



UNIVERSIDAD DEL BÍO – BÍO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y LOS ALIMENTOS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**AUTOCUIDADO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
DEL HOSPITAL DE SAN CARLOS EN LAS DIMENSIONES
DE ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD Y REPOSO,
CONDUCTAS DE RIESGO, FUNCIONAMIENTO FAMILIAR
Y ESTRÉS LABORAL, AÑO 2011**

AUTORES:

Flores Inostroza M^a Teresa
Jeno Montero Daniela Eloísa
Ormeño Barros J. Cristóbal
Vargas Reyes Sofía del Pilar

DOCENTE GUÍA:

E.U.M.G: Gajardo Valenzuela Susana

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

CHILLÁN – CHILE

2011

AGRADECIMIENTOS

Los autores de esta investigación agradecen:

- A Directivos y Profesionales de Enfermería del Hospital de San Carlos y Hospital Herminda Martín de Chillán (Centro de responsabilidad de Pediatría) por su buena disposición a participar en este estudio.
- A la Directora de Escuela de Enfermería Sra. Elena Espinoza Lavoz por la entrega de respaldo legal para la recolección de datos.
- A nuestra profesora guía Sra. Susana Gajardo Valenzuela, por su asesoría, apoyo, disposición y comprensión durante el proceso de investigación.
- Al Sr. Miguel Ángel López, por su colaboración durante el proceso de análisis, apoyo emocional, preocupación e interés por nuestra investigación.
- A la Srta. Soledad Salazar secretaria de la Escuela de Enfermería por su ayuda y colaboración durante el desarrollo de este estudio.
- A nuestras familias y amigos por el apoyo, afecto, paciencia y compañía durante la realización de la investigación.
- Finalmente a todas aquellas personas, que sin esperar nada a cambio colaboraron con nosotros en el desarrollo de esta investigación.

ÍNDICE

	Pág
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Presentación y fundamentación del problema e importancia para el Profesional de Enfermería	3
1.2 Problema y problematización	9
1.3. Antecedentes teóricos y empíricos.	11
1.4 Propósito de la investigación.	33
1.5 Objetivos generales y específicos	33
1.6 Variables.....	36
II.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	37
2.1 Tipo de diseño.	37
2.2 Universo y muestra.....	37
2.3 Unidad de análisis.	37
2.4 Aspectos éticos	38
2.5 Procedimiento para la recolección de datos	39
2.6 Descripción del instrumento recolector.....	39
2.7 Prueba piloto	41
2.8 Procesamiento de los datos	42
III.- ANÁLISIS	43
3.1 Análisis de resultados.....	43
3.2 Discusión	53
IV. CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	59
4.1 Conclusiones	59
4.2 Sugerencias.....	61
4.3 Limitaciones.....	61
V.- BIBLIOGRAFÍA.....	62

VI.- ANEXOS

1. Definición nominal y operacional de las variables
2. Cartas de autorización y consentimiento informado
3. Encuestas y escalas

RESUMEN

Antecedentes. Dorothea Orem considera en su teoría de autocuidado que el Profesional de Enfermería debe ejercer el autocuidado satisfaciendo tanto sus necesidades como las de los demás, para cumplir con las expectativas sociales y su rol. **Propósito.** Conocer el autocuidado del Profesional de Enfermería del Hospital de San Carlos en el año 2011. **Diseño.** Estudio no experimental, descriptivo de corte transversal, con un universo de 43 Profesionales de Enfermería que trabajaron durante esa fecha en dicho hospital, cuyas dimensiones comprendían las de alimentación, actividad y reposo, conductas de riesgo, funcionamiento familiar y estrés laboral. **Resultados.** El 48,8% de los encuestados tenía entre 20 y 29 años, siendo el 81,4% de sexo femenino, y el 81,2% solteros. En relación al autocuidado, el 81,4% percibió alimentarse adecuadamente, el 86% reconoció consumir 4 o más comidas al día, el 58,1% consumía desayuno diariamente, el 53,5% consumió diariamente frutas y verduras, el 72,1% no realizaba actividad física, el 76,7% logró descansar al dormir, el 76,7% no consumió cigarrillos, el 93% tuvo bajo riesgo de alcoholismo y el 100% no consumió drogas. Del total de los encuestados, un 90,7% pertenecía a una familia normofuncionante y el 65,1% tuvo un bajo nivel de estrés. **Conclusiones.** Los Profesionales de Enfermería estudiados en esta investigación cuentan con un buen autocuidado en las dimensiones evaluadas, salvo en las dimensiones de alimentación y actividad física, donde hay discordancia en relación a lo planteado por Orem.

Palabras Claves. Autocuidado, Profesional de Enfermería, Alimentación Saludable, Actividad Física, Automedicación.

ABSTRACT

Background. Dorothea Orem believes in his theory of self-care the nurse must exercise self-satisfying both your needs and those of others, to meet social expectations and role. **Purpose.** Learn self-care Professional Nursing Hospital San Carlos in 2011. **Design.** Non-experimental, cross sectional, with a universe of 43 nurses who worked during that time in the hospital, the dimensions included the power, activity and rest, risk behaviors, family functioning and stress. **Results.** 48.8% of respondents were between 20 and 29 years, with 81.4% of females and 81.2% single. In relation to self-care, 81.4% received adequate food, consume 86% reported 4 or more meals a day, 58.1% consumed breakfast daily, 53.5% ate fruits and vegetables daily, 72.1 % are physically inactive, 76.7% were able to relax during sleep, 76.7% did not consume cigarettes, 93% had low risk of alcoholism and 100% did not consume drugs. Of the total respondents, 90.7% belonged to a normally functioning family and 65.1% had a low stress level. **Conclusions.** Nurses surveyed in this research have a good self-care assessed dimensions, except the dimensions of diet and physical activity, where there is disagreement in relation to the points for Orem.

Keywords. Self-Care, Professional Nursing, Healthy Food, Physical Activity, Self-Medication.

I. INTRODUCCIÓN

Cuidarse, cuidar y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y de la sociedad. Cuidar representa un conjunto de actos que tienen como objetivo hacer que la salud se mantenga, continúe y desarrolle en las mejores condiciones de bienestar (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye al cuidado dentro del concepto de Promoción de la Salud (PS) y declara que éste corresponde a un proceso mediante el cual se logra que las personas, familias y comunidades mejoren su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas (2).

Nuestro país ha desarrollado una política de estado en PS, a través del comité Vida Chile, que es la entidad encargada de crear políticas de promoción de la salud y coordinar la participación de los organismos e instituciones involucradas en el área (3). La reforma actual de salud fortalece el accionar participativo con los trabajadores como un objetivo de gestión, tanto sobre la salud de las personas, como del ambiente y estrés laboral, orientado al logro de la política pública de salud que proporciona a la población los medios para ejercer mayor control sobre su propio bienestar (4).

El cuidado de la salud de las personas y comunidad está a cargo de los Profesionales de Enfermería dictaminado en el artículo 113 del Código Sanitario chileno en donde se reconoce que la enfermera debe encargarse de: *“la promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente”* (5).

Autocuidado se entiende como la mantención del bienestar físico, mental y social, a través del autocontrol de la salud, ligado a determinadas condiciones de las personas y de las organizaciones (6).

Durante este proceso investigativo, se pretende conocer la realidad de los enfermeros(as) que forman parte del Hospital de San Carlos, perteneciente a la Provincia de Ñuble, ubicado en la Octava Región del Bío Bío, con el fin de evaluar las prácticas de autocuidado que realiza el Profesional de Enfermería como agente de salud e individuo de la sociedad

La teoría que enmarca este estudio es la teoría del autocuidado, desarrollada por Dorothea Orem, la cual lo orienta como una actividad que debiera estar transversalmente presente en la vida de todo ser humano y que nace de las necesidades de los individuos, buscando controlar aquellos factores que interfieran en su desarrollo.

1.1 PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA E IMPORTANCIA PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La OMS define Promoción de la Salud (PS) como el proceso por el cual las personas, familias y comunidades asumen un mayor control sobre sí mismas mejorando su nivel de salud, a través de acciones que influyen sobre los factores determinantes de ésta, pretendiendo lograr el máximo beneficio para la población prolongando las expectativas de vida optimizando recursos, disminuyendo la inequidad y respetando los derechos humanos (2).

El Gobierno de Chile en 1998 crea el Consejo Nacional para la Promoción de la Salud , Vida Chile, cuyo plan se orienta a *“fortalecer los factores protectores de: alimentación saludable, actividad física, ambientes libres del humo de tabaco, asociatividad y redes sociales, así como los factores ambientales, utilizando herramientas estratégicas eficientes como la educación, comunicación, participación, abogacía e intersectorialidad”* (3).

A inicios del año 2005, en respuesta a las necesidades de la población y al perfil epidemiológico social del país, se implementó un plan de reforma de la salud basado en siete ejes fundamentales comprometiéndose al logro de objetivos sanitarios en el decenio 2000-2010 que incluyen los factores protectores mencionados anteriormente (7).

Para el presente decenio 2011-2020 se continuará trabajando en la promoción de un entorno más saludable, intensificando las intervenciones preventivas en los niveles de atención y durante todo el ciclo vital (8).

La enfermería es una profesión, pues ofrece un servicio significativo a la sociedad, relacionado con la mejora de la calidad de vida de las personas, posee un cuerpo de conocimientos basados en la aplicación del método científico y tiene un código de ética en el que se establecen los deberes de la enfermera hacia la sociedad. Posee autonomía durante el proceso de atención de enfermería y se fortalece la identidad al agruparse en una organización profesional (9).

El Colegio de Enfermeras de Chile en conjunto con la Asociación Chilena de Educación en Enfermería (ACHIEEN) establecen que tanto la institución que imparta Enfermería como la carrera deben estar acreditadas, siendo necesario que las universidades presenten un currículum con sólidas bases en lo disciplinar que sea consecuente con perfil de egreso declarado (10).

Dentro de la legislación chilena, la práctica de enfermería se encuentra regulada en el Código Sanitario en su artículo 113, que define los servicios profesionales de los enfermeros(as) que *“comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a la promoción, mantención y restauración de la salud...”* delimitando los roles propios de la profesión que abarcan las áreas asistencial, educación, gestión y administración de recursos, investigación y docencia (5).

En el Código de Ética chileno, en relación al área de la enfermera y el ejercicio de la profesión señala que: *“La enfermera debe mantener un nivel de salud personal que garantice cuidados de enfermería seguros, además de velar también, por el nivel de salud de los miembros de su equipo y promover conductas de autocuidado para un mayor bienestar”* (11).

Además en el Código Deontológico de la profesión, entregado por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) hace referencia a: *“la enfermera observará en todo momento normas de conducta personal que acrediten a la profesión y fomenten la confianza del público”* (12).

Es por esto que para educar a la población el Profesional de Enfermería debe utilizar herramientas como la Educación para la Salud el cual es un “*proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludable*”. Esta motivación a través de la persuasión está dirigida al cambio de conducta del usuario, por lo que el profesional debe representar una imagen acorde a lo que significa la buena práctica de autocuidado (13).

La Reforma de Salud se está moviendo hacia un modelo centrado en la atención del usuario, en donde la relación eficaz entre enfermera-paciente es esencial para que éste asuma un papel más activo en su autocuidado. El primer paso es establecer y mantener una relación de confianza entre ambos, a través de la interacción para proporcionar apoyo y conocimientos dirigidos hacia la recuperación del autocuidado. Es fundamental que las intervenciones de enfermería sean específicas para cada usuario mediante la participación de éste en el proceso de planificación (14).

La evidencia indica que los pacientes informados tienen mayor probabilidad de mejorar la adherencia a la medicación, asistencia al tratamiento, pues se fomenta la autoestima y el sentido de sí mismo (15). Un estudio realizado en Cuba en el año 2005 por Pérez y García describe que la relación enfermera-paciente se basa en la confianza, la que se establece como requisito indispensable para generar en el usuario un sentimiento de seguridad que lo haga propenso a aceptar sugerencias y recomendaciones del Profesional de Enfermería (16).

Ahora bien, tener un buen autocuidado puede hacer que el individuo se sienta bien consigo mismo y su vida, transmitiendo este bienestar a los demás (17).

El autocuidado es un recurso protector para que el desgaste laboral no afecte la salud y el bienestar de los miembros de los equipos de salud (18). Estos aspectos

son relevantes, en especial en el Profesional de Enfermería, pues ellos deben cuidar la salud física y mental de quienes están a su cargo, y entregar una atención de buena calidad (19).

Las personas que descuidan sus propias necesidades y se olvidan de sí mismos corren el riesgo de caer en la infelicidad, baja autoestima y sentimientos de resentimiento llevando a un deterioro de su salud y disminución de la calidad de vida (17).

La prevalencia de enfermedades no transmisibles (ENT) en la salud general de la población mundial ha aumentado debido a los malos hábitos de autocuidado. Se ha estimado que de cada diez defunciones, seis son atribuibles a enfermedades no transmisibles (20). Las ENT en su mayoría se originan por la exposición a diversos factores de riesgo, sobre los cuales la OMS, indica que el 9% de las defunciones mundiales se relacionan con el consumo de tabaco, el 6% al exceso de glucosa en sangre, el 5% a sobrepeso/obesidad y otro 6% corresponde a la inactividad física (21). También afirma que con la eliminación de estos factores de riesgo, se puede prevenir hasta el 80% de las cardiopatías, disminuir los accidentes cerebro vasculares, la diabetes y más del 40% de los casos de cáncer (22).

Por otro lado, cabe destacar que situaciones como el control de sueño o la relación laboral también inciden dentro del autocuidado. La privación de sueño causa somnolencia que puede causar una impresión subjetiva de lentitud y falta de claridad mental llevando a errores durante la jornada laboral (23). Esto unido a una insatisfacción laboral, tiende a llevar al empleado a sufrir todo tipo de problemas de salud, los cuales podrán provocar ausentismo, rotación de personal, gastos médicos para el trabajador y costos para la empresa, los que irán en desmedro de la organización (19).

Según datos aportados por el Colegio de Enfermeras de Chile, existe un déficit del 47% de Profesionales de Enfermería. En la Provincia de Ñuble, en la atención pública trabajan 285 Profesionales de Enfermería, de los cuales 46 ejercen en el Hospital de San Carlos (24).

Según las cifras oficiales derivadas del XVII Censo de Población y Vivienda, la población de San Carlos corresponde a 50.088 habitantes, concentrándose el 62% en el sector urbano y el 38% restante en el sector rural. Cuenta con un hospital tipo 2 de mediana a alta complejidad, con una capacidad para 112 camas más un consultorio adosado de especialidades (25).

Con los antecedentes bibliográficos recabados se observa un déficit en cuanto a estudios relacionados con el autocuidado del Profesional de Enfermería, por lo que se pretende que esta investigación abra una puerta e inste a futuros investigadores a profundizar más en el área de autocuidado, ya que ésta es una importante herramienta dentro del trabajo enfermero. Todo esto da pie a la reflexión y potencia al Profesional de Enfermería al momento de validar su trabajo, otorgándole credibilidad en su quehacer profesional y con ello permitir una mejora en la relación usuario – enfermero.

IMPORTANCIA PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Con el fin de crear Estilos de Vida Saludables el Profesional de Enfermería debe actuar con el ejemplo. En primera instancia debe poseer los conocimientos suficientes otorgados en la teoría obtenida durante su estudio universitario con el fin de diagnosticar y planificar las intervenciones a ejecutar en el individuo. En segundo lugar debe poner en práctica de forma efectiva lo aprendido, con el objetivo de ser reconocido como un modelo a seguir.

Es necesario conocer el autocuidado del Profesional de Enfermería con el fin de potenciar aquellos aspectos que fomenten una actitud saludable y disminuir o bloquear aquellos que interfieren en el éxito de una equilibrada salud. El juramento enfermero de Florence Nightingale indica que: *“Me abstendré de todo cuanto sea nocivo o dañino, y no tomaré ni suministraré sustancia alguna que sea perjudicial”*, lo cual obliga al profesional a ejercer su labor siendo congruente con su moral, su actitud personal y profesional (26).

La importancia de este tema se puede reflejar en diversas áreas. A nivel investigativo, el estudio del autocuidado del Profesional de Enfermería incrementa el cuerpo de conocimientos que sustentan a la profesión, otorga la oportunidad de profundizar el tema y da pie para realizar futuras investigaciones relevantes para el ámbito enfermero.

A nivel profesional, aumenta la validez y el reconocimiento del rol del Profesional de Enfermería en relación al usuario. Otorga mayor credibilidad al rubro enfermero, al quedar reflejada una coherencia entre su actuar y su decir.

A nivel del usuario, aumenta la calidad de la atención y la gestión de los cuidados, ya que es éste quien se compromete más con su propio autocuidado, al ver al profesional como un ejemplo a seguir.

La sociedad espera que el Profesional de Enfermería sea un ente de apoyo, en cuanto a la prevención y fomento de la salud. Es importante crear conciencia de llevar un autocuidado adecuado proyectándose hacia las futuras generaciones de enfermeros, con el fin de que éste sea una herramienta más para enfrentar la agitada vida y forme parte de la cultura en la que se está inmerso.

1.2. PROBLEMA Y PROBLEMATIZACIÓN

PROBLEMA

¿Cómo será el autocuidado respecto a las dimensiones de: alimentación, actividad física y reposo, conductas de riesgo, funcionamiento familiar y estrés laboral del Profesional de Enfermería del Hospital de San Carlos en el año 2011?

PROBLEMATIZACIÓN

1. ¿Cuál será la edad del Profesional de Enfermería?
2. ¿Cuál será el sexo del Profesional de Enfermería?
3. ¿Cuál será el estado civil del Profesional de Enfermería?
4. Con respecto a la dimensión de alimentación:
 - 4.1.- ¿Se alimentará de acuerdo a su estado de salud el Profesional de Enfermería?
 - 4.2.- ¿Cuántas comidas consumirá diariamente el Profesional de Enfermería?
 - 4.3.- ¿Consumirá desayuno diariamente el Profesional de Enfermería?
 - 4.4.- ¿Consumirá 3 porciones de frutas y 2 porciones de verduras durante el día el Profesional de Enfermería?
5. Con respecto a la dimensión de actividad y reposo:
 - 5.1.- ¿Realizará actividad física por más de 30 minutos seguidos, tres veces a la semana el Profesional de Enfermería?
 - 5.2.- ¿Cuántas horas dormirá habitualmente al día el Profesional de Enfermería?

5.3.- ¿Las horas que duerme le permitirán descansar al Profesional de Enfermería?

6. Con respecto a la dimensión de conductas de riesgo:

6.1.- ¿Cuál será la cantidad de cigarrillos consumidos durante la última semana por el Profesional de Enfermería?

6.2.- ¿Cuál será la cantidad de tragos consumidos durante la última semana en el Profesional de Enfermería?

6.3.- ¿Habrá consumido drogas como marihuana, cocaína o pasta base, durante el último año el Profesional de Enfermería?

6.4.- ¿Se habrá automedicado durante el último año el Profesional de Enfermería?

7. Dimensión de funcionamiento familiar

7.1.- ¿Cuál será el nivel de funcionamiento familiar del Profesional de Enfermería?

8. Dimensión de estrés laboral

8.1.- ¿Cuál será el nivel de estrés laboral que posee el Profesional de Enfermería?

1.3. ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS.

MARCO TEÓRICO.

En los primeros años de historia de la enfermería, la enfermera se identificaba como cualquier persona que brindara cuidados. Algunos historiadores infieren que los comienzos de la enfermería moderna se basan en los cuidados otorgados por religiosas a soldados heridos y madres que cuidaban a sus hijos (27).

La enfermería como profesión incipiente fue originada alrededor del año 1860 con Florence Nightingale quien la definió como: *“el acto de utilizar el ambiente del paciente para ayudarlo a su recuperación”*. Ella estableció las bases de una educación formal para enfermeras y así logró mejorar la imagen de la enfermería que en aquellos tiempos era ejercida por mujeres de clase baja y de dudosa reputación (27).

Las enfermeras a partir de ese instante, dejaron de ser simples amas de casa sin entrenamiento y se convirtieron en personas entrenadas en el cuidado de los enfermos (28).

La profesión de enfermería ha ido evolucionando a través del tiempo. Al rol primario basado en el cuidado humanístico, la crianza, el consuelo y el apoyo se le han sumado características específicas de una disciplina profesional como lo son la educación, un código de ética propio, el dominio de un arte y el ser un miembro informado que forma parte de una profesión organizada y responsable de sus acciones (29).

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) define que *“es enfermera/o la persona que ha terminado los estudios básicos de enfermería y está capacitada y autorizada para asumir en su país la responsabilidad de los servicios de*

enfermería que exigen el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad y la prestación de asistencia a los enfermos” (30). El Profesional de Enfermería es responsable de la atención del enfermo, ayudar a desarrollar recursos para fomentar el bienestar del usuario, mantener y/o restablecer la salud de individuos, familias y comunidades en una vasta diversidad de ambientes (31).

En Chile en 1997, el Código Sanitario en su artículo 113 reconoce y aclara los límites de la profesión: *“Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente” (5).*

El autocuidado se enmarca dentro del concepto de promoción de salud, el cual fue enunciado de manera precisa en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Ottawa en 1986, en la que se señala que *“La salud es un recurso para la vida y que ésta se crea cuidándose a sí misma y de otros en la medida que se tiene la capacidad para tomar decisiones, controlar las circunstancias y el entorno que afecten la vida y la salud de las personas” (32).*

El objetivo del autocuidado debe ser que las personas puedan ser partícipes de su propia vida y salud, que puedan alcanzar independencia suficiente, tener autonomía de pensamiento y decisión, y ser capaces de ayudar a resguardar la vida de otros (33).

Según Cavanagh (1993) el autocuidado podría considerarse como *“La capacidad del individuo para realizar las actividades necesarias para vivir y sobrevivir” (34).*

Según Uribe T., citado por Burmuhl E., en el año 2006, indica que: *“Cuidar es un acto individual que cada persona se da a sí mismo cuando adquiere autonomía,*

(que conlleva convertirse en sujetos de sus propias acciones), a su vez es un acto de reciprocidad que tiende a darse a cualquier persona que temporal o definitivamente no está en capacidad de asumir sus necesidades vitales y requiere ayuda” (1999) (34).

En el Plan de Calidad de Vida Laboral del Servicio de Salud Ñuble se define el autocuidado en salud como: *“La realización de actividad que las personas ejecutan libre y voluntariamente con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. Es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y decidir un curso de acción apropiada a su beneficio” (4).*

La labor del Profesional de Enfermería debe estar dirigida a educar a sus usuarios para fomentar la salud a través de acciones que favorezcan el autocuidado. En la actualidad existen diversos escritos referentes al autocuidado, los cuales se sustentan en teorías que brindan la base para la realización de actividades destinadas a fortalecer el cuidado propio.

Teoría del autocuidado

La teoría más destacada referente al autocuidado y que será utilizada en esta investigación, es la desarrollada por Dorothea Orem (1914-2007); enfermera que creó la teoría general del autocuidado, formulada en 1985, de la que se desprenden tres sub teorías que se interrelacionan y a la vez se dividen en: *teoría del autocuidado*; que describe el por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; *la teoría de déficit de autocuidado*, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente; y *la teoría de sistemas de enfermería*, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la enfermería. En esta investigación se utilizará la sub teoría del autocuidado de Dorotea Orem.

Según Orem, el autocuidado se define 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. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar toda persona para sí misma”*.

Además, agrega que el autocuidado es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida ante una exigencia o una necesidad que se origina en el propio individuo, como la necesidad de alimentación y cuidados de la salud, o ante las demandas derivadas de otros individuos tales como las pautas y reglas provenientes de los padres a sus hijos o también en el caso de los profesionales de la salud, la responsabilidad adquirida con el usuario, familia y amigos en el acto de juramento de la profesión. Esta exigencia genera un estímulo que el individuo puede satisfacer o ignorar, pero que permanece en la conciencia de éste a pesar de que se haya ignorado. Cuando las personas interiorizan estas necesidades pueden realizar acciones mediadas por la voluntad que se transforman en parte de una rutina de vida que influirá directamente en el desarrollo de conductas y/o hábitos que mantendrá permanentemente.

La teoría del autocuidado de Orem, describe la existencia de tres tipos de requisitos del autocuidado que derivan de una reflexión interior del individuo basada en los conocimientos y creencias que ha obtenido a lo largo de la vida. Cada requisito promueve acciones intencionadas que se realizarán a favor de los individuos de acuerdo a sus necesidades.

Requisitos del autocuidado:

1.- Requisitos universales de autocuidado: Son generalizaciones sobre acciones que las personas deben realizar para el mantenimiento de las funciones y procesos vitales durante todas las etapas de la vida para lograr un adecuado desarrollo y madurez del individuo. Los requisitos universales de autocuidado comprenden: el consumo suficiente de agua, aire y alimento, prestaciones de asistencia que se asocian con los procesos de eliminación y los excrementos, mantener un equilibrio entre actividad y reposo, mantener equilibrio entre soledad y actividad social, prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal, la promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales.

Cuando se ha cumplido con la satisfacción de todos estos requisitos, se fomenta la buena salud y bienestar, ya sea del propio individuo o de la(s) persona(s) que se encuentran a su cargo. Todos los requisitos universales están interrelacionados y a la vez, son influenciados en diferente grado por los factores condicionantes básicos que son determinantes e influyentes en el estado de salud de toda persona. Los condicionantes básicos incluyen: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos

2.- Requisitos de autocuidado del desarrollo: Promueven las condiciones necesarias para la vida y la maduración del individuo, previenen la aparición de condiciones desfavorables y atenúan los efectos de dichas situaciones, tratando de promover una adaptación a los nuevos fenómenos y sus consecuencias en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano como son la niñez, adolescencia, adultez y vejez.

3.- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: Surgen o están vinculados con la aparición de procesos patológicos que incluyen invalidez que estén bajo control y tratamiento médico (35).

Capacidad de agencia de autocuidado:

El concepto de agencia de autocuidado es introducido por la misma autora, con el objetivo de visualizar las capacidades individuales para el cumplimiento los requisitos del autocuidado. Esta se define como *“una compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en procesos de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requerimientos de autocuidado a lo largo del tiempo”* (36).

La agencia de autocuidado se puede evaluar en relación a las capacidades del individuo como ser holístico, racional, biológico y emocional. Estas capacidades interaccionan cuando las personas realizan una acción cotidiana, pero para realizarlas deben incluir habilidades personales y conocimientos sobre su salud para mantener conductas correctas.

Orem y el Grupo de la Conferencia de Desarrollo de Enfermería en 1993, determinaron los tipos de habilidades para tener una agencia de autocuidado, las que consisten en 3 grandes grupos: Las *capacidades fundamentales y disposición de autocuidado* que se basan en habilidades básicas del individuo como la sensación, percepción, memoria y orientación. Los *componentes de poder (o facilitadoras del autocuidado)* son capacidades concretas que comprenden habilidades para comprometerse en el autocuidado, la valoración de la salud, energía y conocimiento del autocuidado. Y las *capacidades para operaciones de*

autocuidado que corresponden a las habilidades más inmediatas del ser humano como la comprensión de los acontecimientos del entorno, una actitud reflexiva sobre los pensamientos saludables que se dan por sí mismo en el ser humano y realizar una continua autoevaluación sobre los hábitos de autocuidado y las necesidades de cambio (37).

Según cita Rivera, en su estudio “Autocuidado y Capacidad de Agencia de Autocuidado”, Orem considera que el Profesional de Enfermería es un sujeto que debe ejercer el autocuidado en sí mismo, pues las funciones que realiza a favor de éste deben ser coherentes con las expectativas sociales y su rol (38).

Los requerimientos del autocuidado están condicionados por las etapas del desarrollo del ser humano, por lo que cada etapa del ciclo vital tiene características básicas y propias que varían a medida que la edad del individuo avanza. En los primeros años comienza el proceso de razonamiento, donde el infante comprende quién es y qué rol cumple en su ambiente. Al inicio de la pubertad comienzan a aparecer aquellos caracteres físicos e intelectuales que dan pie para la fluidez de la inteligencia, hasta alcanzar la mayoría de edad dando espacio para la independencia, la vida en pareja y la procreación. Una vez creadas sus metas y objetivos para la vida, se da inicio a la vida laboral, en la cual el ritmo de vida y la intensidad del trabajo influyen en el descuido de su salud, predisponiendo al individuo a una situación de excesos y riesgos. A partir de los 40 años de edad, tanto hombres como mujeres comienzan a manifestar preocupación por su cuerpo, se someten a dietas balanceadas, ejercicio y actividades sociales para sentirse activos (39).

El sexo o género es una condición con la que se nace. Históricamente, tanto a hombres como a mujeres se les han atribuido diferentes funciones dentro de la sociedad, la cuales han potenciado una diferenciación entre ambos, condición que

en la actualidad se trata de consensuar gracias a las políticas orientadas a la no discriminación e igualdad de derecho (40).

En el Servicio de Salud Ñuble, en el año 2005 el 70% de los trabajadores del área de salud eran mujeres, siendo éstas, las principales proveedoras de salud (4).

En Chile, el Código Civil define en su artículo 304 que: *“El estado civil es la calidad de un individuo, en cuanto le habilita para ejercer ciertos derechos o contraer ciertas obligaciones civiles”* (41).

En una síntesis de investigaciones realizadas en Estados Unidos se describe que el matrimonio puede ejercer efectos positivos sobre la salud, debido a la existencia de dos ingresos que mejoran el bienestar económico, incrementan la satisfacción de necesidades básicas, mejoran el acceso a la salud y por consiguiente disminuye el nivel de estrés. Asimismo, un cónyuge puede fomentar comportamientos saludables (como buenos hábitos de alimentación y ejercicio regular), desalentar los no saludables (como fumar o beber en exceso) y proporcionar satisfacción emocional e íntima, cubriendo la necesidad de conexión social (42).

Según CENSO del año 2002 en comparación con el CENSO 1992, en la población de 15 años y más, los solteros y viudos mantienen los porcentajes de 34.6% y 5.2% respectivamente. Las categorías de separados, en especial de conviviente, experimentan un alza importante y los casados disminuyen de un 51,8% a un 46.2% (43).

En relación a una alimentación saludable, esta se puede definir como aquella que proporciona al organismo las cantidades de nutrientes necesarios para regular el metabolismo y lograr un buen funcionamiento, sin deficiencias ni excesos. Debe ser completa y variada, ya que ningún alimento tiene por si solo todos los

nutrientes necesarios. Las reacciones del organismo ante una alimentación inadecuada van desde malestares cotidianos como caries dentales, acné, comer de manera compulsiva, hasta enfermedades crónicas degenerativas como diabetes, obesidad e insuficiencia cardiovascular debido al exceso en la cantidad de alimentos. Por el contrario, cuando existe la falta de estos nutrientes se puede desarrollar desnutrición, anemia y parasitosis, entre otros. Según la OMS el bajo consumo de alimentos primordiales para la salud, ocasiona el 19% de cánceres gastrointestinales, el 31% de las cardiopatías isquémicas y el 11% de los accidentes cerebrovasculares a nivel mundial (44).

Lo recomendable es consumir 4 comidas diarias (desayuno, almuerzo, once y cena). Si la frecuencia es menor a tres, generalmente se produce un consumo excesivo en la comida siguiente (45).

Después del ayuno nocturno es indispensable tomar un desayuno balanceado, pues eleva los niveles de glucosa en la sangre, ayudando al cuerpo a funcionar con mayor efectividad fomentando la memoria, concentración y aprendizaje lo que se traduce en un mejor el rendimiento diario (46). Un buen desayuno incluye una combinación de lácteos, pan, cereales y frutas variadas que otorgan el 30% de los nutrientes que necesita el organismo diariamente (47). Es una forma de controlar el peso corporal, pues existe menos disposición de recurrir a un bocadillo a media mañana y se tiende a consumir menos cantidad de lípidos durante el día (48).

El Segundo Estudio de Calidad de Vida y Salud en Chile del 2006 realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) señaló que el 84% de la población toma desayuno diariamente (49).

En Chile en el año 2004, se implementó el programa cinco al día, a raíz del IV Simposio Internacional de Alimentación que contó con la participación del Instituto Nacional y Tecnología de los Alimentos (INTA), organizado por OMS, con el fin de

promocionar el desarrollo de buenos hábitos alimenticios en la población, en el contexto de una vida saludable, de manera de prevenir las enfermedades no transmisibles, mediante diversas actividades públicas y privadas (50).

Al respecto, los expertos de la Food and Agriculture Organization (FAO, OMS) y Food and Drug Administration (FDA) recomiendan que los adultos consuman entre 25 a 30 gramos de fibra diariamente, porción que se encuentra en 400 a 800 gramos de frutas y verduras (equivalente a tres porciones de frutas y dos de verdura). Sin embargo, la mayoría de los adultos no ingiere esta cantidad de fibra diaria. En un estudio reciente (Olivares et al. Nutrition, 2006) se encontró que los adultos chilenos consumen un promedio de 5 gramos de fibra dietética diarios. Para llegar a consumir un mínimo de 25 gramos de fibra al día, lo más importante es seguir una alimentación en base a verduras, frutas y cereales integrales (51). En Chile el Estudio de Calidad de Vida y Salud de la población realizado en el año 2009 - 2010, señala que el 15,7% de los chilenos consume 5 o más porciones de frutas o verduras al día (52).

En relación a la actividad física, en 1985, los Drs. Caspersen, Powell y Christenson, epidemiólogos, por primera vez, dan una definición de ésta. En su estudio establecen que: *“La actividad física es cualquier movimiento corporal en la vida diaria, voluntaria o involuntaria, que se produce por los músculos esqueléticos y entrega resultados en el gasto energético”* (53).

En el año 2010, en el artículo llamado “Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud”, la OMS indica que, los adultos entre 18 y 64 años, deben acumular un mínimo de 150 minutos de actividad física moderada, 75 minutos de actividad física vigorosa aeróbica cada semana o bien una combinación de ambas con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares, salud ósea, reducir el riesgo de enfermedades no trasmisibles y disminuir la depresión (20).

En la Encuesta Nacional de Salud del año 2003 se definió el sedentarismo de tiempo libre, como *“la realización de actividad física o deporte fuera del horario de trabajo, por menos de 30 minutos de duración y/o menos de 3 veces a la semana”*. En el 2004, el MINSAL señala que para obtener beneficios en la salud, es necesario realizar una actividad física moderada o intensa, con un gasto aproximado de 150 kcal diarias o 1000 - 1200 kcal semanales con una frecuencia entre 3 y 5 sesiones a la semana, las cuales dependen de cada usuario. La duración de los ejercicios deben ser mínimos de 30 minutos ya sea de forma permanente o parcial. En el caso de ser parcial, para que la actividad sirva debe durar al menos 10 minutos en forma continua. La mayor duración de la actividad aeróbica permitirá aumentar el gasto calórico (1000– 2000 cal/semana) logrando así el objetivo de mejorar la capacidad funcional y promover la disminución de peso (54).

El Estudio de Calidad de Vida y Salud de la población chilena realizado en el año 2009 - 2010, señala que el 88,6% de la población de 15 y más años no realiza actividad física al menos 30 minutos 3 veces a la semana (o sedentarismo de tiempo libre) (52).

El sueño es un estado de reposo que varía durante el ciclo vital, se produce de forma sostenida en un período ordinario de 6 a 8 horas en un día. Es un estado de reducción de conciencia, un tiempo para reparar y recuperar los sistemas del cuerpo para los próximos períodos de vigilia. Durante el sueño se producen variaciones fisiológicas en el ritmo cardiaco, la temperatura corporal, el consumo de oxígeno, la eliminación por orina de los electrolitos y agua, la secreción de adrenalina, entre otros. Es influenciado por factores externos como la exposición a la luz, la oscuridad y los hábitos sociales, actuando como sincronizadores del ciclo circadiano, por lo que si este se altera, se producirán trastornos fisiológicos (55). El descanso incluye sentimientos de tranquilidad, sentirse en control, libre de

preocupaciones, más flexible y paz mental-emocional. Si bien los beneficios del sueño se reconocen, los trastornos de éste como el insomnio y las apneas del sueño entre otros, pueden ser perjudiciales para el bienestar y requerir intervención médica (54).

Según el INE, la Encuesta Nacional de Salud del año 2003 revela que en el grupo de 25-34 años, el 52,75%, dormían un promedio de 8-9 horas, en el grupo de 35-44 años el 51,12% dormían entre 6-7 horas y en el grupo de 45-54 años el 49,8% dormían entre 6-7 horas diarias (56).

Los trabajos nocturnos y por turnos, muy frecuentes en el área de la salud, influyen en los ritmos neurofisiológicos y circadianos (como la temperatura corporal, índice metabólico, concentración de azúcar en sangre y eficiencia mental, etc.) pudiendo originar problemas de sueño y fatiga (57).

En relación al consumo de tabaco, la OMS menciona que es la principal causa de muerte por enfermedades prevenibles y de muerte prematura en el mundo (58). Guarda relación causal con más de 25 patologías que afectan diferentes sistemas del organismo. Tiene reconocidos efectos nocivos sobre el sistema respiratorio, dañando gravemente bronquios y pulmones, llegando a producir bronquitis crónicas, enfisema y cáncer pulmonar, aparte de la dependencia física y psicológica.

La principal forma de consumo del tabaco es el cigarrillo, producto que está compuesto por más de 4.000 químicos entre los que se encuentran nicotina, alquitranes, monóxido de carbono, plomo, entre otros. La nicotina es el principal responsable de producir adicción en el consumidor al actuar sobre los receptores colinérgicos de tipo nicotínico aumentando la concentración de dopamina extracelular, lo que genera la activación del sistema mesolímbico dopaminérgico, lugar donde se origina el estímulo, produciendo una percepción de placer,

aumento de la agudeza mental, aumento de energía y sensación de vigor. La nicotina causa una liberación de norepinefrina que crea una activación generalizada del cerebro, aumentando la concentración, mejorando la memoria y las habilidades intelectuales. La disminución de la norepinefrina es responsable del síndrome de abstinencia que se presenta al dejar el hábito tabáquico (59).

La OMS reconoce como fumador a la persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno. Estudios revelan que el tabaquismo es el responsable de 1 de cada 10 muertes de personas adultas y cerca del 50% de estas defunciones ocurrirán prematuramente, perdiendo el fumador en promedio unos 20 años de esperanza de vida normal (60).

Con respecto al consumo de bebidas alcohólicas, la OMS menciona que el alcohol es una sustancia peligrosa por las consecuencias sanitarias y sociales relacionadas con sus propiedades tóxicas y la dependencia que produce (61). El etanol, el principal componente del alcohol, es el responsable de la adicción y el daño a los diversos sistemas del organismo. Dependiendo del grado de intoxicación del individuo, el alcohol puede producir a nivel del sistema nervioso inicialmente una fase de hiperexcitabilidad del córtex, luego un síndrome confusional y cerebeloso, hasta llegar a un estado de coma más o menos profundo (62).

A nivel cardiovascular el etanol ejerce un efecto inotrópico negativo que conlleva una reducción de la contractilidad cardíaca. Cuanto más elevada es la concentración de etanol en la perfusión del corazón, mayor es la depresión de la contractibilidad. Tiene un efecto directo sobre el ritmo cardíaco pudiendo causar taquicardia rítmica. Los pacientes alcohólicos tienen un mayor riesgo de sufrir una muerte súbita y presentar un alza de presión. A nivel digestivo, el alcohol produce una reducción de la presión de los esfínteres esofágicos, ya que disminuye el contenido de calcio intracitosólico, reduciendo la fuerza de contracción de las fibras musculares, facilitando el reflujo del contenido gástrico lo cual explica la

incidencia de neumonía aspirativa y de abscesos pulmonares en los pacientes alcohólicos (63).

Los criterios utilizados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para medir el riesgo del consumo alcohólico de un día son basados en el número de bebidas estándar y en el contenido de etanol correspondiente a cada una. Para las mujeres se establece como bajo riesgo la cantidad de 1 a 20grs de etanol por día, riesgo medio de 21 a 40grs, alto riesgo de 41 a 60grs y de muy alto riesgo de 61grs o más. Para los hombres se establece como bajo riesgo de 1 a 40grs, riesgo medio de 41 a 60grs, alto riesgo de 61 a 100grs y muy alto riesgo de 101grs o más (64).

En Chile, según el Ministerio de Salud, la Unidad de Bebida Estándar (UBE) equivale a 13 gramos de alcohol absoluto, los que están contenidos en 1 vaso de vino (150 cc.); 1 botella de cerveza individual (350 cc.); 1 trago de licor, solo o combinado (45 grs. de licor) como el pisco, ron, whisky, vodka u otro similar (65). La Encuesta Nacional de Salud del año 2009 - 2010, indica que el 56,29% de la muestra (hombres) tiene un muy alto riesgo y el 43,7% (mujeres) presenta alto riesgo de alcoholismo en la población chilena (52).

En relación al consumo de drogas, se define como droga a: *“Toda sustancia que, introducida en el organismo vivo puede modificar una o más de las funciones de éste”*. Estas pueden clasificarse en legales como son el tabaco, alcohol, cafeína y medicamentos e ilegales en las que se considera la marihuana, cocaína, pasta base, entre otras (64). Las drogas actúan directamente en el sistema nervioso central afectando la memoria, la coordinación motora, la visión, el oído, el tacto, los reflejos, el habla y producen una "sensación de bienestar" momentánea, que hace que la persona olvide o evada sus problemas, no sienta frío o hambre y pierda todo el sentido de la realidad (59).

En la marihuana, se han identificado más de 400 compuestos químicos, siendo el principio activo fundamental el delta 9 tetrahidrocannabinol. (Δ 9 THC). Es un componente psicoactivo que ejerce sus efectos sobre el sistema nervioso central (receptores específicos CB1) y las células del sistema inmune (receptores CB2). Los efectos tóxicos varían según la dosis, produce dependencia física y su acción se manifiesta en trastornos de: *“las funciones cognoscitivas, la percepción, el tiempo de reacción, el aprendizaje y la memoria”* (66). Sin embargo, estudios recientes sobre la marihuana están orientados al uso medicinal, basados en la utilización del principio activo Δ 9-THC, útil para aliviar los síntomas ocasionados por los fármacos contra el cáncer, el síndrome de inmuno deficiencia adquirida y para tratar la anorexia nerviosa (67).

La cocaína es un estimulante del sistema nervioso central, pues, inhibe la recaptación de noradrenalina, aumenta la liberación de dopamina e inhibe su recaptación, bloquea la reabsorción de serotonina e inhibe el flujo de los canales de sodio de las células neuronales. Produciendo una sensación de euforia, excitación y bienestar; incrementa la sensación de energía, la desinhibición, disminuye el apetito y la necesidad de sueño (68). Se reconocen tres formas de presentación de la cocaína: clorhidrato de cocaína, que suele administrarse por vía intranasal o parenteral, sulfato de cocaína (pasta base) y cocaína base (crack o rock), los cuales son fumables y más dañinos que el clorhidrato de cocaína, ya que generan una doble dependencia debido a los demás compuestos que contienen (69).

En cuanto a la automedicación se puede definir como: *“la práctica de tomar medicamentos que no han sido prescritos por un médico”*. Dentro de los factores que promueven la automedicación se encuentran la falta de tiempo para asistir al médico, deterioro de la confianza médico- paciente y patologías que son poco valoradas por el afectado o de carácter crónico como cefaleas, dolores reumáticos, etc. (70). Entre las principales consecuencias de la automedicación

cabe destacar daños hepáticos que van desde una hepatitis leve hasta una hepatitis fulminante, daños gástricos, daños renales, resistencias antibióticas, enmascaramiento de procesos patológicos de gravedad y efectos adversos o interacciones medicamentosas no consideradas, entre otros dependiendo del medicamento consumido (71).

Con respecto al Funcionamiento Familiar, en 1976 un grupo de expertos en familia de la OMS, la definió como: *“la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la familia”* (72). El Funcionamiento Familiar es aquel que posibilita a la familia para cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados, tales como: la satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros, transmisión de valores éticos y culturales, promoción y facilitación del proceso de socialización de sus componentes, establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital, creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad sexual, entre otros (73).

El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978 creó el APGAR familiar como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia. Es un cuestionario auto-administrado que consta de cinco preguntas cerradas. Está diseñado para obtener una evaluación rápida y sencilla de la capacidad funcional de la familia, reflejada en el grado de satisfacción y armonía existente en la vida familiar. Dicho instrumento es entendido fácilmente por personas con educación limitada y es rápido de contestar. Validado en Chile en 1987 por Florenzano, Maddaleno, Horwitz, Jara, y Salazar (74).

Con respecto al estrés laboral, la OMS refiere que es la reacción que puede tener el individuo frente a exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus

conocimientos y habilidades, poniendo a prueba su capacidad de afrontar la situación (75).

El trabajo es un medio para satisfacer múltiples necesidades, no sólo de subsistencia, sino además, de tipo social y de realización personal. El trabajo permite promover la salud mental de las personas, pero también puede representar riesgos. En la Unión Europea, por ejemplo, se ha estimado que un 28% de los trabajadores presentan síntomas significativos de estrés (76). Los efectos del estrés laboral puede dar lugar a comportamientos disfuncionales y no habituales en el trabajo, además de contribuir a la mala salud física y mental del individuo. Cuando éste se encuentra bajo estrés le resulta difícil mantener un equilibrio saludable entre la vida laboral y la vida no profesional; al mismo tiempo puede dirigirse a actividades poco saludables como el consumo de tabaco, alcohol y drogas (75). Dentro de las consecuencias individuales del estrés laboral están: ansiedad, depresión e irritabilidad, inmunodepresión, alteraciones gastrointestinales y dolores osteoarticulares. A nivel organizativo el estrés trae consecuencias como: disminución del rendimiento, propensión a los accidentes, aumento del ausentismo, cambio de trabajo o abandono y deterioro de las relaciones laborales (57).

Según datos del Servicio de Salud Ñuble, en el año 2005 el 42.1% de los funcionarios presentaba estrés laboral, el 5.3% tenía un alto riesgo de sufrir estrés y el 52.3% no presentaba estrés (4).

MARCO EMPIRICO

En México en el año 2002, Bamonde Granados Ma, Morales Vidaña Hermelinda, López Sánchez Guadalupe, realizaron una investigación llamada “**Nivel de aplicación de las acciones de autocuidado de la salud por personal de una unidad médica**”. El propósito de esta investigación fue describir las acciones de autocuidado de la salud que aplicaba el personal de 40 años y más que trabajaban en el Hospital de Especialidades de Veracruz. Se concluyó que predominó el sexo femenino y el grupo de edad entre 40 y 49 años. El autocuidado fue óptimo en un 36.9%, suficiente en un 62.4%, e insuficiente en un 0.7%. Se observó que las mujeres aplicaban más el autocuidado a nivel óptimo en un 26.8%. En cuanto a la alimentación las medidas de autocuidado presentadas por el personal calificaron como óptimas en un 87,7%. En relación a práctica de ejercicio el 32,6% presentó un nivel óptimo, el 60,1% suficiente y el 7,2% insuficiente. En relación al estrés laboral el 81,9% calificó sin estrés (39).

En México, en el año 2003, Hernández y col realizaron una investigación denominada “**Autocuidado en profesionales de la salud y profesionales universitarios**”. El objetivo fue conocer el nivel de autocuidado de dos sectores de la población: los profesionales de la salud y universitarios de otras áreas. Concluyeron que los profesionales de la salud incluyendo médicos y enfermeras practicaban un mayor porcentaje de acciones dañinas para la salud o no preventivas en comparación con otros profesionales universitarios. Prioritariamente dan más importancia al autocuidado en el área de salud física, manifestándose en la mantención del peso corporal, práctica de ejercicio físico y tipo de alimentación consumida; sin embargo, aspectos como el hábito tabáquico, controles de salud ginecológicos y urológicos prestan menos importancia en comparación a otros profesionales universitarios (77).

En Colombia en el año 2006, Sanabria-Ferrand Pablo, González Luis y Urrego Diana, efectuaron una investigación llamada **“Estilos de Vida Saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio”**. El estudio tenía como objetivo establecer la frecuencia de comportamientos saludables en profesionales de la salud colombianos y conocer si existe alguna relación entre su nivel de acuerdo con el modelo biomédico y su estilo de vida. La muestra estuvo constituida por 606 profesionales de la salud colombianos de los cuales 500 eran médicos y 106 enfermeras. Al respecto, se concluyó que sólo el 11,5% de los médicos y el 6,73% de las enfermeras presentaban un estilo de vida saludable. En relación a la actividad física se encontró que tanto los médicos como enfermeras que participaron en el estudio presentaban en su mayoría, hábitos poco y nada saludables (85,69% y 94,18%). Referente al manejo de hábitos alimenticios tanto médicos como enfermeras presentaron hábitos saludables y muy saludables (85,6% y 85,9%). En cuanto a los hábitos de sueño, tanto médicos y enfermeras presentaron hábitos saludables y muy saludables (91% y 92,1%) (78).

En Chile, en el año 2007, Burmuhl Moore E. realizó un estudio denominado **“Factores asociados a la agencia de autocuidado de los estudiantes de 3er y 4to año de enfermería, Universidad Austral de Chile (UACH), segundo semestre 2006”**. El propósito fue conocer la capacidad de autocuidado de los estudiantes que les permita promover la salud a través de sus propias experiencias, como las condiciones de la vida universitaria. Los resultados señalaron que un 76% de estudiantes practicaba acciones de autocuidado y un grupo minoritario (24%) presentó menor porcentaje de logro de autocuidado. Las prácticas realizadas por la minoría fueron evitar que fumen en su presencia (26%), ingerir agua suficiente (31%), asistir al odontólogo por lo menos una vez al año (47%) y evitar ingerir cafeína en exceso (47%). Las mayores prácticas de autocuidado fue el compartir tiempo libre con la familia y amigos (98%), abstenerse de la ingesta excesiva de alcohol (94%) y del consumo de drogas (90%), entre otras (34).

En España, en el año 2010, Iglesias M^a Teresa, Escudero Elena, realizaron un estudio denominado **“Evaluación nutricional en estudiantes de enfermería”**. El objetivo fue conocer los hábitos dietéticos y conocimientos nutricionales de estudiantes de primer año de enfermería. Los resultados destacan que, la ingesta energética media fue de 1720 Kcal/día, siendo el aporte calórico proveniente de los hidratos de carbono inferior a las recomendaciones, mientras que el aporte de proteínas y lípidos eran superiores. En cuanto al consumo de desayuno diario el 23,3% nunca consumió, el 26,1% frecuentemente, el 50,6% siempre (79).

En España, en el año 1990, D. Ribera y col. realizaron una investigación llamada **“Estrés laboral y salud en Profesionales de Enfermería”**. El propósito de esta investigación fue determinar las áreas prioritarias de intervención ergonómica en los Centros Sanitarios de la provincia de Alicante, que estaban afectando negativamente al desarrollo laboral de los profesionales de Enfermería. En este estudio participaron 748 enfermeros de la provincia de Alicante, España. Se concluyó que el 67.9% corresponde a sexo femenino y ejercían su profesión en una media de doce años. El 88.6% de los profesionales encuestados desarrolla laborales asistenciales y el 47.9% de ellos tiene turnos rotatorios. El 35.4% tiene turno fijo de mañanas y el 91.7% manifiesta dormir entre 6 y 8 horas (80).

En Chile, en los años 2000-2001, Osorio Ximena, Rivas Edith, Jara Jeanette realizaron una investigación de tipo transversal correlacional, denominada **“Prevalencia de tabaquismo en enfermeras de la IX Región, Chile”**. El propósito consistió en determinar la prevalencia del hábito tabáquico en enfermeras de la IX Región de Chile y relacionarlo con las características sociodemográficas y del consumo de cigarrillos. Como resultado se obtuvo que la edad promedio de inicio del hábito de fumar fue de 18,5 con una desviación estándar de 4,2 años. Se determinó una prevalencia de fumadores de 37,9%. Las enfermeras fumadoras tenían un grado de adicción muy bajo a la nicotina (81).

En Venezuela, en el año 2010, Boggio Juárez Manuel, Ferreira Paulo Sergio y Pillon Sandra realizaron un estudio descriptivo, cuantitativo, transversal denominado **“Consumo de Alcohol y Tabaco en las (os) Enfermeras (os) en un Hospital Público del Estado Carabobo, Venezuela.”**. El objetivo de la investigación fue determinar el consumo de alcohol y tabaco en las enfermeras(os) de un Hospital de Venezuela, para lo cual se utilizó cuestionario AUDIT. Los resultados que se obtuvieron fueron que en las enfermeras el 58,57% tenían bajo riesgo, el 12,85% consumo de riesgo y 28,57% consumo perjudicial de alcohol. El 66,66% de los enfermeros presentaron alto riesgo de consumo, el 30% consumo perjudicial y 3,33% dependiente. Con respecto al tabaco el 16% indicó consumir cigarrillos, porcentaje del cual un 43,25% consumió entre 6 a 10 cigarrillos al día, un 31,25% consumió entre 1 y 5 cigarrillos al día (82).

En España, en el año 2008, Tizón Bouza Eva, Vázquez Torrado Rebeca, realizaron un estudio denominado **“Automedicación en el personal de enfermería”**. Cuyo propósito fue conocer el comportamiento respecto a la automedicación de un grupo de Profesionales de Enfermería de atención hospitalaria e identificar los medicamentos más empleados por dichos profesionales en automedicación y sus fuentes de obtención. Los resultados señalaron que la prevalencia de automedicación en el estudio fue de un 85,6%, lo que coincide con la opinión de las enfermeras a favor de una automedicación responsable para procesos leves. Los fármacos más consumidos sin prescripción médica fueron antiinflamatorios/analgésicos, antipiréticos y antigripales (83).

En Bolivia, en el año 2007, Mendoza Poma María, realizó un estudio descriptivo de corte transversal denominado **“Disfunción Familiar en el personal de salud del Hospital la Paz en el año 2007”**. El objetivo fue determinar la frecuencia y características de Disfunción Familiar en el personal de salud del Hospital La Paz de la ciudad de La Paz en el año 2007. Los resultados arrojaron que de un total de 125 funcionarios encuestados, el 94% tuvo buena función familiar y el 6%

disfunción moderada. El 100% (n=7) de las enfermeras tuvo buena funcionalidad familiar. El personal que presenta mayor porcentaje de disfunción familiar moderada son las auxiliares en enfermería, se puede asumir a que existe poca comunicación en sus familias (84).

En Perú, en el año 2006, Morales Lindo Cinthya realizó un estudio descriptivo de corte transversal denominado **“Nivel de estrés laboral de las enfermeras que laboran en las áreas críticas del Instituto Nacional de Salud del Niño”**. El objetivo principal de la investigación fue determinar el nivel de estrés laboral de las enfermeras que trabajan en las áreas críticas del Instituto Nacional de Salud del Niño. La muestra estuvo conformada por 76 enfermeras asistenciales del Instituto Nacional de Salud del Niño. Los resultados a los que se llegaron fueron, que el 63.2% de las enfermeras presentaron un nivel de estrés laboral moderado, el 32.9% presentó un nivel leve y el 14.5% presentó un nivel alto (85).

En Chile, en los años 2001-2002, Espinoza Espinoza Marcela y Salgado Álvarez Carolina, realizaron un estudio de tipo retrospectivo analítico descriptivo, denominado **“Identificar el nivel de estrés laboral de las(os) enfermeras(os) del Hospital Herminda Martín de Chillán y su relación con las licencias médicas presentadas entre enero 2001 – enero 2002”**. El propósito consistió en identificar el nivel de estrés de 54 Profesionales de Enfermería del Hospital Herminda Martín de Chillán y su relación con las Licencias Médicas. Como resultado se obtuvo que el 18,52% de la muestra presentó ausencia de factores de estrés laboral, el 37,04 % presentó factores de riesgo de estrés laboral y el 44,44 % presentó factores de estrés laboral. Se concluyó que las Enfermeras/os que presentaron Licencias Médicas por enfermedades de tipo mental y físicas mostraron un 100% de existencia de factores de estrés laboral (86).

1.4 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

- Conocer el autocuidado del Profesional de Enfermería del Hospital de San Carlos respecto a las dimensiones de alimentación, actividad y reposo, conductas de riesgo, funcionamiento familiar y estrés laboral, en el año 2011.

1.5 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL 1

- Identificar el perfil demográfico del Profesional de Enfermería del Hospital de San Carlos en el año 2011.

1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar la edad del Profesional de Enfermería del Hospital de San Carlos.
- Conocer el sexo del Profesional de Enfermería del Hospital de San Carlos.
- Identificar el estado civil del Profesional de Enfermería del Hospital de San Carlos.

OBJETIVO GENERAL 2

- Determinar el autocuidado respecto a la dimensión alimentación y actividad física del Profesional de Enfermería del Hospital de San Carlos en el año 2011.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Determinar la frecuencia con que se alimentan los Profesionales de Enfermería de acuerdo a su estado de salud.
- Determinar el número de comidas diarias de los Profesionales de Enfermería en estudio.

- Identificar la frecuencia de consumo diario de desayuno en los Profesionales de Enfermería.
- Determinar la frecuencia de consumo de frutas y verduras según la recomendación del programa “5 al día” por parte de los Profesionales de Enfermería en estudio.
- Conocer la frecuencia con que realizan actividad física por más de 30 minutos seguidos por tres veces a la semana los Profesionales de Enfermería.
- Determinar el número de horas diarias que habitualmente duerme el Profesional de Enfermería.
- Conocer si las horas que duermen le permiten descansar a los Profesionales de Enfermería.

OBJETIVO GENERAL 3

- Determinar el autocuidado respecto a la dimensión conductas de riesgo del Profesional de Enfermería del Hospital de San Carlos en el año 2011.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Determinar la cantidad de cigarrillos diarios consumidos durante la última semana por los Profesionales de Enfermería en estudio.
- Conocer el riesgo de alcoholismo de acuerdo a la cantidad de tragos consumidos durante la última semana por el Profesional de Enfermería.
- Conocer la frecuencia de consumo de drogas como: marihuana, cocaína o pasta base, durante el último año por parte de los sujetos en estudio.
- Determinar la frecuencia de automedicación durante el último año por el Profesional de Enfermería.

OBJETIVO GENERAL 4

- Determinar el autocuidado respecto a la dimensión funcionamiento familiar y estrés laboral del Profesional de Enfermería del Hospital de San Carlos en el año 2011.

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de funcionamiento familiar del Profesional de Enfermería.
- Conocer el nivel de estrés laboral del Profesional de Enfermería.

1.6 VARIABLES

1. Perfil Demográfico:

- Edad
- Sexo
- Estado civil

2. Perfil de autocuidado del Profesional de Enfermería:

- Dimensión de Alimentación:
 - Alimentación de acuerdo al estado de salud
 - Cantidad de comidas diarias
 - Consumo de desayuno diario
 - Consumo de frutas y verduras diarias
- Dimensión de Actividad y Reposo:
 - Realización de actividad física
 - Horas de sueño
- Dimensión de Conductas de Riesgo:
 - Consumo de tabaco
 - Riesgo de alcoholismo
 - Consumo de drogas
 - Automedicación
- Dimensión de Funcionamiento Familiar
- Dimensión de Estrés Laboral

II.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 TIPO DE DISEÑO

Estudio No experimental, descriptivo de corte transversal.

2.2 UNIVERSO Y MUESTRA

El universo y muestra estuvo constituido por 43 funcionarios Profesionales de Enfermería, que trabajaban al momento del levantamiento de datos en atención abierta y cerrada del Hospital de San Carlos, durante el mes mayo del año 2011.

2.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

Funcionarios Profesionales de Enfermería del Hospital San Carlos.

• CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Profesional con contrato vigente en las modalidades de planta y a contrata.
- Profesional que desempeñe labores con un mínimo de 44 horas semanales en atención abierta (consultorio de especialidades) y atención cerrada (servicios clínicos, de apoyo diagnóstico y administrativo).

• CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Profesional que trabaje con contrato a honorarios.
- Profesional que se encuentre realizando reemplazos durante un período menor a 6 meses.
- Profesional que se encuentre con licencia médica, con fuero maternal y aquellos que al momento del levantamiento de datos estén durante período de vacaciones.

2.4 ASPECTOS ÉTICOS

Con el objetivo de realizar la prueba piloto en el Hospital Herminda Martín de Chillán, se solicitó autorización desde la Dirección de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío Bío a la Dirección, Subdirección de Enfermería y Enfermera Supervisora del Centro de Responsabilidad de Pediatría de dicho establecimiento (Anexo 2.1).

Una vez aplicada la prueba piloto, se solicitó la autorización para el levantamiento de los datos del universo de estudio, por medio de una carta desde la Dirección de Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío Bío a la Dirección, Subdirección de Enfermería y a Enfermeras Supervisoras de cada servicio del Hospital de San Carlos (Anexo 2.2), previa aprobación del trabajo de campo realizada con la muestra piloto.

A cada participante del estudio se le informó sobre el propósito de la investigación, de las actividades y de la metodología utilizada para la recolección de datos, por medio de un consentimiento informado, el cual incluye el carácter voluntario y confidencial, garantizando el derecho a la información y la respuesta oportuna de los investigadores ante dudas sobre el instrumento; a retirarse cuando estime conveniente sin esperar razones o justificaciones de tal decisión y de ser tratado dignamente durante el proceso de recolección de la información. (Anexo 2.3) Luego de ello, a todos los sujetos que hayan aceptado participar como unidades de análisis se les solicitó su firma con lo que da por aceptada su inclusión en esta investigación.

2.5 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El cuestionario se aplicó a los(as) enfermeros(as) a través de visitas al establecimiento, en el área intra y extrahospitalaria durante el mes de mayo del año 2011.

Para recolectar los datos, se solicitó a la Subdirección de Enfermería, la nómina del personal de Enfermería del Hospital de San Carlos y sus respectivos turnos, (para chequear la participación de éstos) acordando la fecha y hora para aplicar el cuestionario.

La recolección de datos se realizó durante una semana, mediante un cuestionario de auto administración, en un contexto grupal de 2 a 4 personas, donde se les entregó el cuestionario, se les hizo una introducción con el propósito del estudio y se le explicó el instrumento recolector. Se respondieron dudas y una vez contestados todos los ítems del cuestionario se devolvieron al encuestador.

2.6 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO RECOLECTOR

Para el levantamiento de datos se utilizó un cuestionario denominado “Instrumento recolector de datos sobre el Autocuidado del Profesional de Enfermería” (Anexo 3.1). El instrumento recolector cuenta con un total de 39 preguntas, de las cuales 14 fueron creadas por los tesisistas, 5 pertenecen a la escala de Apgar Familiar (Florenzano, año 1987) y 20 están basadas en el cuestionario de estrés laboral de la OIT/ OMS (publicado en el año 2000). La escala está dividida en dos perfiles: en primer lugar se encontraba el *Perfil demográfico*, que incluía tres ítems (edad, sexo, y estado civil), medidos a través de preguntas con respuestas cerradas de dos o más categorías y en segundo lugar se encontraba el *Perfil de autocuidado del Profesional de Enfermería*. Este último se basó en cinco dimensiones (alimentación, actividad y reposo, conductas de riesgo, funcionamiento familiar y

estrés laboral), totalizando un número de 36 preguntas, de las cuales, 32 tienen respuestas de tipo Likert modificada y las 4 restantes son medidas a través de preguntas con respuestas cerradas de dos o más categorías.

La primera dimensión que comprende el autocuidado del Profesional de Enfermería (alimentación), fue constituida por 4 ítems, de los cuales tres presentaron repuesta de tipo Likert modificada para cuatro categorías (sí, siempre, casi siempre, casi nunca y nunca), y un ítem con respuesta cerrada multicategórica.

La segunda dimensión de autocuidado del Profesional de Enfermería (actividad y reposo), se constituyó por 3 ítems, de los cuales dos se presentaron con respuesta de tipo Likert modificada, y un ítem con respuesta cerrada multicategórica.

La tercera dimensión de autocuidado del Profesional de Enfermería (conductas de riesgo), fue constituida por 4 ítems, de los cuales dos se presentaron con repuestas de tipo Likert modificada y dos con respuestas cerradas multicategórica.

La cuarta dimensión correspondió a funcionamiento familiar, basada en la encuesta de Apgar Familiar (Anexo 3.2). Dicho instrumento es una escala utilizada para medir el funcionamiento familiar creada por Dr. Smilkenstein en el año 1978, y modificada para Chile por el Dr. Florenzano y cols en 1987, la cual consta de 5 enunciados con 3 alternativas de respuesta con un puntaje mínimo de 0 puntos y máximo de 10 puntos. Esta escala clasifica el funcionamiento familiar en: Familia normofuncionante (Igual o superior a 7 puntos), Disfunción familiar leve (Entre 4 y 6 puntos) y Disfunción familiar grave (Igual o inferior a 3 puntos).

La quinta dimensión de autocuidado corresponde a la de estrés laboral, medida a través de la Encuesta de Estrés Laboral creada por la OIT/OMS, publicada en el

año 2000 (Anexo 3.3). La versión original consta de 25 enunciados de 7 alternativas de respuesta y fue modificada por los autores descartando cinco ítems (n° 10, 11, 12, 16 y 21 de la versión original) y con el fin de facilitar la interpretación de cada uno de los ítems se les cambió la dirección de respuesta a todas las preguntas, desde un sentido negativo a un sentido positivo. La modificación dio origen a un nuevo esquema de puntuación creado por los autores según lo propuesto por Rivera (87), en donde se tomó como base las puntuaciones teóricas máxima y mínima (140 y 20 puntos, respectivamente), que fueron divididos en 4 intervalos de clase, razón por la cual la clasificación quedo cómo sigue a continuación: bajo nivel de estrés: 111 a 140 puntos, nivel intermedio: 81 a 110 puntos, Estrés: 51 a 80 puntos, Alto nivel de estrés: 20 a 50 puntos.

El instrumento recolector fue sometido a validación de contenido por el método de juicio de expertos, recurriendo a 7 expertos (5 Enfermeras con Magíster, 1 docente de Lenguaje y Comunicación y 1 Estadístico), en donde se solicitaron cambios de formato en la encuesta mediante la inclusión de la fecha, folio, título de tesis, título de las instrucciones, ordenamiento numérico de las preguntas, destacar las dimensiones, homologar las ventanas de tiempo de las preguntas 3.1 y 3.2 pertenecientes a la dimensión conductas de riesgo y unificar la escala de medición mediante escala tipo Likert modificada en las dimensiones de alimentación, actividad y reposo y conductas de riesgo, pertenecientes al perfil de autocuidado del Profesional de Enfermería. Posteriormente estas correcciones fueron aplicadas a la muestra piloto.

2.7 PRUEBA PILOTO

Posterior a la validación por expertos, se aplicó todas las partes del instrumento a una muestra piloto de 10 enfermeras voluntarias (previo consentimiento informado) que laboraban en el Servicio de Pediatría, (incluido Neonatología y UCI Pediátrica) del Hospital Herminda Martín de Chillán. Fue realizada durante el mes

de mayo del año 2011, con el fin de medir la comprensión de las variables y determinar el tiempo necesario para responder el cuestionario, que fue aproximadamente 10 minutos por sujeto de estudio. En general, no se observó dificultad de comprensión, por lo que el grupo de investigadores concluyó que la encuesta puede ser aplicada al universo de estudio.

2.8 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Los datos obtenidos por medio de los cuestionarios fueron ingresados al Programa Microsoft Excel 2003, donde se creó una planilla de datos, la cual se insertó en el Programa SPSS (versión 17), el que arrojó las tabulaciones y resultados necesarios para la posterior elaboración de tablas con el fin de llevar a cabo su análisis.

III.- ANÁLISIS

3.1 ANALISIS DE RESULTADOS

Se estudió a 43 Profesionales de Enfermería pertenecientes al Hospital de San Carlos, describiéndose las características demográficas y características de autocuidado, en las dimensiones de alimentación, actividad y reposo, conductas de riesgo, funcionamiento familiar y estrés laboral.

Características demográficas

Tabla 1
Distribución de Profesionales de Enfermería del Hospital de San Carlos según características demográficas (N=43)

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	N	%	% ACUM
Edad			
Entre 20 y 29 años	21	48,8	48,8
Entre 30 y 39 años	11	25,6	74,4
Entre 40 y 49 años	4	9,3	83,7
50 años o más	7	16,3	100
Sexo			
Femenino	35	81,4	*
Masculino	8	18,6	*
Estado civil			
Soltero	22	51,2	*
Casado	12	27,9	*
Separado	2	4,7	*
Viudo	2	4,7	*
Conviviente	5	11,6	*

FUENTE: Autocuidado del Profesional de Enfermería del Hospital de San Carlos en las dimensiones de alimentación, actividad y reposo, conductas de riesgo, funcionamiento familiar y estrés laboral, en el año 2011.

* Sólo se clasificó para la variable ordinal.

La tabla 1 señala que el 83,7% de los Profesionales en estudio presentaron edades entre 20 y 49 años (N= 36), el 48,8% entre 20 y 29 años (N=21), el 25,6% entre 30 y 39 años (N=11) y el 16,3% 50 años o más (N=7).

En relación al sexo, el 81,4% (N=35) de los profesionales en estudio, pertenecieron al sexo femenino y el 18,6% al sexo masculino (N=8).

Con respecto al estado civil, el 51,2% de los sujetos en estudio relató estar soltero al momento del levantamiento de datos (N=22), el 27,9% casado (N=12) y el 11,6% conviviente (N=5). El 4,7% indicó la condición de viudo, e igual porcentaje para los separados (N=2).

Perfil de Autocuidado

Tabla 2
Distribución de Profesionales de Enfermería del Hospital de San Carlos según alimentación de acuerdo a su estado de salud (N=43)

ALIMENTACIÓN DE ACUERDO A ESTADO DE SALUD	N	%	% ACUM
Sí, Siempre	13	30,2	30,2
Casi siempre	22	51,2	81,4
Casi nunca	8	18,6	100
Nunca	0	-----	100
TOTAL	43	100	100

FUENTE: Idem a tabla 1

La tabla 2 indica que el 51,2% de los profesionales estudiados percibió que casi siempre se alimentaba de acuerdo a su estado de salud (N=22), el 30,2% siempre (N=13) y el 18,6% casi nunca (N=8).

Tabla 3
Distribución de Profesionales de Enfermería del Hospital de San Carlos
según número de comidas diarias (N=43)

NUMERO DE COMIDAS DIARIAS	N	%	% ACUM
Sólo 2 comidas	2	4,7	4,7
Sólo 3 comidas	4	9,3	14
4 comidas o más	37	86	100
TOTAL	43	100	100

FUENTE: Idem a tabla 1

La tabla 3 indica que el 86% de los sujetos en estudio manifestó consumir 4 comidas o más diarias al momento del levantamiento de los datos (N=37), el 9,3% sólo 3 comidas (N=4) y el 4,7% solo 2 comidas (N=2).

Tabla 4
Distribución de Profesionales de Enfermería del Hospital de San Carlos
según consumo de desayuno diario (N=43)

CONSUMO DE DESAYUNO DIARIO	N	%	% ACUM
Sí, Siempre	11	25,6	25,6
Casi siempre	14	32,6	58,1
Casi nunca	14	32,6	90,7
Nunca	4	9,3	100
TOTAL	43	100	100

FUENTE: Idem a tabla 1

La tabla 4 señala que el 58,1% de los encuestados consumió siempre o casi siempre desayuno diariamente (N=25), el 32,6%, casi nunca (N=14) y el 9,3% nunca (N=4).

Tabla 5
Distribución de Profesionales de Enfermería del Hospital de San Carlos
según consumo de frutas y verduras diarias (N=43)

CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS DIARIAS	N	%	% ACUM
Sí, Siempre	4	9,3	9,3
Casi siempre	19	44,2	53,5
Casi nunca	15	34,9	88,4
Nunca	5	11,6	100
TOTAL	43	100	100

FUENTE: Idem a tabla 1

La tabla 5 muestra que el 44,2% de los encuestados consumió casi siempre 5 porciones de frutas y verduras durante el día (N=19), el 34,9% casi nunca (N=15), el 11,6% nunca (N=5) y el 9,3% siempre (N=4).

Tabla 6
Distribución de Profesionales de Enfermería del Hospital de San Carlos
según frecuencia con que realiza actividad física por más de 30 minutos
seguidos 3 veces a la semana (N=43)

REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FISICA POR MAS DE 30 MINUTOS, 3 VECES A LA SEMANA	N	%	% ACUM
Sí, Siempre	4	9,3	9,3
Casi siempre	8	18,6	27,9
Casi nunca	21	48,8	76,7
Nunca	10	23,3	100
TOTAL	43	100	100

FUENTE: Idem a tabla 1

La tabla 6 señala que el 48,8% de los sujetos en estudio casi nunca realizó actividad física más de 30 minutos, 3 veces a la semana (N=21), el 23,3% nunca (N=10), el 18,8% casi siempre (N=8) y el 9,3% siempre (N=4).

Tabla 7
Distribución de Profesionales de Enfermería del Hospital de San Carlos según el número de horas que duerme diariamente (N=43)

NUMERO DE HORAS QUE DUERME DIARIAMENTE	N	%	% ACUM
Entre 5 y 5,9 horas	4	9,3	9,3
Entre 6 y 6,9 horas	10	23,3	32,6
Entre 7 y 7,9 horas	17	39,5	72,1
8 horas o más	12	27,9	100
TOTAL	43	100	100

FUENTE: Idem a tabla 1

La tabla 7 muestra que el 62,8% de los profesionales en estudio duermen habitualmente entre 6 y 7,9 horas diarias (N=27), el 27,9% 8 horas o más (N=12), y el 9,3% entre 5 y 5,9 horas (N=4).

Tabla 8
Distribución de Profesionales de Enfermería del Hospital de San Carlos
según las horas que duerme le permiten descansar (N=43)

LAS HORAS QUE DUERME LE PERMITEN DESCANSAR	N	%	% ACUM
Sí, Siempre	4	9,3	9,3
Casi siempre	33	76,7	86
Casi nunca	6	14	100
Nunca	0	-	100
TOTAL	43	100	100

FUENTE: Idem a tabla 1

La tabla 8 indica que el 76,7% de los profesionales estudiados percibió que casi siempre las horas que dormía le permitieron descansar (N=33), el 14% casi nunca (N=6) y el 9,3% siempre (N=4).

Tabla 9
Distribución de Profesionales de Enfermería del Hospital de San Carlos
según el número de cigarrillos diarios consumidos durante la última semana
(N=43)

NUMERO DE CIGARRILLOS DIARIOS CONSUMIDOS DURANTE LA ULTIMA SEMANA	N	%	% ACUM
No consume cigarrillos	33	76,7	76,7
Entre 1 y 5 cigarrillos	6	14	90,7
Entre 6 y 10 cigarrillos	3	7	97,7
Entre 11 y 19 cigarrillos	0	-	97,7
20 cigarrillos o más	1	2,3	100
TOTAL	43	100	100

FUENTE: Idem a tabla 1

La tabla 9 muestra que el 76,7% de los encuestados no consumió cigarrillos diarios durante la última semana (N=33), el 14% consumió entre 1 y 5 cigarrillos (N=6), el 7% entre 6 y 10 cigarrillos (N=3) y el 2,3% 20 o más unidades (N=1).

Tabla 10
Distribución de Profesionales de Enfermería del Hospital de San Carlos
según el riesgo de alcoholismo medido por la ingesta media de alcohol por
día (N=43)

RIESGO DE ALCOHOLISMO	N	%	% ACUM
Riesgo Bajo	40	93	93
Riesgo Medio	3	7	100
Riesgo Alto	0	-	100
TOTAL	43	100	100

FUENTE: Idem a tabla 1

La tabla 10 indica que el 93% de los profesionales en estudio presentaron un riesgo bajo de alcoholismo (N=40) y el 7% un riesgo medio (N=3).

Tabla 11
Distribución de Profesionales de Enfermería del Hospital de San Carlos según consumo de drogas (marihuana, cocaína o pasta base), en el último año (N=43)

CONSUMO DE DROGAS EN EL ULTIMO AÑO	N	%	% ACUM
Sí, Siempre	0	-	0
Casi siempre	0	-	0
Casi nunca	0	-	0
Nunca	43	100	100
TOTAL	43	100	100

FUENTE: Idem a tabla 1

La tabla 11 señala que el 100% de los sujetos de estudio nunca consumió drogas como marihuana, cocaína o pasta base, en el último año (N=43).

Tabla 12
Distribución de Profesionales de Enfermería del Hospital de San Carlos según su automedicación durante el último año (N=43)

AUTOMEDICACIÓN	N	%	% ACUM
Sí, Siempre	3	7	7
Casi siempre	2	4,7	11,6
Casi nunca	22	51,2	62,8
Nunca	16	37,2	100
TOTAL	43	100	100

FUENTE: Idem a tabla 1

La tabla 12 muestra que el 88,4% de los encuestados nunca o casi nunca se automedicaron durante el último año (N=38, el 7% siempre (N=3) y el 4,7% casi siempre (N=2).

Tabla 13
Distribución de Profesionales de Enfermería del Hospital de San Carlos según nivel de funcionamiento familiar (N=43)

NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	N	%	% ACUM
Familia normofuncionante	39	90,7	90,7
Disfunción familiar leve	4	9,3	100
Disfunción familiar grave	0	-	100
TOTAL	43	100	100

FUENTE: Idem a tabla 1

La tabla 13 indica que el 90,7% presentó un nivel de funcionamiento familiar normofuncionante (N=39) y el 9,3% disfunción familiar leve (N=4).

Tabla 14
Distribución de Profesionales de Enfermería del Hospital de San Carlos según nivel de estrés laboral (N=43)

NIVEL DE ESTRÉS LABORAL	N	%	% ACUM
Nivel bajo de estrés	28	65,1	65,1
Nivel intermedio de estrés	15	34,9	100
Estrés	0	-	100
Nivel alto de estrés	0	-	100
TOTAL	43	100	100

FUENTE: Idem a tabla 1

La tabla 14 señala que el 65,1% de los sujetos en estudio mostró un nivel bajo de estrés (N=28) y el 34,9% un nivel intermedio (N=15).

3.2. DISCUSIÓN

Se realizó un estudio descriptivo que abarcó el universo de Profesionales de Enfermería que trabajaban en el Hospital de San Carlos de la Provincia de Ñuble, con el fin de conocer la realidad local sobre las conductas de autocuidado.

El perfil demográfico de los profesionales en estudio indicó que el rango de edad mayoritaria fue de 20 a 29 años (48,8%), predominó el sexo femenino (81,4%) y el estado civil soltero (51,2%). Existe la probabilidad de que con esta caracterización se genere un deterioro en el autocuidado de los individuos, debido a que este grupo de edad se encuentra iniciando la vida laboral, enfrentándose a un cambio en el ritmo de vida e intensidad del trabajo. Orem postula que el autocuidado debe estar presente en de todo el proceso evolutivo, sin embargo, Bamonde, Morales y López indican que recién a los 40 años se generan más acciones para el bienestar de sí mismo lo cual podría indicar que la población más joven tiende a no valorar su autocuidado anticipadamente.

El predominio del estado civil soltero está vinculado a un ritmo de vida socialmente más activo lo que puede causar que los individuos se vean afectados por situaciones de malas prácticas de autocuidado tales como consumo de drogas, alcohol y tabaco. Wood, Brian y Avellar en un compilado de estudios en Estados Unidos señala que el matrimonio ejerce efecto positivo sobre la salud, ya que se logra un equilibrio integral de ambos. Por el contrario el encontrarse sin pareja podría afectar al ámbito afectivo, social y económico irrumpiendo en el autocuidado

Históricamente los cuidados de la salud han sido entregados en su mayoría por mujeres, esto se ve reflejado en datos estadísticos del Servicio de Salud Ñuble (2005) que indican que el 70% de los funcionarios del área salud son de sexo femenino, situación que podría influir en el autocuidado, ya que éstas están

vinculadas socialmente a una multiplicidad de roles lo que limita el tiempo disponible para mantener buenos hábitos.

En relación a la alimentación, el 81,4% de los Profesionales de Enfermería encuestados percibió que siempre o casi siempre se alimentaba de acuerdo a su estado de salud. Bamonde, Morales y López en México (2002), indican que el personal califica su alimentación como óptima en un 87,7% y Sanabria, González y Urrego en Colombia (2006) señalan que las enfermeras presentan hábitos saludables y muy saludables en un 85,9%, lo cual concuerda con los resultados obtenidos en este estudio, pues el universo del estudio es de similares características en cuanto al tipo de profesional y al conocimiento de éstos.

Respecto al número de comidas, el 86% de los encuestados indicó que consumió cuatro comidas o más diarias. Con respecto a esta variable existen evidencias las cuales presentan metodología y tipo de universo distinto por lo que no fue posible realizar la comparación.

Referente al consumo de desayuno, el 58,1% de los encuestados señaló consumir siempre o casi siempre desayuno diariamente. Iglesias y Escudero en España (2010) indican que un 50,6% de los estudiantes de Enfermería de primer año consume desayuno diariamente, concordando los resultados, ya que ambos tienen el hábito del desayuno interiorizado en las acciones de autocuidado, sin embargo la mitad restante que no lo consume podría presentar una falencia alimentaria y poseer un déficit en la concentración mental, desarrollo físico u otros.

En cuanto al consumo frutas y verduras, el 53,5% de los encuestados consumió siempre y casi siempre cinco porciones de frutas y verduras diariamente. No se encontraron estudios en Profesionales de Enfermería que describan el consumo de este tipo de alimentos, siendo el Estudio de Calidad de Vida y Salud del año 2009-2010 el que aborda el tema en Chile, encontrándose que el 15,7% de la

población total chilena consume cinco o más porciones de frutas o verduras al día. Los resultados no concuerdan, pues éste estudio contiene un universo de características distintas en cuanto a la edad, sexo y estado civil de la población. Probablemente la mitad restante no consume frutas y verduras por una diferencia en los conocimientos relacionados con hábitos alimentarios y además los enfermeros pueden no tener interiorizado el efecto del consumo de frutas y verduras, porque éstos no se ven de manera directa en el individuo.

En relación a la actividad física, el 72,1% de los sujetos en estudio indico realizar casi nunca y nunca actividad física por más de 30 minutos, 3 veces a la semana. No se encontraron evidencias respecto a esta variable en Profesionales de Enfermería, por lo cual se comparan los resultados con la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 en Chile, en donde el 88,6% de los chilenos de 15 y más años, no realiza actividad física al menos 30 minutos 3 veces a la semana (o sedentarismo de tiempo libre). Aún cuando los porcentajes son altos el obtenido en nuestro estudio sigue siendo menor al rango nacional, esto podría explicarse, pues la caracterización del universo es diferente en cuanto a la edad, sexo y estado civil de la población chilena, además en nuestro estudio no se midió factores como intensidad o el tipo de ejercicio. La falta de actividad física podría deberse a que el profesional ocupa mayoritariamente su tiempo en actividades laborales o familiares y posiblemente los individuos no se encuentran motivados, ya que no se observan resultados de cambio metabólico y/o físico de forma inmediata.

Respecto a las horas que duerme el Profesional de Enfermería el 62,8% de los encuestados duerme entre 6 y 7,9 horas diarias. Ribera y col en España (1990) señalan que el 91,7% de los profesionales estudiados duerme entre 6 y 8 hrs diarias. Estos resultados no concuerdan, debido a que la muestra posee una edad distinta a la del universo, esto podría explicarse porque los adultos jóvenes

probablemente mantienen horarios de actividad más largas y por lo tanto su horario para dormir se ve disminuido lo que podría afectar su autocuidado.

Referente a las horas que duermen le permiten descansar el 76,7% de los profesionales estudiados percibió que casi siempre las horas que dormía le permitieron descansar. No se encontró estudios para comparar esta variable, sin embargo, la percepción es buena, pues el promedio de horas que duermen a diario son las recomendadas para un adulto sano.

En cuanto al consumo de tabaco, los resultados demostraron que un 23,3% de los encuestados consumió cigarrillos durante la última semana, no concordando con el estudio de Osorio, Rivas y Jara en Chile (2000-2001), que determina una prevalencia de enfermeras fumadoras de un 37,9%.

En relación al riesgo de alcoholismo, el 93% de los profesionales en estudio presentaron un riesgo bajo de alcoholismo y el 7% un riesgo medio, lo cual no coincide con el estudio de Boggio, Ferreira y Pillon en Venezuela (2010) que señala que el 58,57% de las enfermeras presenta un bajo riesgo de alcoholismo y el 66,66% de los enfermeros presenta un alto riesgo de consumo de alcohol.

Respecto al consumo de drogas durante el último año, el 100% de los sujetos de estudio nunca consumió drogas como marihuana, cocaína o pasta base. Referente a esta variable no se encontró estudios para comparar nuestros resultados.

Referente a la automedicación, los resultados arrojaron que el 88,4% de los encuestados nunca o casi nunca se automedicaron durante el último año, lo que discrepa con el estudio realizado por Tizón, Vázquez en España (2008), el cual arroja la automedicación es de un 85,6% en los sujetos de estudio.

Los cuatro factores de riesgo descritos anteriormente no concuerdan con la evidencia bibliográfica contrastada. Estas variables pueden estar subestimadas

por parte de los Profesionales de Enfermería debido a que las políticas de salud en Chile las enmarcan como un mal hábito de autocuidado, las que se ven juzgadas más por la crítica social que por sus conductas. Probablemente por esta razón los individuos en estudio no respondieron de forma objetiva y no reconocieron su posible mal hábito. También se podría deducir que los resultados están influenciados por la voluntariedad de la encuesta y por el factor de espacio-tiempo, el que pudo haber incidido en la frecuencia de consumo de cada una de estas variables.

En cuanto al nivel de funcionamiento familiar el 90,7% de los profesionales en estudio presentó un nivel de funcionamiento familiar normofuncionante. Mendoza en Bolivia (2007), señala que el 100% de las Enfermeras encuestadas tuvo buena funcionalidad familiar. Este resultado concuerda porque las características de los individuos estudiados y la encuesta realizada al universo son similares en cuanto a la metodología. Posiblemente el funcionamiento familiar normal en estos individuos podría ayudar a alcanzar un equilibrio entre la autonomía individual y la actividad social, que fomenta el funcionamiento eficaz de los Profesionales de Enfermería a nivel familiar.

En relación al nivel de estrés laboral los resultados arrojaron que el 65,1% de los Profesionales de Enfermería presentaron un nivel bajo de estrés. De los estudios relacionados con estrés, sólo el de Morales en Perú (2006), es comparable respecto a la metodología, en donde un 32.9% de los sujetos en estudio presentó un nivel leve de estrés. Estos resultados no concuerdan debido a la diferencia entre los nivel de complejidad de ambos centros de atención. Además el estrés es una variable subjetiva, por lo tanto, las políticas laborales de estrés deberían ser personalizadas para cada centro de salud según su realidad y no en forma genérica.

En base a la teoría de autocuidado de Orem, se puede inferir que el autocuidado es propio de cada persona y nace en base a sus necesidades las cuales se ven reflejadas en los Profesionales de Enfermería del Hospital de San Carlos, ya que realizan acciones tanto beneficiosas como dañinas, las que se sustentan en factores internos como: las creencias, hábitos o grado de desarrollo de maduración que poseen los individuos y/o factores externos como la familia y la sociedad, los cuales influyen en el autocuidado haciendo que las necesidades sean satisfechas o insatisfechas.

IV. CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

4.1 CONCLUSIONES

En este primer acercamiento al problema se observa que la temática de autocuidado en el Hospital de San Carlos es un tanto desconocida, lo que convierte a este estudio en pionero al recoger información en Profesionales de Enfermería de dicho establecimiento.

Del total de Profesionales de Enfermería encuestados, el perfil demográfico indicó que el 48,8% tuvo un rango de edad entre 20 y 29 años, el 81,4% perteneció al sexo femenino y el 51,2% señaló tener un estado civil soltero.

En cuanto a la alimentación, el 81,4% creyó alimentarse en forma adecuada de acuerdo a su estado de salud, el 86% siempre y casi siempre consume cuatro comidas diarias, existiendo una discrepancia en los hábitos de consumo de desayuno diario donde el 58,1% consume siempre y casi siempre y el consumo de frutas y verduras en el cual el 53,5% de los encuestados consumían tres porciones de frutas y dos porciones de verduras al día.

Respecto a la actividad física se observa que el 72,1% los Profesionales de Enfermería en general no realizan actividad física por más de 30 minutos 3 veces a la semana, lo cual se acerca a la prevalencia nacional de sedentarismo de tiempo libre de la población chilena que es predominantemente elevada.

Referente al descanso el 76,7% de los sujetos de estudios percibieron que las horas de sueño fueron suficientes para descansar, el 62,8% duerme entre 6 y 7,9 horas diarias, lo que es adecuado a las necesidades fisiológicas.

Las conductas de riesgo denotaron una baja adhesión, el 23,3% de los encuestados consumió tabaco, el 93% presentó riesgo bajo de alcoholismo, el 100% nunca consumió drogas como marihuana, cocaína o pasta base y el 88,4% nunca o casi nunca se automedicó.

Referente a la medición del funcionamiento familiar, el 90.7% de los profesionales manifiesta tener familias normofuncionantes y en cuanto al nivel de estrés laboral el 65.1% presenta un nivel bajo. Esto se acerca a los niveles óptimos y potencian el equilibrio entre la soledad y la interacción social, como parte importante del desarrollo socioemocional de los individuos tal como lo plantea Dorothea Orem en su teoría del Autocuidado.

Finalmente se concluye que los Profesionales de Enfermería estudiados en esta investigación cuentan con un buen autocuidado en las diversas dimensiones evaluadas, sin embargo en las dimensiones de alimentación y actividad física se encuentran deficientes en relación a los rangos óptimos planteados.

4.2 SUGERENCIAS

Con respecto a la dimensión de alimentación, se sugiere plantear en el establecimiento de salud la estrategia de entrega de colaciones saludables durante la jornada de trabajo para promover una buena alimentación.

Realizar programa de actividad física en el establecimiento de salud, en el cual se mida tipo e intensidad del ejercicio físico realizado, para incentivar con bases científicas a los profesionales y puedan reconocer los efectos a mediano y corto plazo, evitando que abandonen el programa tempranamente.

Realizar estudios de cohorte sobre las variables de conductas de riesgo del Profesional de Enfermería para establecer la intensidad del riesgo real, pues si se realiza un corte transversal los resultados pueden estar subestimados.

4.3 LIMITACIONES

Reducido tamaño del universo, ya que el Hospital de San Carlos cuenta con un recurso enfermero acotado lo que limita la generalización de los resultados de este estudio.

Limitados estudios específicos de autocuidado en Profesionales de Enfermería a nivel nacional e internacional, factor que dificultó el sustento empírico.

La literatura referente al autocuidado, en su mayoría tiene un rango mayor a 5 años de antigüedad.

V.- BIBLIOGRAFÍA

1. URIBE, Tulia María. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud . [En línea]<<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf>>.[Citado el: 27 de Marzo de 2011.]
2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cartas de Yakarta. [En línea] <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf>. [Citado el: 06 de Abril de 2011.]
3. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Promoción de Salud. [En línea] <http://www.redsalud.gov.cl/temas_salud/promocion.html>. [Citado el: 07 de Abril de 2011.]
4. SERVICIO DE SALUD ÑUBLE. *Plan de calidad de vida laboral*. Ñuble : 2005, pp 3-15.
5. MILOS Paulina, BÓRQUEZ Blanca, LARRAÍN Ana Isabel. *La "gestión del cuidado" en la legislación chilena: interpretación y alcance, ciencia y enfermería*. 1, Concepción : Ciencias y Enfermería, 2010, Vol. 16. pp 17-29.
6. BELMAR Juana, FUENTES Juan, PARRA Lorena, RAMÍREZ Nancy. Decálogo de Autocuidado del funcionario.[En línea] <<http://es.scribd.com/doc/3759836/Decalogo-de-Autocuidado-del-funcionario-grupo-69->>.[Citado el: 13 de Abril de 2011].
7. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Resultados esperados para objetivos estratégicos en salud 2011. [En línea] <<http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/99ce9dc344b31ee3e04001011e0111bc.pdf>>. [Citado el: 27 de Abril de 2011.]
8. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Resultados esperados para objetivos estratégicos en salud 2011. [En línea] <<http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/99ce9dc344b31ee3e04001011e0111bc.pdf>>. [Citado el: 27 de Abril de 2011.]
9. LADESMA, María del Carmen. *Fundamentos de Enfermería*. Ciudad de México : Limusa, 2004. pp 12-16

10. COLEGIO DE ENFERMERAS DE CHILE. Elementos para la toma de decisión de la elección de la institución universitaria que forma Enfermeras y Enfermeros Período Académico 2011. [En línea] < http://www.colegiodeenfermeras.cl/index.php?option=com_k2&view=item&id=276:comunicado-conjunto-colegio-de-enfermeras-y-achieen&Itemid=77>. [Citado el: 30 de Marzo de 2011.].
11. COLEGIO DE ENFERMERAS DE CHILE. *código ético de enfermeras*. Santiago: 2008. p 6
12. CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. *Consejo Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería*. Ginebra : Fornara, 2006. p 3
13. PEREA, Rogelia. *Promoción y educación para la salud*. España : Días de Santos, 2009. p 15
14. SIMMONS, Laurie y OREM Dorothea. La teoría de autocuidado relacionada con la práctica de enfermería en hemodiálisis. [En línea] Agosto de 2009. < <http://ezproxy.Shu.edu/entrada?Url=http://proquest.Umi.Com.EZproxy.Shu.edu/pqdweb?Hizo=1848704831&Sid=5&Fmt=3YClientId=5171YRQT=309YvNombre=DPC> >. [Citado el: 15 de Abril de 2011.]
15. DOSS S., DEPASCAL P., HADLEY K. Patient-nurse partnerships. [En línea] < <http://proquest.umi.com.ezproxy.shu.edu/pqdweb?index=5&did=2293914571&SrchMode=2&sid=5&Fmt=3&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VNam> >. [Citado el: 29 de Abril de 2011.]
16. PÉREZ de Alejo Beatriz, GARCÍA Diez Pedro. Grado de satisfacción de la población con los servicios de enfermería en un área de salud. [En línea] < <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-0319200500020000>>. [Citado el: 15 de Abril de 2011.]
17. SCOTT, Elizabeth. La importancia de Autocuidado de la Salud y Gestión del Estrés . [En línea] < <http://stress.about.com/od/lowstresslifestyle/a/selfcare.htm>>. [Citado el: 26 de Marzo de 2011.].

18. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Cuidándonos del desgaste laboral. [En línea] <<http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/85381414c5af11a9e04001011e015920.pdf>. >. [Citado el: 25 de Noviembre de 2010.]
19. FERNÁNDEZ Beatriz, PARAVIC Tatiana. Nivel de satisfacción laboral en enfermeras de hospitales públicos y privados de la provincia de Concepción, Chile. [En línea] < http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200006&script=sci_arttext>. [Citado el: 05 de Junio de 2011.].
20. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud*. Suiza : Ediciones de la OMS, 2004. pp 7-10
21. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Actividad física y dieta. [En línea] < <http://www.who.int/dietphysicalactivity/es/visita> >[Citado el: 16 de Mayo de 2011.]
22. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Prevención de las enfermedades crónicas. [En línea] <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index.html>[Citado el: 03 de Junio de 2011]
23. CORDERO, Medina, FERIA, Lorenzo, MUÑOZ, Oscar. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. [En línea] < http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000300005&script=sci_arttext. >. [Citado el: 25 de Mayo de 2011.]
24. PEÑAFIEL, Mabel. Jefa Sección Personal, Depto. Gestion de las Personas. ,mabel.penafiel@redsalud.gov.cl, Fono (42) 587276 Red Minsal 427276. mabel.penafiel@redsalud.gov.cl Fono (42) 587276, Chillán : Red Minsal 427276, Mayo de 2011.
25. ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE SAN CARLOS. Informe Comunal. [En línea] < <http://www.sancarlos.cl/>. >. [Citado el: 02 de Septiembre de 2010.]
26. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA INTENSIVA Y UNIDADES CORONARIAS. El juramento de Florence Nightingale. [En línea] < <http://www.seeiuc.com/profesio/night.htm>. >. [Citado el: 18 de Diciembre de 2010.]

27. BURGOS, Mónica, PARAVIC, Tatiana. Enfermería como profesión. [En línea] < http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25_1-2_09/enf101_209.htm>. [Citado el: 10 de Noviembre de 2010.]
28. KOZIER,B., ERB,G., BLAIS,K. *Conceptos y temas en la práctica de la enfermería*. México : Interamericana McGraw- Hill, 1992. 2° edición p 3
29. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE ENFERMERÍA. Directrices para la enseñanza de enfermería en la educación superior. [En línea] < <http://www.acofaen.org.co/catalogo/docs/Hojas%20internas.pdf>. >. [Citado el: 19 de Noviembre de 2010.]
30. GOMES, Domingo. *ATS/DUE (Practicantes)*. Madrid: Servicio de Salud de Castilla y León, 2005. vol 2
31. LEDDY, Susan, PEPPER, Mae. *Bases y conceptos de la enfermería profesional*. New York : Organización panamericana de la salud, 1989. p 36
32. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Carta de Ottawa.[En línea]<<http://webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>>[Citado el: 05 de Abril de 2011]
33. BERMUDEZ, Reina. Autocuidado de la salud desde el profesional de la enfermería. [En línea] < <http://knol.google.com/k/cap%C3%ADtulo-4-autocuidado-de-la-salud-desde-el-profesional-de-la-enfermer%C3%ADa-una#>. >. [Citado el: 28 de Noviembre de 2011.]
34. BURMUHL MOORE, E. *Factores asociados a la agencia de autocuidado de los estudiantes de 3er y 4to año enfermería, Universidad Austral de Chile (UACH)*. Valdivia : Universidad Austral de Chile, 2007.
35. OREM, Dorothea. *Normas prácticas en enfermería*. España : Pirámide, 1983.
36. OREM, Dorothea. *Conceptos de Enfermería en la Práctica*. Barcelona : Masson Salvat, 1993.
37. SALUD PÚBLICA,Bogotá. *Agencia de Autocuidado*.Bogotá: 2006, Vol. VIII. p 8
38. RIVERA, Luz Nelly. Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. [En línea] < http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxiv2_11.pdf. >. [Citado el: 19 de Noviembre de 2010.]

39. BAMONDE, Ma. Guadalupe, MORALES, Hermelinda, LÓPEZ, Guadalupe. Nivel de aplicación de las acciones de autocuidado de la salud por personal de una unidad médica. [En línea] < http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/143B1961-E88E-4D26-AF8C-9C94383B1821/0/2_7781.pdf. >.[Citado el: 28 de Noviembre de 2010.]
40. ARNAÍZ, Ana Lorena. ¿Sabes por qué nos comportamos así hombres y mujeres? Tal vez es un poco el resultado de nuestra evolución como especie y como sociedad. [En línea] <<http://www2.esmas.com/salud/sexualidad/040294/generos-masculino-y-femenino>. >.[Citado el: 05 de Diciembre de 2010.]
41. YÁÑEZ, Gonzalo Figueroa. *Código Civil y Leyes complementarias*. Chile : Jurídica de Chile, 1996. Tomo II. p 119.
42. WOOD, Robert, GOESLING, Brian, y AVELLAR, Sarah. Los efectos del matrimonio sobre la salud. [En línea] < <http://translate.google.com/translate?hl=es&langpair=en|es&u=http://aspe.hhs.gov/hsp/07/marriageonhealth/rb.htm>.>. [Citado el: 26 de Abril de 2011.]
43. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. Síntesis de resultados. [En línea] < www.ine.cl/cd2002/sintesisencensal.pdf. >.[Citado el: 28 de Octubre de 2010.]
44. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD . Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [En línea] <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/es/index1.html>>[Citado el: 14 de Abril de 2011.]
45. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Manejo alimentario del adulto con sobrepeso u obesidad. [En línea] < http://enfermeria-online.blogspot.com/2008/03/manejo-alimentario-del-adulto-con_05.html>. [Citado el: 07 de Abril de 2011.]
46. INSTITUTO DE NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA DE LOS ALIMENTOS. Universidad de Chile: Consumidor ¿Por qué es importante tomar desayuno? [En línea] < <http://www.inta.cl/consumidor/> >. [Citado el: 08 de Diciembre de 2010.] .

47. MONGE, Jessica del Carmen. Hábitos alimenticios y su relación con el índice de masa corporal de los internos de enfermería. [En línea] < http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/monge_dj/pdf/monge_dj.pdf. >. [Citado el: 06 de Junio de 2011.]
48. CASANUEVA E, KAUFER M, PEREZ A. *Nutriología médica*. México : Médica Panamericana, 2008. p 155
49. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Minuta Comunicación al Resultado de II Estudio de Calidad de Vida y Salud 2006. [En línea] < <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/Minuta.pdf>. >. [Citado el: 17 de Noviembre de 2010.]
50. ZACARÍAS Isabel, RODRÍGUEZ Iorena, DOMPER Alejandra. PROGRAMA «5 AL DÍA» PARA PROMOVER EL CONSUMO DE VERDURAS Y FRUTAS EN CHILE. [En línea] < http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182006000300010&script=sci_arttext. >. [Citado el: 20 de Noviembre de 2010.]
51. CASPERSEN, POWELL Y CHRISTENSON. Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness. [En línea] < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/pdf/pubhealthrep00100-0016.pdf>.> [Citado el: 16 de Mayo de 2011.]
52. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Encuesta Nacional De Salud 2009-2010. [En línea] < <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/Minuta.pdf>. >. [Citado el: 27 de Mayo de 2011.]
53. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Programa de Actividad Física para la Prevención y Control de los Factores de Riesgo Cardiovasculares. [En línea] < <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/75fe622727752266e04001011f0169d2.pdf>. >. [Citado el: 16 de Mayo de 2011.]
54. ALLISON, Sarah. *An Orem Nursing Focus*. New York : 2007.p 70.
55. ARIAS, Fauribricio Arias y cols. Síndrome del desgaste profesional o de Burnout en el personal de enfermería. [En línea] < <http://www.revenf.ucr.ac.cr/desgaste.pdf>.>. [Citado el: 01 de Junio de 2011.]

56. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. Población por sexo, edad y horas de sueño al día. [En línea] < <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>>. [Citado el: 18 de Diciembre de 2010.]
57. CASAS, Juana y col. Estrés laboral en el medio sanitarios y estrategias adaptativas de afrontamiento. [En línea] < http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13034023&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=256&ty=61&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=256v17n04a13034023pdf001.pdf>. [Citado el: 19 de Abril de 2011.]
58. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACIÓN . El consumo de tabaco seguirá aumentando pero con una tasa de crecimiento más lenta. [En línea] < <http://www.fao.org/spanish/newsroom/news/2003/26919-es.html>>. [Citado el: 18 de Diciembre de 2010.]
59. PEREZ, Nuvia. Nicotina y adicción: un enfoque molecular del tabaquismo. [En línea] < http://www.ucmh.sld.cu/rhab/vol6_num1/rhcm06107.htm>. [Citado el: 23 de Abril de 2011.]
60. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Qué es el tabaquismo. [En línea] < http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_proteccion/g_tabaco/queeseltabaquismo.html>. [Citado el: 27 de Noviembre de 2010.]
61. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Consumo de bebidas alcohólicas. [En línea] < http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/es/>. [Citado el: 10 de Noviembre de 2010.]
62. MACIA, Diego. *Las drogas: conocer y educar para prevenir*. Madrid : Pirámide, 1999. pp 31-35
63. ESTRUCH, R. *Efectos del Alcohol en la Fisiología Humana. Adicciones*. Barcelona : 2002. Vol XIV. Suplemento I
64. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. *Guía Internacional para Vigilar el Consumo de Alcohol y sus Consecuencias Sanitarias*. 2002. cap 2.2 pp 55-58

65. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Guía clínica examen de medicina preventiva 2008. [En línea] <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/Guia_EMP_100108.pdf. >. [Citado el: 18 de Abril de 2011.]
66. FERNÁNDEZ-RUIZ, Javier, GONZÁLEZ, Sara, CEBEIRA, Maribel, RAMOS, José. Bases moleculares y farmacológicas de la tolerancia/dependencia a cannabinoides. [En línea] <http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Cannabis/Articulos/Cannabinoides.pdf >. [Citado el: 25 de Noviembre de 2010.]
67. RUIZ, Alejandra. El cerebro, las drogas y los genes, revista Salud Mental . [En línea]<http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/citas.php?id=1393&PHPSESSID=2c3e88b480a75bd34f25fe507d7503f1>. [Citado el: 18 de Abril de 2011.]
68. ENCICLOPEDIA CUBANA. ¿Qué son las drogas? [En línea] <<http://www.ecured.cu/index.php/Droga>. >. [Citado el: 18 de Abril de 2011.]
69. FUNDACIÓN IGENUS (ESPAÑA). ¿Qué es la Cocaína? . [En línea] <<http://www.cocaonline.org/info/index.php>. >. [Citado el: 18 de Abril de 2011.]
70. DIARIO EL MUNDO (ESPAÑA). La automedicación, ese problema. [En línea] <<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2008/12/02/consumosanitario/1228207334.html> >. [Citado el: 18 de Abril de 2011.]
71. BERNER, Enrique. Automedicación. [En línea] <<http://www.crecerjuntos.com.ar/automedicacion.htm>>[Citado: 18 de Abril de 2011.]
72. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Índices estadísticos de la salud de la familia. [En línea] <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_5_00/mgi15500.htm. >.[Citado el: 18 de Noviembre de 2010.]
73. ZALDÍVAR, Dionisio. Funcionamiento familiar saludable. [En línea] <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/funcionamiento_familiar.pdf. >. [Citado el: 18 de Noviembre de 2010.]

74. PAZ, Sofía. Apgar Familiar de Smilkstein. [En línea] <http://www.fm.unt.edu.ar/Servicios/publicaciones/revistafacultad/vol_8_n_1_2007/cap5.pdf. >. [Citado el: 25 de Abril de 2011.]
75. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La organización del trabajo y el estrés. [En línea] <http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf. >. [Citado el: 18 de Diciembre de 2010.]
76. TRUCCO, Marcelo. Estrés y la Salud Mental en el Trabajo. [En línea] <http://www.proyectoaraucaria.cl/documentos/20070904090911estres_salud_mental_trabajo.pdf. >. [Citado el: 18 de Diciembre de 2010.]
77. HERNÁNDEZ Isabel, ARENAS-MONREAL Luz María, MARTINEZ Patricia, MENJIVAR-RUBIO Andrés. Autocuidado en profesionistas de la salud y profesionistas universitarios. [En línea] <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/416/41613302.pdf>>[Citado: 08 de Noviembre de 2010]
78. SANABRIA-FERRAND, Pablo, GONZÁLEZ, Luis, URREGO, Diana. Estilos De Vida Saludable En Profesionales De La Salud. [En línea] <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/910/91015208.pdf>.> [Citado: 21 de Noviembre de 2010.]
79. IGLESIAS, M^a Teresa, ESCUDEEO, Elena. Evaluación nutricional en estudiantes de enfermería. [En línea] <http://www.nutricion.org/publicaciones/revista_2010_03/Evaluacion_nutricional_estudiantes.pdf. >. [Citado el: 06 de Junio de 2011.]
80. RIBERA y cols. *Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería*. Alicante : 1990. pp 20-31
81. REVISTA MÉDICA DE CHILE. Prevalencia de tabaquismo en enfermeras de la IX Región, Chile. [En línea] <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872003000300004&script=sci_arttext. >. [Citado el: 10 de Enero de 2011.]
82. PORTALES MÉDICOS. Consumo de Alcohol y Tabaco en las(os) Enfermeras(os) en un Hospital Público del Estado Carabobo, Venezuela. [En

- línea]<<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2545/1/Consumo-de-alcohol-y-tabaco-en-las-os-enfermeras-os-en-un-Hospital-Publico.html>. >
 [Citado el: 05 de Abril de 2011.]
83. EL SEVIER ESPAÑA. Automedicación en el personal de enfermería. [En línea] <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B94ST-4V0M28N-&_user=10&_coverDate=07%2F31%2F2006&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1602452727&_returnOrigin=google&_acct=C000050221&_version=1&_ur>[Citado: 10 de Enero de 2011.]
84. MENDOZA, Cristina. Disfunción familiar en el personal de salud del hospital la paz en el año 2007. [En línea] <http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582007000200004&lng=en&nrm=iso. >. [Citado el: 06 de Julio de 2011.]
85. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCO. Nivel de estrés laboral de las enfermeras que laboran en las áreas críticas del Instituto Nacional de Salud. [En línea]<http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/morales_lc/pdf/morales_lc.pdf. >. [Citado el: 05 de Abril de 2011.]
86. ESPINOZA, M. y SALGADO A. Identificar el nivel de estrés laboral de las(os) enfermeras(os) del Hospital Herminda Martín de Chillán y su relación con las licencias médicas presentadas entre enero 2001 – enero 2002. Chillán : 2002.
87. RIVERA, Ma del Pilar. *Estadística y Diseño experimental*. Chillán : Universidad del Bio Bio, Departamento de Ciencias básicas, 1999. p 10