las relaciones me he cuidado mucho de tener buenas personas cerca, evitar cosas nocivas (...) aprender a decir no, poner límites” (P1, comunicación personal, 12 de junio de 2025); “los límites cuando las cosas se acaban” (P4, comunicación personal, 18 de junio de 2025); “uno se replantea y dice eso no me gusta, simplemente digo que no cuando no quiero algo y si me tengo que alejar de algo lo hago totalmente” (P2, comunicación personal, 14 de junio de 2025).

Por otro lado, tener una red de apoyo es un recurso fundamental en el autocuidado emocional, algunos participantes relataron que buscan ayuda o comparten sus preocupaciones con personas cercanas cuando lo consideran necesario: “buscar ayuda si creo que la necesito (...) Hablar con alguien sobre algo que me esté sucediendo” (P1, comunicación personal, 12 de junio de 2025); “trato de relacionarme con personas que sean igual de felices que yo para mantenerme bien ahí emocionalmente (...) llegar a la casa y a mí me hace feliz llegar aquí, encontrar a mis hijos, a mi papá y a mi mamá (...) para mí eso es todo y yo me siento feliz así con ellos” (P5, comunicación personal, 3 de julio de 2025). Finalmente, se resaltan las actividades significativas como fuente de bienestar emocional, los participantes mencionan que dedicar tiempo a lo que disfrutan les ayuda a equilibrar sus emociones: “ir a la iglesia (...)” (P3, comunicación personal, 2 de julio de 2025); “trato de hacer actividades (...) donde me sienta bien” (P4, comunicación personal, 18 de junio de 2025); “haciendo las cosas que me gustan, dedicándome tiempo a mí, a mi deporte, a mis hobbies (...) el deporte y a los animales que yo tengo (...) fueron la mayor cura para cualquier estrés que yo tuviera (...) ver que todo lo que antes uno creía imposible lo está logrando en ese momento, para mí eso es una satisfacción emocionalmente” (P2, comunicación personal, 14 de junio de 2025); “yo estoy feliz en mi trabajo, sí, me siento bien allá, también me gusta lo que hago” (P5, comunicación personal, 3 de julio de 2025).

En conjunto, el autocuidado emocional integra prácticas de prevención y afrontamiento que buscan preservar la estabilidad interna, reconociendo y gestionando las emociones, estableciendo límites, fortaleciendo los vínculos de apoyo y participando en actividades significativas que aporten bienestar.

6.2.4 Dimensión social

En cuanto al autocuidado social las estrategias más recurrentes entre los participantes fue el establecimiento de límites, el 60% de los participantes relatan la importancia de cuidar sus relaciones, P1 refiere:

Aprender a decir no, mire que me costó bastante porque a veces aceptaba muchas cosas, pero aprender a decir no es algo bueno para las relaciones sociales (...) poner límites y exigirme espacio y tratar de cumplir con todo, pero que yo me sienta bien (comunicación personal, 12 de junio de 2025).

El entrevistado P4 agrega: “hay personas que yo sí siento que pueden ser nocivas, que no tienen ideales, pero ya al punto de que uno dice, bueno, esto definitivamente no (...) simplemente alejarme, alejarme y no, no me interesa” (Comunicación personal, 18 de junio de 2025), en la misma línea P2 añade:

Si hay una persona chocante, yo no estoy con eso porque creo que son personas que no traen nada bueno, diría que la manera en que me cuido de ellas, simplemente no vuelvo a compartir lugares con esas personas, diría que es como la manera social de cómo me cuido (Comunicación personal, 14 de junio de 2025).

Por otra parte, el 100% de los participantes mencionaron que la selección cuidadosa de las personas con quienes se relacionan es fundamental, puesto que priorizar y elegir vínculos donde se sientan cómodos y seguros es una manera de cuidarse: “Evito personas tóxicas (...) estar con personas que uno se sienta cómodo (...) el círculo de amigos no es muy grande, es muy pequeño, muy escaso, porque elijo muy bien” (P1, comunicación personal, 12 de junio de 2025); “uno tiene que saber con quién se cuida, hay gente buena y gente mala, por así decirlo entonces practicar las buenas costumbres, temas de conducta” (P3, comunicación personal, 2 de julio de 2025); y “tener conexión, o bueno, relaciones con personas que, puede que uno tenga diferencias, pero que esas diferencias no signifiquen un conflicto grave o grande en la relación” (P4, comunicación personal, 18 de junio de 2025), P2 menciona:

En el trabajo, podría decir yo que me relaciono mucho con personas que vayan a la par de seguir creciendo, de seguir adelante (...) hay personas con las que conversar

es bacano, digamos, que digo, ve con esas personas se puede compartir, con esas que puede tener algún trato (Comunicación personal, 14 de junio de 2025).

“Relacionarme con gente bonita, que viven igual de bonito que yo, que estén ahí como siempre con cosas positivas, todo eso a mí me llena y me hace feliz” (P5, comunicación personal, 3 de julio de 2025). Igualmente, se identificó una forma de autocuidado relacional que implica evitar temas conflictivos como una medida de cuidado personal desde lo social, “temas que son de política, temas que son del ejército, de la guerrilla, son temas que yo evito tratar (...) mi cuidado es no hablar lo que no es (...) porque es que uno no sabe quién es quién” (P1, comunicación personal, 12 de junio de 2025), revelando entonces que el cuidado de las relaciones interpersonales es clave para el equilibrio emocional y social de los participantes.

6.2.5 Dimensión espiritual

En el análisis de los resultados apareció una nueva categoría relacionada con el autocuidado espiritual, uno de los participantes lo mencionó haciendo referencia a asistir a la iglesia, influyendo en lo social y emocional; sin embargo, señala además que considera importante este elemento al decir: “qué más que en lo espiritual, para poder, pues también alimentar tanto la conciencia como el alma (...) tener una alimentación espiritual (...) te va a mostrar la manera más correcta de actuar ante cualquier situación o adversidad o lo que se presente en el momento” (P3, comunicación personal, 2 de julio de 2025), pone en evidencia que la espiritualidad es percibida como una guía para afrontar las dificultades y mantener el equilibrio personal, complementando las demás dimensiones del autocuidado.

6.3 Contexto e influencia en las representaciones

Como se mencionó con anterioridad y lo que ha demostrado las narrativas de los participantes, la construcción de las representaciones de autocuidado no surgen de forma aislada, por el contrario, están permeadas e influenciadas con el contexto y experiencia de vida de los sujetos, en esta categoría se dividirá en dos subcategorías, *influencia del entorno*, que permitirá

identificar elementos facilitadores o limitantes y, por otro lado, *obstáculos* o barreras propias o externas que interfieren en el autocuidado.

6.3.1 Influencia del Entorno

Los participantes resaltaron la influencia de su entorno familiar, social y cultural, como un factor determinante para desarrollar conciencia o una mentalidad de autocuidado. Estas se narraron por medio de experiencias significativas que dieron un giro o propiciaron un cambio en visión o perspectiva de cuidado de sí mismo.

6.3.1.1 Entorno familiar. Uno de los participantes mencionó que la condición de salud de un familiar cercano, generó en él conciencia e identificó la necesidad de implementar cambios relacionados con el cuidado en su vida, "yo también al tener familia que han tenido (...) condiciones complicadas de salud, hace que tú abras los ojos y que tomes medidas" (P3, comunicación personal, 2 de julio de 2025), resaltando que este tipo de vivencias no tienen solo una carga emocional fuerte, sino que también son movilizados a adoptar diferentes prácticas, ya sea por temor a vivir las mismas experiencias, "entonces uno se cuida y piensa en el temor de que algo pasará, es lo que uno siempre lo ha hecho es autocuidarse aún más" (P2, comunicación personal, 14 de junio de 2025) o, como una prueba de realidad de lo que podría pasar si no se actúa de forma diferente, "mi abuelo(...) es sobreviviente de cáncer de próstata, entonces hace que tú despiertes y que te pongas (...) las pilas para realizar (...) algún plan preventivo, plan de acción para eso" (P3, comunicación personal, 2 de julio de 2025), por el contrario, podría presentarse el escenario donde experiencias significativas sean un impedimento para continuar con prácticas de autocuidado si se tenían antes o imposibilitar adoptarlas de cero.

Las narrativas también mostraron cómo las figuras significativas, principalmente los padres, tienen el rol cuidador y son el primer orientador para tener conductas de cuidado, aun cuando este cuidado es por medio de normas o advertencias de lo que puede pasar en el exterior, con la experiencia previa que tienen dan recomendaciones para guiar los comportamientos y proteger, como lo expresa P2:

Son los consejos que dan las mamás y que siempre le dicen a uno, ve, mira dónde vas a estar, ve, mira con quién te estás metiendo, no te vayas para lugares no indicados, deja de andar con el uno y con el otro” [descripción de ejemplos]. (Comunicación personal, 14 de junio de 2025).

De igual forma, lo relata P5 “si de pronto ellos veían que esa persona no nos convenía tener una amistad con esa persona, también nos hacían saber, nos daban consejos, todas esas cosas” (Comunicación personal, 3 de julio de 2025), estas experiencias constituyen un entorno formativo para el futuro de los sujetos, como lo indica P4 “el entorno familiar es muy muy importante para formar carácter y criterio” (Comunicación personal, 18 de junio de 2025).

6.3.1.2 Entorno social. Los participantes destacaron que el entorno social tiene un gran impacto en cómo entienden y practican el autocuidado. Esto es especialmente cierto durante períodos cruciales como la niñez, la adolescencia, o al adaptarse a nuevos entornos. En el discurso surgen diferentes formas en las que lo social influye directa o indirectamente, ya sea como modelo a seguir, alteración emocional o identificación de riesgo.

En el discurso se describió la adolescencia como un período que se considera emocionalmente frágil, P4 dice al respecto “uno está más susceptible como a pasar cosas, o sea, las emociones, todo ese tipo de cosas pueden estar como más a flor de piel” (Comunicación personal, 18 de junio de 2025), se identificó que el entorno social es donde más se permean de influencias, así lo expreso nuevamente P4 “si uno se ponía a ver la sociedad, y más en el lugar en que por lo menos uno se cría y todo eso, pues sí puede influir, pero muchas veces de manera negativa”, esta percepción la llevó a crear formas de protegerse, es decir, desarrollar estrategias personales de autocuidado desde temprana edad, como evitar relaciones o situaciones conflictivas “si había niños o personas que de pronto alteraran ese ambiente, pues yo trataba de alejarme”, continuó “miraba que se podían meter en problemas (...) entonces yo siempre trataba de no enredarme en esas mismas situaciones, de estar tranquila, de hacer las cosas bien, entonces siento yo que (...) siempre traté de cuidar mi salud mental” (P4, comunicación personal, 18 de junio de 2025).

También emergió como las experiencias laborales y las interacciones sociales en la vida adulta también juegan un papel crucial en cómo las personas comprenden y manejan su propio

autocuidado, el P1 describió cómo una situación de ansiedad, vivida durante su jornada, funcionó como una señal de alarma frente a los efectos del estrés y su falta de límites para proteger su bienestar “me empezó a dar como una comezón en la cara, ese día me asusté bastante y dije, no más estrés, que pase lo que tenga que pasar y ya”, además identificó que el llevarse el trabajo es una práctica común en la sociedad, le generó problemas en la dinámica familiar, por lo que tomó la decisión de separar sus roles y respetar los espacios, “ahí aprendí que no, que ya el trabajo, el interés del trabajo se queda allá y lo que alcance es estar allá y listo, llego a mi casa a compartir con mi familia” (P1, comunicación personal, 12 de junio de 2025).

Asimismo, se da cuenta de que las relaciones afectivas, en particular las rupturas o pérdidas, son identificadas como elementos que influyen directamente en el autocuidado, pues generan alteraciones emocionales que pueden afectar la rutina, la motivación y en general la salud mental,

vos no planeas una ruptura en el momento, y si la persona se va, vos puedes pensar que ya tus planes acaban, que ya las cosas se van a parar, se piensan en cosas, y eso es algo que lo descompensa a uno en su momento, hacen que uno descuide muchas cosas, lo que te decía lo pone a uno débil (P2, comunicación personal, 14 de junio de 2025).

6.3.1.3 Entorno Cultural. En cuanto al impacto que tiene el contexto cultural en las prácticas de autocuidado se identificó en los relatos de los participantes que incide de una manera significativa. Un participante menciona que las dinámicas de género pueden influir en la manera como se cuida y las estrategias que se deben adoptar para que no influya de manera negativa:

Uno a veces trabaja y a la vez tiene que hacer todo lo de la casa. Entonces, esa parte también, como poner límites y exigirme espacio y tratar de cumplir con todo, pero que yo me sienta bien (...) la gente es muy machista (...) hay que respetar, ser tolerante y escuchar hasta donde uno pueda. (P1, comunicación personal, 12 de junio de 2025).

También aparece la educación del cuidado corporal como un aprendizaje vicario, dos participantes hacen referencia a la forma cómo se enseña desde la infancia a poner límites cómo forma de protección y autocuidado, por otra parte, un participante resalta el valor positivo que le dan a las personas de su cultura y cómo aporta al fortalecimiento del autocuidado, “cuidarse uno

mismo culturalmente también es importante (...) la cultura de nosotros, la percepción de que el afro y la gente del Pacífico es saludable, es siempre fuerte” (P3, comunicación personal, 2 de julio de 2025), así mismo aparecen creencias culturales acerca de la fortaleza emocional relacionando vulnerabilidad con debilidad, el P2 refiere:

Si uno se encierra en la casa porque está triste (...) yo lo veo como una debilidad (...) y así es cómo uno se descuida (...) no ser débil, de no flaquear contra cualquier cosa, creo que las personas que son así no les va muy bien, les hacen daño.” (Comunicación personal, 14 de junio de 2025).

En un relato también se mencionó la influencia del contexto sociopolítico en las prácticas de autocuidado, especialmente en las zonas rurales, la narración describe que vivir y trabajar en entornos donde hay dinámicas de violencia, cómo presencia de actores armados y vulnerabilidad social genera la necesidad de desarrollar estrategias de autocuidado, el P1 describe cómo el contexto del conflicto ha hecho que se condicionen sus interacciones y su forma de comunicarse:

Aquí yo estoy en una zona rural, en una zona de conflicto armado (...) hay muchos casos de abuso, de familias disfuncionales, niños abusados físicamente, psicológicamente (...) mi cuidado es no hablar lo que no es (...) temas de política, del ejército o de la guerrilla, son temas que yo evito tratar (...) me voy a lo muy neutral, porque uno no sabe quién es quién. (Comunicación personal, 12 de junio de 2025)

Lo anterior refleja que el autocuidado no se limita a decisiones individuales, sino que está profundamente atravesado por factores culturales y sociopolíticos, las creencias, las prácticas aprendidas y las estrategias de autoprotección desarrolladas, describiendo que las formas de cuidarse también responden a realidades del entorno, fortaleciendo o limitando las posibilidades de cuidar de sí.

6.3.2 Obstáculos

En el análisis de las entrevistas con respecto a una pregunta puntual que se les hizo a los participantes ¿Qué obstáculos has encontrado al momento de practicar el autocuidado? Surgen diferentes factores personales, económicos, emocionales y familiares que afectan la realización de las diferentes prácticas de autocuidado que pueden favorecer el bienestar personal. Varios participantes reconocen que en ocasiones el trabajo es un factor limitante: “a veces el trabajo, el estrés siempre es un factor que le da uno ansiedad (...) tener rutinas exigentes en el trabajo, eso ha sido obstáculo en eso” (P1, comunicación personal, 12 de junio de 2025), otro participante menciona que hay situaciones laborales que, “nos quita la tranquilidad (...) cuando nos dicen que tenemos una cartera (...) eso nos daña el día”, de igual forma añade que compatibilizar trabajo estudio y el cuidado de los hijos puede ser difícil en temas de dedicarle tiempo a algunas prácticas de autocuidado, “también trabajo los sábados (...) es difícil (...) de pronto salir del trabajo, irme a estudiar (...) que yo el tiempo voy a estar con ellos, entonces es difícil” (P5, comunicación personal, 3 de julio de 2025). Otros relatos hicieron énfasis en el reto que puede ser iniciar o mantener hábitos saludables aun sabiendo lo beneficioso que es: “lo más difícil de todo es empezar (...) y que se convierta en disciplina porque la disciplina es hacer lo que se debe hacer, así uno no lo quiera hacer” P3, “no me gusta para nada la actividad física (...) en el colegio nunca me gustaba tampoco (...) en esa parte física sí he tenido mucha dificultad” (P4, comunicación personal, 18 de junio de 2025), otro obstáculo mencionado por un participante es la afectación emocional que se da tras una ruptura y cómo esta puede impactar de manera directa en el autocuidado, el participante refiere que es una situación difícil que puede modificar los planes personales y afectar de manera directa el propio bienestar, lo que las limitaciones económicas también son un obstáculo para este participante lo cual refiere: “los obstáculos pueden ser los económicos (...) en la vida siempre habrá algo (...) tener bajos recursos (...) puede afectar el autocuidado (...) eso es lo que me descompensa en algunos momentos” (P2, comunicación personal, 14 de junio de 2025). Este conjunto de barreras muestra que el cuidado de sí no depende únicamente de la voluntad individual, sino que está profundamente condicionado por el contexto social, económico y emocional de cada participante.

Es importante reconocer que los resultados obtenidos en las entrevistas pueden estar influenciados por algunos sesgos, se observó que el sesgo de deseabilidad social pudo haber llevado a que algunos participantes respondieran de una forma socialmente aceptable, especialmente al hablar de prácticas de autocuidado, asimismo, en algunas entrevistas se identificaron respuestas

rápidas y poco reflexivas, lo que podría estar relacionado con el deseo de dar respuestas esperadas más no con un análisis introspectivo, sin embargo, muchos participantes utilizaron como recurso la memoria y el recuerdo para responder con anécdotas o experiencias pasadas que ilustraban sus prácticas y percepciones.

Finalmente, los participantes provenían de contextos culturales y regionales diversos, cabe resaltar que el hecho de que surgieran coincidencias en los relatos a pesar de esta diversidad resulta relevante, ya que configura que algunas prácticas y significados con respecto al autocuidado son compartidos independientemente del contexto, pero centrado en las realidades colombianas.

7 Discusión

Los individuos reconocen su responsabilidad en el cuidado de sí mismos y lo que deben hacer para lograrlo, entendiendo la multidimensionalidad que implica. Las conductas de cuidado están orientadas al “deber hacer/ser”, inicialmente remarcando los aspectos físicos. Esto concuerda con lo descrito por Camps (2021) al mencionar el cuidado como responsabilidad del individuo, responsabilidad en la cual se inscriben en algún momento de la vida, en donde se van adquiriendo prácticas o hábitos por medio de la historia de aprendizaje y experiencias vividas, ya sean significativas o superficiales.

En las etapas del ciclo vital, los cuidados relacionados con la apariencia son promovidos por diferentes instituciones y se van reforzando en el discurso, generando mayor presencia de estas prácticas. Esta dinámica ha contribuido a que las experiencias de aprendizaje del cuidado se orienten de forma prioritaria hacia la dimensión corporal, reforzando y justificando que las percepciones y prácticas actuales se enfoquen en este aspecto, reflejando una construcción subjetiva del concepto de autocuidado.

En relación con los temas de historia de aprendizaje y experiencias de vida, las figuras y entornos cercanos, adquieren un papel central, pues este influye de manera directa en las primeras nociones y percepciones frente al cuidado, transmitiendo normas y límites como, no estar con extraños, mantener o alejarse de ciertas amistades o priorizar el cuidado del cuerpo sobre otras dimensiones, esto se asocia con lo planteado por Foucault (1994) en su noción de cuidado de sí, en la cual vincula la preocupación con uno mismo, con una forma de vigilancia; en ese sentido, el autocuidado conlleva una vigilancia sobre el propio comportamiento y por ende, la regulación de las interacciones sociales. Dicha regulación no solo implica seleccionar y controlar los vínculos que se establecen con otros, sino también reconocer cómo estos entornos inciden en la construcción de hábitos, valores y prácticas de cuidado.

Siguiendo la línea planteada, desde el momento del nacimiento, la persona es recibida en un grupo social primario: la familia. Este entorno transmite patrones de comportamiento relacionados con el cuidado, definidos por lo que socialmente se establece en ese contexto. Factores como la clase social, la edad, el género, la educación y las experiencias previas de los miembros de la familia influyen en las dinámicas de cuidado que allí se practican, pues, según Camps (2021) quien se ocupa de sí mismo, estará en condiciones de cuidar a los demás de manera adecuada y de

relacionarse correctamente con ellos (p. 189), en este sentido se logra pensar que en primera instancia los cuidadores que tienen estas prácticas, aún de forma inconsciente, son capaces de transmitir las.

En relación entonces, con el periodo evolutivo en el que más se refuerzan estas conductas, es importante señalar que el cuidado no debe entenderse únicamente como algo propio de etapas específicas, como la infancia o los momentos en que surgen afecciones, sino como un proceso continuo y dinámico. En ese sentido, en determinadas etapas del desarrollo, se inculcan cuidados considerados “ideales”, con la expectativa de que se mantengan a lo largo del tiempo. Dichas dinámicas resultan fundamentales para la construcción del significado y la práctica del autocuidado en el nuevo miembro, en tanto expresan el cuidado que ha experimentado y recibido (Holguín Lezcano et al., 2020, p. 158). Sin embargo, estos aprendizajes no permanecen estáticos, sino que a lo largo de la vida implican un proceso de evaluación y análisis para determinar si deben conservarse, reforzarse o transformarse e incluso abandonarse. Construyendo así la concepción del autocuidado.

Se pone en manifiesto que el aprendizaje está mediado por la protección parental, o los cuidadores principales, donde se reforzó el vínculo afectivo y la idea de cuidado, tal como lo plantean González & Mosquera (2012), el autocuidado se da a partir de la acción cuidadora de otros, es decir, las enseñanzas de los cuidadores permiten desarrollar en el individuo conductas de cuidado que se internalizan y que cuando están presentes desde las primeras etapas de la vida, permiten que el adulto tenga herramientas para mantenerlas y adoptar otras, se corrobora entonces que hay un aprendizaje y adopción de hábitos y creencias que constituyen un legado intergeneracional, muchas veces sin cuestionamiento, gracias a esas figuras significativas, y que, por otro lado, la falta de las mismas provocan en el sujeto carencias para el cuidado de sí mismo.

Así mismo, este aprendizaje también se ve influenciado en espacios institucionales como colegios, universidades y contextos laborales, en donde se transmiten normas y valores que orientan la vida, en este proceso las relaciones interpersonales y la observación a otros son decisivas, Bandura & Walters (1974) explican que gran parte de las conductas humanas se adquieren al observar a otros, ya que este proceso permite generar representaciones internas que orientan la acción, incluso en ausencia de un refuerzo directo (p. 22).

Se reconoce, un proceso progresivo en la construcción del concepto de autocuidado, que articula la experiencia cotidiana con las perspectivas teóricas. En primera instancia, se evidencia

qué se entiende por “cuidado”, pues esta noción inicial constituye la base sobre la que se construyen las demás comprensiones. Posteriormente, las experiencias vividas marcadas por la historia de aprendizaje, moldean las percepciones y representaciones sobre el concepto, permitiendo que el individuo formule una definición propia de autocuidado.

A partir de este proceso, resulta posible examinar cómo estas definiciones dialogan, se complementan o se distancian de lo que proponen las distintas teorías sobre el autocuidado, así como analizar las prácticas emergentes asociadas a dichas definiciones. En este sentido, el autocuidado puede comprenderse no sólo como un concepto en construcción teórica, sino también como un conjunto de prácticas intencionales que las personas desarrollan para preservar su bienestar. Dichas prácticas se despliegan en distintas dimensiones: física, cognitiva, emocional, social y espiritual, estas se configuran a partir de las experiencias cotidianas y de las estrategias que los individuos incorporan o reconocen como beneficiosas en su vida. Esta perspectiva permite observar cómo, más allá de las definiciones, que, si bien incluye algunos elementos, el autocuidado se manifiesta en acciones concretas que buscan mantener el equilibrio entre mente, cuerpo y entorno.

El autocuidado se percibe como un proceso anclado en la responsabilidad individual, en el que la persona reconoce y sostiene conductas que favorecen su bienestar. En este mismo sentido, (Vaughan et al., 2022) lo menciona como un proceso natural de toma de decisiones orientado a responder de manera adecuada, integrando tanto acciones preventivas y de mantenimiento como estrategias reactivas (p. 516).

La dimensión física de autocuidado es la de mayor representatividad en los datos, lo que coincide con la relevancia que se ha dado a la preponderancia del cuidado del cuerpo propuestas desde la medicina y enfermería, discursos que se vuelven cotidianos dado que están ligados a la prevención, promoción de la salud y hábitos de vida saludables. En ese sentido, el estilo de vida orientado al cuerpo, como lo exponen Lluch Canut et al. (2002) está estrechamente relacionado con la educación sanitaria, la cual busca influir en las formas de vivir y actuar de las personas, promoviendo hábitos que fortalezcan la salud y prevengan las enfermedades.

Del mismo modo, el cuidado del cuerpo, también se ha relacionado con las diferentes formas de belleza, o se le ha dado un carácter especial, siendo considerada la apariencia física como signo de estatus, y haciendo hincapié en el efecto halo, un sesgo cognitivo que lleva a generalizar atributos positivos a partir de un solo rasgo llamativo, como la apariencia física (Pilat & Krastev,

2021). El aspecto corporal se convierte en un marcador social inmediato que moldea y condiciona la manera en que los demás evalúan y perciben a una persona. Esto se ve reforzado por dinámicas sociales contemporáneas, especialmente en el entorno digital, donde las redes sociales desempeñan un papel decisivo.

Las prácticas físicas estaban orientadas a la alimentación saludable, el ejercicio y el descanso, las cuales representan acciones que favorecen directamente la preservación de la salud y el fortalecimiento del cuerpo a nivel externo e interno, a estas se suma la evitación de conductas nocivas como el consumo de alcohol y tabaco, lo que evidencia una posición activa frente al bienestar corporal y la prevención de riesgos, en este sentido, FUNDASIL y UNICEF El Salvador, mencionan que esta acción es una decisión consciente que implica reflexionar sobre las propias necesidades y tomar decisiones orientadas a mantener hábitos saludables (2022). De manera complementaria, los participantes también resaltan actividades significativas como los deportes, los cuales no solo aportan al mantenimiento físico, sino que también generan motivación y satisfacción, además refuerzan lo estético antes mencionado, que se vincula con significados sociales y personales. Así, el autocuidado se entiende más allá de la salud, extendiéndose hacia el disfrute y la validación social, lo que González-Vazquez et al. (2018), mencionan cómo una “dimensión material” relacionada con la capacidad de buscar cosas buenas, experiencias positivas y tratar de satisfacer las propias necesidades. (p. 374)

La dimensión de autocuidado cognitivo se plantea a partir de estrategias como la organización del tiempo, la evitación del estrés y la estimulación mental, implica reconocerlo como un proceso consciente que requiere planificación y regulación, esta perspectiva permite comprender que las prácticas cognitivas no son únicamente hábitos funcionales, sino decisiones pensadas que dotan de sentido la experiencia de cuidarse y que potencian la capacidad del individuo de participar en su desarrollo mental.

Con respecto a la dimensión emocional, surgen prácticas orientadas a preservar el equilibrio interno, como la construcción de una red de apoyo óptima, la regulación y el reconocimiento de las emociones, la búsqueda de tranquilidad y la realización de actividades significativas, lo conciben como un proceso intencional y personal. En este sentido, (González-Vazquez et al., 2018) describen el autocuidado como una actitud de valoración del self, evitando el conflicto interno y desarrollando acciones que generen crecimiento personal. Esto se refleja claramente en la centralidad que los relatos otorgan sobre el autoconocimiento, donde se privilegia el saber

identificar qué cosas ayudan y cuáles afectan, además de verlo, en un sentido de amor propio, donde se evita las acciones nocivas y se le da valor a lo que se es. Entonces, el autocuidado emocional no se limita a prevenir el malestar, sino que supone un ejercicio activo de autoconocimiento.

Los participantes perciben el autocuidado como una estrategia para asumir responsabilidad sobre su salud emocional, priorizar sus necesidades y construir relaciones más saludables, reconociendo que su bienestar impacta tanto en su vida personal como en la forma en que se relacionan con los demás. Cantera & Cantera (2014) destacan que este proceso implica desarrollar habilidades emocionales orientadas al cuidado consciente en primera persona, al tiempo que se busca el bienestar personal y colectivo, si bien el manejo y expresión de las emociones aparece en las definiciones recogidas, dista de relacionar el autocuidado con el bienestar colectivo, lo que sugiere que en el contexto colombiano predomina una visión más individual que comunitaria del autocuidado.

Es importante resaltar que, aunque en las definiciones no había una mirada a lo social, las prácticas que fueron mencionadas propiamente en esta subcategoría, dan cuenta sobre la importancia de realizar conductas en torno a la relación con otros, lo que determina que está en pro de una construcción multidimensional, alineado a la propuesta de una de las dimensiones de González-Vazquez et al. (2018), donde uno de los factores de autocuidado es la dimensión interpersonal relacionada con la búsqueda de interacciones positivas, orientadas a la construcción de vínculos positivos y cubrir las necesidades de acompañamiento y soporte mutuo.

De esta forma, las prácticas en la dimensión social están orientadas al establecimiento de límites y la elección consciente de vínculos positivos y significativos, lo que también implica evitar conflictos relacionales propios de ciertos contextos sociales del país, pues se reconoce el valor de distanciarse de relaciones dañinas y de no involucrarse en situaciones conflictivas, dado que pueden poner en riesgo el bienestar, en concordancia, Butler et al. (2019) mencionan que el autocuidado parte de hacer un balance entre las relaciones son beneficiosas emocionalmente y las que no lo son. Se pone en evidencia que la salud individual se sostiene también en la calidad de las interacciones, en la capacidad de rodearse de personas que brinden confianza, acompañamiento y respeto.

Finalmente, la dimensión del autocuidado espiritual está expresada a través de prácticas cómo el asistir a la iglesia para fortalecerse espiritualmente y cómo guía para actuar frente a las adversidades, se reconoce la espiritualidad como una herramienta transformadora dentro de las

prácticas de autocuidado, que puede aportar tanto soporte emocional como sentido vital. Sin embargo, en las definiciones teóricas revisadas, si bien la espiritualidad no se presenta en las mismas como componente del autocuidado, sí se reconoce entre las características del cuidado de sí. Tal como señala Foucault (1994), la espiritualidad puede entenderse como el conjunto de búsquedas, prácticas y experiencias mediante las cuales la persona lleva a cabo en sí misma las transformaciones necesarias para acceder a la verdad.

Cabe destacar que, si bien la espiritualidad surgió en el marco de la religión, no es necesario restringirla únicamente a esta esfera, pues va orientada a cómo las personas se perciben a sí mismas en el contexto del mundo más amplio y cómo encuentran propósito, esperanza y significado en la vida, crea un espacio para que cada individuo reflexione sobre sus propias necesidades internas y sobre su papel o lugar dentro del mundo y el universo (Butler et al., 2019), en otras palabras, es la capacidad de transformar la comprensión de la realidad, expresar ideas, formar valores, cuestionar las acciones propias y desarrollar estrategias de afrontamiento. Este aspecto puede relacionarse con el bienestar emocional, la construcción de sentido de vida y la capacidad de establecer relaciones interpersonales más empáticas, trascendiendo lo meramente físico para integrar de manera armónica las dimensiones emocional, cognitiva y social de la persona.

Por otro lado, conviene señalar que, existen factores contextuales y barreras en la construcción y ejercicio del autocuidado, pues este logra internalizarse y afianzarse como práctica, mediante la interacción y la influencia del entorno familiar, social y cultural.

El entorno social determina en gran medida sus posibilidades y motivaciones para cuidarse. En ese sentido, el individuo, luego de tener unas bases del grupo primario, interactúa con otros grupos y contextos que podrán reforzar, ampliar o modificar las prácticas y concepciones de autocuidado desarrolladas en la infancia (Holguín Lezcano et al., 2020, p. 158). Estas experiencias externas contribuyen a que la persona construya una visión más amplia.

De esta forma se abre camino a pensar en una influencia a nivel macro, siendo el entorno cultural el que involucra valores, creencias, normas y prácticas compartidas por un grupo social, y orienta la forma en que las personas interpretan la realidad y toman decisiones, incluyendo las relacionadas con el autocuidado.

La influencia del entorno cultural configura que el autocuidado no es un fenómeno individual, que se crea únicamente de manera personal e introspectiva, sino que se construye y transforma en el contexto cultural y sociopolítico; Muñoz Seco et al. (2024) plantea que las

habilidades del autocuidado se adquieren a lo largo de toda la vida: en el seno de la familia, en el colegio, en el trabajo, en el grupo social o con las amistades, etc. (p. 132). En relación con esto emerge un componente cultural relacionado con las dinámicas de género y el machismo, con una incidencia en la configuración del autocuidado, pues se impone como una carga adicional que condicionan la forma en que se cuida de sí mismo y los límites que se establecen, siendo a su vez una estrategia de protección frente a situaciones de desigualdad y presión social. Si bien no fue una tendencia generalizada en el conjunto de la muestra, su importancia radica en que visibiliza cómo, en determinadas regiones del contexto colombiano, el autocuidado puede entenderse como una respuesta adaptativa a condiciones socioculturales específicas.

Por otra parte, fueron mencionadas ideas o creencias compartidas en algunas culturas en torno a la fortaleza, la imagen y la vulnerabilidad humana, en este sentido, la idea de mostrarse vulnerable significa ser débil, y puede limitar la dimensión emocional, lleva a conductas de autoexigencia que, aunque en un inicio parecen reflejar fortaleza, con el tiempo puede afectar negativamente el bienestar.

A su vez, aparece la influencia del contexto sociopolítico, especialmente en zonas rurales afectadas por el conflicto armado, la OMS (2022) sostiene que cuando los sistemas de salud se ven sobrecargados a causa de conflictos y crisis humanitarias, aparece la urgencia de que individuos y comunidades participen activamente en el cuidado de sí mismos. De esta forma, vivir en un entorno con presencia de actores armados, violencia y vulnerabilidad social obliga a desarrollar estrategias de autoprotección, como evitar “ciertos temas de conversación” para prevenir riesgos que impacten al ser humano de forma traumática, sin embargo, en medio de la adversidad se han implementado prácticas que permiten continuar y sobrellevar las dificultades, como lo plantea (Martín-Baró, 1990), el conflicto armado no solo produce daños individuales, sino que configura un trauma psicosocial que afecta a las comunidades en su conjunto, pero que también impulsa la creación de formas colectivas de afrontamiento y resiliencia.

Por otra parte, el inicio y sostenimiento de hábitos saludables, suele enfrentar barreras internas vinculadas con la motivación, el tiempo o el cansancio, lo que demuestra que la adopción y sostenibilidad de hábitos exige no solo conocimiento individual, sino también entornos que los favorezcan (Ministerio de Salud & Protección Social, 2021), lo que concuerda con lo manifestado por los participantes quienes refieren obstáculos que se interponen al momento de llevar a cabo dichas prácticas, cabe resaltar que estas no dependen únicamente de la voluntad individual, sino

que se ven condicionadas por factores personales, laborales, emocionales y económicos, lo cual se refleja en la dificultad para mantener un equilibrio entre hábitos, trabajo, estudio, relaciones interpersonales, cuidado familiar y bienestar propio. Es importante considerar que las limitaciones económicas pueden restringir el acceso a recursos que promueven la salud y el bienestar y que la capacidad de autocuidado tiene mucho que ver con el nivel socioeconómico. (Muñoz Seco et al., 2024, p. 4)

Además, el ámbito afectivo se muestra como un obstáculo para el autocuidado, especialmente en situaciones de crisis como rupturas afectivas, duelos o pérdidas. Pues, cuando estas prácticas se abandonan en dichos momentos, las emociones intensas dominan y desplazan el cuidado de sí, generando períodos prolongados sin rutinas de bienestar y debilitando la integridad física y emocional de los individuos.

Los datos obtenidos demuestran que, aunque existen obstáculos, adversidades o dificultades, su impacto depende de qué tan interiorizadas estén las prácticas de autocuidado, dado que los sujetos demuestran tener nociones sobre este y aplicarlas en su vida cotidiana, convirtiéndose en una vía efectiva para afrontar y transformar experiencias dolorosas, pues ayuda a restablecer la seguridad personal y a generar nuevos sentidos frente a lo vivido. Y que para quienes no cuentan con estas nociones o no las han incorporado de manera constante, la vivencia significa puede dificultar la adopción inmediata de estas estrategias, aumentando el riesgo de vulnerabilidad, al no formar parte de los recursos habituales de afrontamiento. Sin embargo, incluso en estos contextos, el autocuidado emerge como un recurso valioso, ya que permite crear un marco de sentido reparador que posibilite integrar la experiencia traumática en la historia personal. Esto indica que el autocuidado es un aspecto que se debe fortalecer y consolidar para que tenga un mayor impacto en la forma de afrontar la adversidad.

Finalmente, el autocuidado se comprende como un proceso que se configura social y culturalmente, en el que las influencias externas se interiorizan y se expresan en las prácticas individuales.

8 Conclusiones

El propósito central que condujo la realización de esta investigación consistió en comprender las representaciones sobre el autocuidado a nivel multidimensional en el contexto colombiano desde una perspectiva psicológica. Esto con la finalidad de poder llegar a una aproximación más cercana de las nociones, percepciones, significados, o dinámicas que las personas atribuyen al autocuidado, entendiéndolas no solo como conductas, sino como una construcción subjetiva que abarca el sentido del cuidarse, el valor que se le otorga y las prácticas que se consideran apropiadas dentro de este proceso.

En ese sentido, se parte del cómo conciben, atribuyen y dotan de sentido y finalmente adoptan prácticas de autocuidado, construyendo representaciones con un carácter más amplio que lo físico o biomédico, pues incluye también surgen las dimensiones; emocional, cognitiva, social y espiritual, lo que permite ampliar la mirada a un entendimiento más integral del concepto. Hacerlo desde el enfoque disciplinar psicológico, permitió analizar procesos de percepción, interiorización de los mismos y construcción de significados, todo enmarcado desde la historia de aprendizaje de los individuos y mediados por factores culturales propios del contexto colombiano.

Se tuvo entonces un acercamiento inicial a las representaciones sobre el autocuidado en la población colombiana, identificando que estuvieron orientadas principalmente a cuidado corporal, alimentación saludable, deporte o ejercicio, sin embargo, el análisis permitió reconocer que estas se estructuran también en torno a otras dimensiones que trascienden la visión reduccionista de la salud en la que están enmarcados las pocas investigaciones acerca del tema de estudio, pues también se vinculó el cuidado emocional, establecimiento de límites, evitación del estrés, la estimulación mental, elección consciente de vínculos positivos y significativos y elementos de relacionados con la espiritualidad orientado a la transformación personal. La diversidad de representaciones encontradas da cuenta de los múltiples significados e interpretaciones que los sujetos construyen en torno al autocuidado en el contexto colombiano, permitiendo una comprensión más profunda y contextualizada de la realidad social.

En Colombia, las representaciones y prácticas de autocuidado están profundamente mediadas por el contexto sociocultural, económico y político, factores como el conflicto armado, la violencia, las condiciones laborales, la educación y la familia influyen en la manera en que las personas conciben y ponen en práctica el cuidado de sí mismas, las creencias culturales, los roles

de género y la percepción de vulnerabilidad también orientan estas prácticas, mientras que barreras externas como las limitaciones económicas, la sobrecarga laboral o las experiencias traumáticas, restringen las posibilidades de llevarlas a cabo.

Por consiguiente, el autocuidado no puede entenderse únicamente como una práctica individual, sino como un fenómeno construido socialmente, donde lo aprendido y las experiencias vividas influyen tanto en la concepción como en la realización de estas prácticas. Comprender estas influencias contextuales, incluyendo el impacto del conflicto, permite identificar no solo los factores que facilitan el autocuidado, sino también aquellos que lo obstaculizan, además, ofrece insumos valiosos para diseñar intervenciones que fortalezcan el bienestar de los colombianos, lo que implica que cualquier intervención orientada al fortalecimiento del autocuidado debe considerar de manera integral los factores familiares, culturales, sociales, económicos y políticos que moldean estas prácticas.

Las prácticas de autocuidado pueden constituirse en un recurso central en los procesos de recuperación tras una experiencia traumática o significativa, al facilitar la restauración del equilibrio físico, cognitivo, emocional y social. Pues, se convierten, por tanto, en un recurso fundamental para la sanación y resignificación, al favorecer la regulación emocional, el restablecimiento del vínculo con el cuerpo, el fortalecimiento de las redes de apoyo y la reconstrucción de significados personales y sociales, entre otros elementos.

En este sentido, el autocuidado puede entenderse desde dos perspectivas: la primera, cuando ya está integrado en la vida cotidiana, se convierte en una vía efectiva para afrontar y transformar experiencias dolorosas, pues ayuda a restablecer la seguridad personal y a generar nuevos sentidos frente a lo vivido. Y la segunda, cuando, por el contrario, no existen prácticas de autocuidado consolidadas, entonces, la vivencia del trauma puede dificultar la adopción inmediata de estas estrategias, al no formar parte de los recursos habituales de afrontamiento. Sin embargo, incluso en estos contextos, el autocuidado emerge como un recurso valioso, ya que permite crear un marco de sentido reparador que posibilite integrar la experiencia traumática en la historia personal.

De este modo, más allá de una respuesta individual, el autocuidado se configura como una estrategia multidimensional orientada no solo a la superación del daño, sino también a la construcción de resiliencia y a la generación de nuevas formas de sentido. Así, brinda espacios de regulación afectiva, favorece la reconexión con el cuerpo y posibilita la creación de narrativas más

integradoras, en las que la experiencia traumática no se conciba únicamente como una fractura vital, sino también como una oportunidad de aprendizaje, resiliencia y transformación personal.

9 Límites y recomendaciones

Se consideran algunos limitantes encontrados a lo largo de la investigación. En primera instancia se hace mención de las prácticas de autocuidado, es importante tener en cuenta que la investigación se enfoca en las representaciones o lo que se conoce por autocuidado; sin embargo, se observa que los participantes pueden nombrar las prácticas por conocimientos vicarios, culturales o por deseabilidad social. En otras palabras, no basta con saber qué es correcto para el propio cuidado, es necesario transformar ese conocimiento en prácticas cotidianas que expresen esa verdad. De la misma forma no se puede determinar que las respuestas sean porque verdaderamente se implementan o por esa misma necesidad de responder de una forma políticamente correcta, aun cuando en la entrevista se indicó que ninguna respuesta sería mala y que ser pretendida que todo fuera respondido con la mayor honestidad.

Se puede considerar que las respuestas ligadas a una visión más integral, relacionados con temas específicos alrededor de la psicología, puede estar permeada por el mismo rol del entrevistador, sin embargo, se reconoce que en la actualidad los temas vinculados con la salud mental y el auge del concepto de autocuidado, aun con las dificultades de delimitarlo en Colombia, es implementado en el discurso cotidiano deliberadamente, lo que permite hacer una asociación para integrar lo expuesto socialmente con las experiencias vividas.

Teniendo en cuenta que la investigación se desarrolló con una muestra pequeña, se recomienda ampliar el alcance del estudio en futuras investigaciones, de manera que los hallazgos puedan ser contrastados en poblaciones más diversas y representativas, así mismo, sería importante diseñar y validar una escala que permita medir de forma más precisa las representaciones y prácticas de autocuidado en el contexto colombiano. Además, se recomienda que futuras investigaciones con una muestra tenga diagnóstico de Estrés Postraumático o que sea representativa en torno a las experiencias traumáticas, como en contextos específicos de Conflicto Armado Colombiano, esto no solo contribuiría a fortalecer la investigación en el campo académico, si no que abriría la posibilidad de llevar los resultados hacia propuestas de intervención orientadas a promover el autocuidado como recurso protector frente al trauma y como estrategia de fortalecimiento del bienestar integral, de este modo, el trabajo no se limita al ámbito teórico o el postulado frente a la relación entre autocuidado y trauma, sino que puede transformarse en un

insumo útil para programas de intervención y procesos de acompañamiento, mediante la confirmación de esta relación.

Referencias

- Alarcón Barbosa, L. A., Corzo Morales, M., & Galeano Camacho, E. G. (2022). *Espacios y tiempos para los cuidados y autocuidados. Apuntes para una aproximación histórica desde la situación de las mujeres. Cuidado mutuo: corporeidad, cultivo de sí y ética del cuidado*. Foro por la vida XI, 5, 27-39. <https://repository.ucatolica.edu.co/server/api/core/bitstreams/143309ef-7c5e-45ab-924f-4a0df9dc1700/content>
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed). Editorial Médica Panamericana.
- Andrade, P. H., Lerma, A. J. C., & Castañer, M. E. C. (2022). Autocuidado, afrontamiento e inteligencia emocional en estudiantes universitarios. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 327-340. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2022.n1.v1.2389>
- Araujo Guimarães, N. (2024). Mirando hacia una sociedad del cuidado, pero viviendo bajo múltiples y desiguales formas de producir cuidados: ¿hay luz al fin de ese túnel? En: *La sociedad del cuidado y políticas de la vida* (pp. 63-90). CLASCO; <https://biblioteca-repositorio.clasco.edu.ar/bitstream/CLACSO/250248/3/La-sociedad-del-cuidado.pdf>
- Arriagada Acuña, I. (2020). La injusta organización social de los cuidados en Chile. En: *El cuidado en América Latina: Mirando los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay* (pp. 121-167). Fundación Medifé Edita; <https://biblioteca.clasco.edu.ar/clasco/gt/20200810034952/El-Cuidado-en-Am-Latina.pdf>
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Alianza Editorial. <http://archive.org/details/bandura-a.-walters-r.-aprendizaje-social.-desarrollo-de-la-personalidad>
- Bañol Salazar, J. D., & Montoya Arenas, D. A. (2021). Experiencias traumáticas en la infancia durante el confinamiento por COVID-19. Una revisión documental. *Ciencia y Academia*, 2, 20-36. <https://doi.org/10.21501/2744838X.3920>
- Batthyány, K., & Genta, N. (2020). Uruguay: Avances y desafíos en la investigación y las políticas públicas del cuidado. En: *El cuidado en América Latina: Mirando los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay* (pp. 221-257). Fundación Medifé Edita; <https://biblioteca.clasco.edu.ar/clasco/gt/20200810034952/El-Cuidado-en-Am-Latina.pdf>
- Benítez Pérez, G. A. (2012). Teoría Fundamentada. *Revista Docencia, Investigación, Extensión*, 15(2), 129-159.
- Berrío García, N., Escudero, J. P. S., & Vieco Gómez, G. F. (2023). Validación de la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado Revisada en una muestra colombiana. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 25. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie25.veva>
- Butler, L. D., Mercer, K. A., McClain-Meeder, K., Horne, D. M., & Dudley, M. (2019). Six domains of self-care: Attending to the whole person. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 29(1), 107-124. <https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1482483>
- Camps, V. (2021). *Tiempos de cuidado: Otra forma de estar en el mundo*. Titivillus editorial.

- Camps, V. (2023). El autocuidado, una exigencia moral. *Revista In_Mujeres*, 2, 15-19. https://www.inmujeres.gob.es/CentroDoc/In_Mujeres_No2_Cuidados_p10_final.pdf.
- Cancio-Bello, C. A., Lorenzo, A. R., & Alarcó, G. E. (2020). Autocuidado: Una aproximación teórica al concepto. *Informes Psicológicos*, 20(2), 119-138. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v20n2a9>
- Cantera, L. M., & Cantera, F. M. (2014). El auto-cuidado activo y su importancia para la Psicología Comunitaria. *Psicoperspectivas*, 13(2), 88-97. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-406>
- Cardona A, J. A., Díaz A, E. D., & López A, Y. L. (2009). Autocuidado en recicladores-recuperadores informales de Medellín, Colombia, 2005. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(3), 309-316. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v27n3/v27n3a08.pdf>.
- Castillo, E., & Vásquez, M. L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Medica*, 34(3), 164-167. <https://doi.org/10.25100/cm.v34i.3.269>
- Colombia. Congreso de la República. (2006). *Ley 1090 de 2006. (6 de septiembre de 2006). Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones*. Diario Oficial.
- Colombia. Ministerio de Salud de Colombia (1993). *Resolución 8430 de 1993. (4 de octubre de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Ministerio de Salud de Colombia.
- Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento. (1979). *Informe Belmont. Principios Éticos y Directrices para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación*. <https://www.paho.org/sites/default/files/2023-10/belmont-informe.pdf>.
- Departamento Nacional de Planeación. (2025). *CONPES No 4143: Política Nacional de Cuidado* (No. 4143; p. 160). Consejo Nacional de Política Económica y Social; <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/4144.pdf>.
- Foucault, M. (1994). *Hermenéutica del sujeto* (F. Álvarez-Uría, Trad.). Las Ediciones de la Piqueta. (Obra original publicada en 1982) <https://seminarioatap.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/02/foucault-michel-hermeneutica-del-sujeto.pdf>
- FUNDASIL [Fundación Salvadoreña para la Salud Mental] & UNICEF El Salvador. (2022). *Manual de Autocuidado*. UNICEF El Salvador. <https://www.unicef.org/elsalvador/informes/manual-de-autocuidado>
- Gómez Acosta, A. (2017). Predictores psicológicos del autocuidado en salud. *Hacia la Promoción de la Salud*, 22(1), 101-112. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2017.22.1.8>
- González, A., & Mosquera, D. (2012). Introduciendo patrones de autocuidado sanos. En *EMDR y disociación El abordaje progresivo* (pp. 107-148). Ediciones Pléyades, S.A.
- González-Vazquez, A. isabel, Mosquera-Barral, D., Knipe, J., Leeds, A. M., & Santed-German, M. A. (2018). Construction and initial validation of a scale to evaluate self-care patterns. *Clinical Neuropsychiatry*, 15(6), 373-378.

- Guerra Vio, C., Mújica Platz, A., Nahmias Bermúdez, A., & Rojas Vidal, N. (2011). Análisis psicométrico de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(2). <http://dx.doi.org/10.14349/rlp.v43i2.722>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta edición). McGraw-Hill Education.
- Hernández, M. del C. C. (2012). Trauma y ficción: Una misma noche de leopoldo brizuela. *Lingüística y Literatura*, 117-127. <https://doi.org/10.17533/udea.lyl.16175>
- Holguín Lezcano, A., Arroyave González, L., Ramírez Torres, V., Echeverry Largo, W. A., & Rodríguez Bustamante, A. (2020). El autocuidado como un componente de la salud mental del psicólogo desde una perspectiva biopsicosocial. *Poiésis*, 39, 149. <https://doi.org/10.21501/16920945.3760>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, & Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. (2025). *Boletín estadístico mensual*. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.medicinalegal.gov.co/document/s/20143/0/boletin+estadistico+mensual_2025_marzo.pdf/fedac27b-aca3-0007-abc2-cd69a1be532b
- Instituto Nacional de Salud. (2024). *INS: 75,6% de los casos registrados por violencia de género en 2024 son contra mujeres*. https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/75%2C6-de-los-casos-registrados-por-violencia-de-g%C3%A9nero-en-2024-son-contra-mujeres.aspx?utm_
- Levine, P. A., Frederick, A., & Rodríguez Esteban, A. F. (2022). *Curar el trauma: Descubre tu capacidad innata para superar experiencias negativas*. Diana.
- Lluch Canut, M. T., Sabater Mateu, M. P., Boix Domingo, M., & Corrienero Alegre, J. (2002). La enseñanza del autocuidado de la salud (física y mental) desde la perspectiva psicosocial. En *CiberEduca.com Psicólogos y pedagogos al servicio de la educación*. II Congreso Internacional Virtual de Educación. <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/43507/1/Ponencia%20AUTOCUIDADOS.pdf>
- Manrique-Abril, F., Fernández, A., & Velandia, A. (2009). Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. *Aquichan*, 9(3), 222-235. <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n3/v9n3a03.pdf>.
- Martín-Baró, I. (1988). La violencia política y la guerra como causas en el país del trauma psicosocial en El Salvador. *Revista de Psicología de El Salvador*, 65-83. https://536db96f-7878-40e0-8ceb-7224890ce49c.usrfiles.com/ugd/536db9_6a3bdb1c1ee6451ba861707253aff4d7.pdf
- Martín-baró, I. (1990). El impacto psicosocial de la guerra. En *Psicología social de la guerra: Trauma y terapia*. UCA Editores; https://bivipas.unal.edu.co/bitstream/10720/358/1/L-131-Marin_Ignacio-1990-361.pdf
- Martín-Baró, I. (2003). *Poder, ideología y violencia*. Trotta, Madrid, España.

- Martínez Ibáñez, J. J. (2010). Repensando el concepto de trauma. Una redefinición desde los aportes del Psicoanálisis Relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 04(3), 542-561. <https://doi.org/10.21110/19882939.2010.040304>
- Ministerio de Salud & Protección Social. (2021). *La importancia de la actividad física como hábito de vida saludable*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/La-importancia-de-la-actividad-fisica-como-habito-de-vida-saludable.aspx>
- Muñoz Seco, E., Camarelles Guillem, F., & Del Campo Giménez, M. (2024). Fomento del autocuidado. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 132-139. <https://dx.doi.org/10.55783/rcmf.170207>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). (CIE-11) *Clasificación Internacional de Enfermedades*, 11a revisión. <https://icd.who.int/en>
- Organización Mundial de la Salud. [OMS] (2022). Directriz de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar. En *WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision*. World Health Organization. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK582359/>
- Organización Mundial de la Salud. [OMS] (2024a). *Autocuidado para la salud y el bienestar*. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/self-care-for-health-and-well-being>
- Organización Mundial de la Salud. [OMS] (2024b). *Trastorno de estrés postraumático*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder>
- Orrego, S., Sierra Hincapié, G. M., & Restrepo, D. (2020). Trastornos mentales desde la perspectiva del trauma y la violencia en un estudio poblacional. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(4), 262-270. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.02.003>
- Pedraz Marcos, A., Zarco Colón, J., Ramasco Gutiérrez, M., & Palmar Santos, A. M. (2014). *Investigación cualitativa*. Elsevier España.
- Pilat, D., & Krastev, S. (2021). *Halo effect*. *The Decision Lab*. <https://thedeclarationlab.com/biases/halo-effect>
- Pineda Duque, J. A. (2024). *El giro conceptual y la ética del cuidado*. En *La sociedad del cuidado y políticas de la vida* (pp. 37-62). CLASCO; <https://biblioteca-repositorio.clasco.edu.ar/bitstream/CLACSO/250248/3/La-sociedad-del-cuidado.pdf>.
- Prado Solar, L. A., González Reguera, M., Paz Gómez, N., & Romero Borges, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835-845. <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>.
- Registro único de víctimas, R. (2023). *Unidad para las víctimas*. <https://datos paz.unidad victimas.gov.co/boletines/>
- Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2012). A Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 194-204. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>

- Saldaña García, J. (2014). Trauma, personalidad y resiliencia. Una visión aproximada desde la psicoterapia breve integrada. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 4(3), 28. https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Trauma__personalidad_y_resiliencia.pdf.
- Salvador, M. C. (2009). El trauma psicológico: Un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Revista de psicoterapia*, 20(80), 5-16. <https://doi.org/10.33898/rdp.v20i80.835>
- Schutijser, D. (2022). La filosofía como cuidado de sí y cuidado del otro. *Ánima*, 2, 97-109. <https://doi.org/10.18272/anima.v2i.2647>
- Seco, E. M., Guillem, F. C., & Giménez, M. del C. (2024). Fomento del autocuidado. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 17(2), 132-139.
- Serrano, S. M., & Quintero, M. (2020). Huellas de un trauma psicosocial y retos pedagógicos para la construcción de paz en Colombia. *Revista Academia y Virtualidad*, 13(2), 19-34. <https://doi.org/10.18359/ravi.4496>
- Sontag, S. (2003). *Regarding the Pain of Others*. Psychiatric Services. https://www.academia.edu/77113623/Regarding_the_Pain_of_Others
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *Understanding the Impact of Trauma. En Trauma-informed care in behavioral health services (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57)*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207201/pdf/Bookshelf_NBK207201.pdf.
- Tobón Correa, O. (2003). El autocuidado una habilidad para vivir. *Hacia la Promoción de la Salud*, 8, 1-12. <https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/1870/1786>.
- Torres, N., Corral, V., Corral, N., & Rojas, M. (2021). Diseño y validación de la “Escala de conductas de autocuidado”. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 29(3), 721-741. <https://doi.org/10.51668/bp.8321312s>
- Uribe J, T. M. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Investigación y Educación En Enfermería*, 17(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.16870>
- Van der Kolk, B. (2023). *El cuerpo lleva la cuenta*. Editorial Eleftheria.
- Vaughan, D. V., Barbara, R., & Vellone, E. (2022). A Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 37(6), 515-529. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000919>
- Vicerrectoría de Investigación, Comisión Institucional de Ética, & Comité Central de Ética en la Investigación. (s. f.). *Código de Ética en Investigación de la Universidad de Antioquia*. Universidad de Antioquia; <https://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/e79da6b4-1402-496b-88bc-0dc0321ba827/codigo-etica-udea.pdf?MOD=AJPERES&CVID=luyyYgZ>.

Vives Varela, T., & Hamui Sutton, L. (2021). La codificación y categorización en la teoría fundamentada, un método para el análisis de los datos cualitativos. *Investigación en Educación Médica*, 10(40), 97-104. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2021.40.21367>

Anexos

Anexo 1: Guion Entrevista a Profundidad.

Encuadre: Saludo/Bienvenida. Como se dio a conocer en la convocatoria, esta entrevista va enfocada a conocer las representaciones individuales sobre el tema de cuidados psicológicos. Es fundamental aclarar que no existen respuestas buenas o malas en este contexto. Sus respuestas honestas son de gran importancia, pues cada una aporta una perspectiva única que será valorada, respetada y contribuirá al objetivo de la investigación. Si presenta dudas, comuníquelas para hacer las respectivas aclaraciones. En un primer momento, será indispensable que lea y firme si está desacuerdo el consentimiento informado que se le presentará a continuación (Anexo 2), y posteriormente daremos inicio a la entrevista:

1. ¿Cómo cuidas de ti mismo?
2. ¿Cuáles son tus primeras experiencias relacionadas con el cuidado?
3. ¿Crees que esas experiencias o proceso de aprendizaje definen el cómo te cuidas hoy?
4. ¿Qué actividades realizas para cuidar de ti mismo/a nivel físico, emocional, cognitivo y social? / ¿Qué haces para cuidarte a nivel físico, emocional, mental y social?
5. ¿Cómo definirías el concepto de autocuidado desde tu propia experiencia? / ¿Cómo definirías el autocuidado con tus propias palabras? ¿Si tuvieras que explicarle a alguien que es el “autocuidado” sin la necesidad de mencionar prácticas concretas, que le dirías?
6. ¿Cómo crees que tu entorno familiar, social y cultural ha influido en tu concepto de autocuidado? / ¿Cómo crees que tu familia, amigos y cultura han influido en la forma en que ves el autocuidado?
7. ¿Cómo crees que los eventos de la vida (enfermedades, pérdidas, logros, experiencias traumáticas y no traumáticas) han influido en tu manera de cuidar de ti mismo/a?

/ ¿Cómo crees que los momentos importantes de tu vida, como enfermedades, experiencias, pérdidas o logros, han cambiado la manera en que te cuidas?

8. ¿Qué obstáculos has encontrado al momento de practicar el autocuidado?

9. ¿Cómo ha evolucionado tu concepto de autocuidado con el tiempo? / Cómo ha cambiado tu forma de entender el autocuidado a lo largo del tiempo?

Anexo 2: Consentimiento informado.

Yo _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía _____ de _____, deseo manifestar a través de este documento, que fui informado(a) del proyecto de investigación sobre cuidados psicológicos y acepto participar de la entrevista semiestructurada o grupo focal que tiene como objetivo principal comprender las representaciones sobre el tema a nivel multidimensional en el contexto colombiano desde una perspectiva psicológica, con ello, autorizo el manejo de la información derivada de la misma, entendiendo que al firmar este documento manifiesto haber leído y comprendido la información brindada y otorgo mi consentimiento para la participación en esta investigación.

Información y Procedimiento de la Investigación

La información recolectada será con fines académicos. Si acepto participar en este estudio, seré citado en la Universidad de Antioquia o de manera virtual para la realización de la entrevista semiestructurada o grupo focal, que tendrá una duración aproximada de hora u hora y media. Me comprometo a responder las preguntas de manera sincera. Mi participación es completamente voluntaria, puedo decidir no participar o retirarme en cualquier momento sin dar ninguna explicación y sin que esto tenga consecuencias negativas.

Compensación

Por mi participación, no recibiré ninguna compensación económica. Sin embargo, al finalizar, podré acceder a un resumen de los resultados más relevantes, esto toda vez que se termine el proceso y sea aprobado el mismo.

Confidencialidad y Anonimato

Toda la información que proporcione será tratada de manera confidencial. Las respuestas se mantendrán anónimas y no se asociarán con mi nombre en ningún informe o publicación. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo la grabación audiovisual para la recolección de los datos,

asegurando que mi imagen y voz no serán utilizadas con fines comerciales sin consentimiento previo por escrito. Las grabaciones de las entrevistas y grupo focal serán almacenadas de forma segura. En caso de que desee retirarme de la investigación, los datos y la información proporcionada serán eliminados en mi presencia.

Uso de Datos para Futuras Investigaciones

Los datos recolectados en esta investigación podrán ser utilizados de forma anónima para futuras investigaciones relacionadas con el tema.

Riesgos y Beneficios

Mi participación en esta investigación no implica riesgos significativos para la salud física o mental. Sin embargo, es posible que, al reflexionar sobre estas experiencias, surjan emociones que desees procesar. Si esto ocurre, me proporcionarán información sobre recursos de apoyo psicológico. No tendré beneficio directo por mi participación, no obstante, proveerá información valiosa y contribuirá a una mejor comprensión del tema en Colombia, lo que podría ayudar a desarrollar futuras investigaciones.

Declaración de voluntad

Al firmar en este consentimiento, declaro que he sido informado/a de manera clara y completa sobre los detalles de la investigación. Acepto participar voluntariamente y sin coacción alguna. Comprendo que puedo retirarme en cualquier momento sin dar explicaciones. Autorizo el análisis de la información brindada, junto con la de otras personas, siempre con la garantía de confidencialidad y anonimato. Por último, declaro haber recibido copia del presente documento.

Nombre del participante.

C.C _____

Firma de los investigadores.

C.C _____

Fecha: _____

Firma de los investigadores.

C.C _____

Fecha: _____

Contacto de las investigadoras a cargo para aclarar cualquier duda, Stefania Pérez Rodríguez, e-mail: stefania.perezr@udea.edu.co y Manuela Castrillón Castaño, e-mail: manuela.castrillonc@udea.edu.co. Asesora: Carmen Nathalia Acevedo, e-mail: carmen.acevedo@udea.edu.co