



**Universidad Nacional Autónoma de México**

---



**Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia**

**LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL PROFESIONAL  
DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON LOS PARÁMETROS  
DE GLICEMIA CAPILAR, PRESIÓN ARTERIAL Y  
AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD.**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO  
EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A :**

**FERNANDO RICARDO GARCÍA LECHUGA  
302144019**

**DIRECTOR ACADÉMICO  
MTRO. FEDERICO SACRISTÁN RUÍZ**

**MÉXICO, D.F.**

**NOVIEMBRE DE 2012**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>1. FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA.....</b>	<b>4</b>
<b>1.2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA .....</b>	<b>4</b>
<b>1.3. HIPÓTESIS.....</b>	<b>5</b>
<b>1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS .....</b>	<b>5</b>
<b>1.5. UBICACIÓN DEL TEMA .....</b>	<b>6</b>
<b>1.6. OBJETIVOS.....</b>	<b>7</b>
1.6.1. General .....	7
1.6.2. Específicos .....	7
<b>2. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>8</b>
<b>2.1. TEORÍA GENERAL DE LA ENFERMERÍA DE DOROTHEA OREM .....</b>	<b>8</b>
2.1.1. Fundamentación Teórica de Dorothea Orem.....	9
2.1.2. Teoría Del Autocuidado .....	10
▪ Naturaleza del Autocuidado .....	10
▪ Requisitos de Autocuidado.....	11
▪ Requisitos de Autocuidado Universal.....	11
▪ Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud.....	12
▪ Requisitos de Autocuidado del Desarrollo .....	13
▪ Factores Básicos Condicionantes.....	16
▪ Agencia de Autocuidado.....	17
▪ Agencia de Autocuidado, Una Capacidad Humana .....	18
▪ Conceptualización de la Agencia de Autocuidado.....	21
▪ Capacidad de Autocuidado.....	22
2.1.3. Teoría Del Déficit De Autocuidado .....	23
2.1.4. Teoría De Los Sistemas De Enfermería.....	25
▪ Fuentes Teóricas.....	29
▪ Práctica Profesional .....	30
<b>2.2 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-015-SSA2-1994, PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.....</b>	<b>31</b>
2.2.1 Definiciones .....	32
2.2.2 Prevención Primaria .....	33
▪ Principios Generales .....	33
▪ Prevención de diabetes entre la población general .....	33
▪ Control de Peso .....	34

▪ Actividad Física .....	34
▪ Alimentación.....	35
▪ Promoción de la Salud .....	36
▪ Comunicación Social .....	36
▪ Participación Social .....	37
▪ Educación Para La Salud .....	37
▪ Apéndice Normativo E .....	38
<b>2.3 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-030-SSA2-1999, PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO</b>	
<b>Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL .....</b>	<b>39</b>
2.3.1. Definiciones .....	39
▪ Objetivo Y Campo De Aplicación .....	40
▪ Generalidades.....	40
2.3.2. Clasificación Y Criterios Diagnósticos .....	40
2.3.3. Prevención Primaria .....	41
▪ Prevención de la hipertensión arterial entre la población general. ....	41
▪ Actividad Física .....	42
▪ Consumo de Sal .....	42
▪ Consumo de alcohol .....	43
▪ Dieta Recomendable .....	43
▪ Tabaquismo .....	43
▪ Promoción De La Salud .....	44
▪ Educación para la Salud .....	44
▪ Participación Social .....	45
▪ Comunicación Social .....	46
▪ Detección.....	47
▪ Medición de la Presión Arterial .....	47
▪ Diagnóstico .....	49
▪ Tratamiento Y Control .....	49
▪ Metas.....	50
▪ Control De Peso .....	51
2.3.4. Procedimiento Básico Para La Toma De La Presión Arterial .....	52
▪ Aspectos Generales .....	52
▪ Posición Del Paciente.....	52
▪ Equipo Y Características.....	52
▪ Técnica .....	53
<b>2.4. AUTOPERCEPCIÓN .....</b>	<b>55</b>
▪ Definición De Percepción.....	55
2.4.1. Múltiples Versiones De La Autopercepción .....	55
<b>2.5 El Poder De La Motivación .....</b>	<b>59</b>
<b>2.6 Asertividad .....</b>	<b>62</b>
▪ Características de la Persona Asertiva: .....	62
▪ Los Derechos Asertivos .....	63

<b>2.7 Salud Mental Positiva.....</b>	<b>63</b>
2.7.1. Modelos Psicológicos Del Bienestar .....	65
1.- Actitudes Hacia Sí Mismo .....	65
2.- Crecimiento, desarrollo y Auto actualización .....	65
3.- Integración .....	66
4.- Autonomía .....	66
5.- Percepción de la realidad.....	66
6.- Control ambiental .....	66
2.7.2 Practicas Saludables Para Estructurar Y Gestionar Los Procesos De Trabajo.....	67
2.7.3 Empleados Saludables: La Gestión Del Capital Psicológico Positivo .....	68
▪ La Esperanza .....	70
▪ El Optimismo .....	70
▪ La Resiliencia.....	71
▪ La Vinculación .....	71
2.7.4 Resultados Organizacionales Saludables.....	72
<b>3. <u>METODOLOGÍA</u>.....</b>	<b>74</b>
<b>3.1 VARIABLES E INDICADORES .....</b>	<b>74</b>
3.1.1 Variables Dependientes.....	74
3.1.1.1 Presión Arterial .....	74
3.1.1.2. Glicemia Capilar .....	74
3.1.1.3 Autopercepción.....	75
3.1.2 Variable Independiente .....	77
3.1.2.1. Datos Personales .....	77
3.1.2.2. Autocuidado.....	78
<b>3.2. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION .....</b>	<b>80</b>
3.2.1. Tipo .....	80
3.2.2. Diseño .....	81
3.2.2.1. Universo De Estudio .....	81
3.2.2.2. Selección Y Tamaño De La Muestra .....	81
▪ Criterios De Inclusión.....	82
▪ Criterios de Exclusión .....	82
▪ Descripción del instrumento para la recolección de datos. ....	82
3.2.2.3. Recursos .....	83
▪ Recursos Humanos .....	83
▪ Recursos Materiales .....	83
▪ Recursos Financieros .....	83
<b>3.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS .....</b>	<b>84</b>
3.3.1. Fichas de trabajo .....	84
3.3.2 Observación.....	84
3.3.3 Cuestionario.....	84

<b>4. <u>PARA LA RECOLECCION DE DATOS PROCESO</u></b> .....	<b>85</b>
<b>5. <u>RESULTADOS</u></b> .....	<b>86</b>
<b>5.1 ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS</b> .....	<b>108</b>
▪ Datos Sociodemograficos .....	108
▪ Salud Fisica .....	108
<b>6. <u>CONCLUSIONES</u></b> .....	<b>116</b>
<b>7. <u>RECOMENDACIONES</u></b> .....	<b>120</b>
▪ Aspectos Físicos .....	120
▪ Aspectos Psicológicos .....	121
▪ Organizaciones Saludables .....	122
▪ Recursos Sociales.....	123
<b>8. <u>ANEXO</u></b> .....	<b>125</b>
▪ Anexo No. 1: Cuestionario .....	125
<b>9. <u>GLOSARIO DE TÉRMINOS</u></b> .....	<b>127</b>
<b>10. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b> .....	<b>133</b>

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a dios por haberme permitido alcanzar un logro más en mi vida, esta magnífica etapa, llena fortalezas en los momentos de felicidad y brindarme una vida llena de aprendizajes y alegrías.

Al Maestro Federico Sacristán Ruiz, por la confianza, apoyo, dedicación y la asesoría la cual hizo posible la culminación de esta tesis.

A mi querida Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de mi *Alma máter* la Universidad Nacional Autónoma de México, que a lo largo de la formación del pregrado me brindo las herramientas, el conocimiento académico y las habilidades humanísticas que se requieren para poder ser un Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

A D.H.L. por el apoyo tras estos meses, la obtención de esta vinculación y sincronía que se sigue construyendo conforme pasa el tiempo, deseando poder seguir contando con este soporte por mucho tiempo más y por siempre buscar la manera de tenerme de buenas. Por soportar mis ratos de histeria.

A todas aquellas personas que fueron fuente de inspiración para desarrollarme y sobresalir el día a día desempeñando el rol de enfermería de manera óptima.

## **Dedicatorias**

A mis padre Leticia Lechuga Diego y Floriberto García Ramírez, quienes siempre impulsaron el deseo de progreso para poder destacar cada día a través del camino de la profesión con la dedicación, la responsabilidad y la auto superación como valores fundamentales; sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida.

A mis hermanas por ser parte importante de mi vida, a Teisy García quien me proporciono su apoyo en mi vida personal y profesional y a Stefany García, mi Pijas, ya que para ella he sido y sigo siendo un ejemplo, lo que me impulsa a seguir cada vez más lejos.

Mariana Cruz por ser parte significativa de mi vida, por su sincera amistad a lo largo de la formación profesional en momentos de felicidad, alegría y en aquellos donde pareciera que no podríamos salir tan bien librados. Sobre todo por su comprensión y apoyo.



## INTRODUCCIÓN

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

Partiendo de la cultura griega, generaron desarrollos importantes en torno al autocuidado con la práctica, llamada por ellos, del cultivo de sí, la cual hace énfasis y valoriza la importancia de las relaciones del individuo consigo mismo.<sup>1</sup>

El cultivo de sí se basaba en el siguiente principio: hay que cuidarse y respetarse a sí mismo, en tanto al intensificar la relación con uno mismo, se constituye sujeto de sus actos.

Cuidarse, cuidar y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y la sociedad, en tanto son inherentes a la supervivencia de todo ser vivo. Al cuidar se contribuye a promover y desarrollar aquello que hace vivir a las personas y a los grupos. Es así como cuidar representa un conjunto de actos de vida que tiene por objetivo hacer que ésta se mantenga, continúe y se desarrolle.<sup>2</sup>

La promoción del autocuidado es una estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana y lograr así el desarrollo humano. Por tanto, el autocuidado es una práctica que involucra líneas de crecimiento en las que toda persona debe trabajar cotidianamente para tener un desarrollo armónico y

---

<sup>1</sup> Foucault M. Historia de la Sexualidad: La Inquietud de sí Mismo. Editorial México: Siglo XXI. España, 1987, p. 38

<sup>2</sup> Colliere MF. Promover la Vida. Madrid: Interamericana. Madrid España, 1993, p. 89

equilibrado. Estas líneas de crecimiento que propician un desarrollo integral se relacionan con la dimensión emocional, física, estética, intelectual y trascendental del ser, a través del desarrollo de las habilidades afectivas, cognoscitivas y sociales.

Pero algo que olvidamos es que este autocuidado también debe de ser practicado por los profesionales de la salud y en especial en el campo de la Enfermería, ya que es un pilar fundamental, generalmente se preocupa por difundirlo pero la auto practica es denegada y olvidada como si se estuviera exento de eventualidades propias por la falta de interés en la salud y en cuidados básico como la alimentación, la actividad física, descanso, manejo de inteligencia emocional entre algunas más.

Recordar que el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, (cabe mencionar que nunca se eximio al propio gremio), y también hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

La presente Tesis tiene como objeto analizar las prácticas de autocuidado de los profesionales de enfermería de la Terapia Intensiva del Centro Nacional de Atención al Quemado (CENIAQ) en el Instituto Nacional de Rehabilitación y su relación con los parámetros de glicemia capilar, presión arterial y autopersepcion del estado de salud.

Para realizar esta investigación se ha desarrollado la misma en los siguientes capítulos que a continuación se presentan:

En el primer capítulo la fundamentación del tema de investigación que tiene diversos apartados de importancia entre ellos están: descripción de la situación del problema, hipótesis, justificación de la tesis, ubicación del tema, objetivos generales y específicos.

En el segundo capítulo se da a conocer el marco teórico de la teoría general de Enfermería de Dorothea Orem, y las teorías del autocuidado, déficit de autocuidado y de los sistemas de enfermería. Se aborda la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes al igual que la NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. También se incluye tópicos de psicología entre ellos la autopercepción, motivación, asertividad y finalmente la salud mental positiva. Esto significa que el apoyo del marco teórico ha sido invaluable para recabar información necesaria que apoya el problema y los objetivos de esta investigación.

En el tercer capítulo se muestra la metodología empleada con las variables de pendientes de presión arterial, glicemia capilar, Autopercepción y la variable independiente de autocuidado, así como los indicadores de las variables, forma parte de este capítulo el tipo y diseño de la tesina así como las técnicas e instrumento de investigación utilizados entre los que están: fichas de trabajo, observación y cuestionario.

Finaliza esta tesis con los resultados, conclusiones y recomendaciones, anexos, el glosario de términos y las referencias bibliográficas que están ubicadas en los capítulos cuarto, quinto, sexto, séptimo y el octavo respectivamente. Es de esperarse que al culminar la tesis se pueda tener un panorama más claro de las prácticas de autocuidado y la relación con los parámetros de presión arterial glucemia capilar y la autopercepcion del estado de salud de los profesionales de enfermería.

# **1. FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN**

## **1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA**

La dinámica de la terapia intensiva donde los pacientes requieren de un cuidado específico, ya que sus necesidades están alteradas se necesitan intervenciones y cuidados de enfermería más complejos para satisfacer esas, y en el caso de los pacientes con quemaduras esta labor se vuelve más compleja.

En el área de atención a personas agudas (Terapia Intensiva) del Centro Nacional de Investigación y Atención al Quemado (CENIAQ) del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), la labor del personal de enfermería es ardua y el compromiso es notorio, pero a pesar de esto se observa cierto abandono por parte de los profesionales de enfermería por su autocuidado donde se pensaría que este sería una actividad básica y permanente para no llegar a repercutir en su estado de salud.

Por lo tanto, es de suma importancia saber cuáles son las prácticas de autocuidado que realiza el personal de enfermería y si repercuten en su estado de salud.

## **1.2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Las prácticas de autocuidado de los profesionales de enfermería del Instituto Nacional de Investigación del área de Agudos del Centro Nacional de Investigación y Atención al Quemado, tiene relación con su estado de salud reflejando cambios en los parámetros de la glicemia capilar, presión arterial y la percepción de su salud?

### 1.3. HIPÓTESIS

Las prácticas de autocuidado que desempeña el profesional de enfermería repercuten en su estado de salud, reflejando cambios en los parámetros estandarizados de la presión arterial, la glicemia capilar y auto percepción de su estado salud.

### 1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS

El estado físico y psicológico del personal de enfermería en las unidades de cuidados especiales es un punto mediático, para la estabilidad de los pacientes a su cargo. Que de nada sirve el esfuerzo profesional por entregar lo mejor que se tiene para el paciente, si no se encuentra razonablemente estables, tomando en cuenta que se cubren diferentes roles cotidianos: amas de casa, parejas, sostén económico, padres y/o madres, lo que modifica la estabilidad biopsicosocial.

“A pesar de que en el área de la salud emocional, los profesionistas universitarios presentaron mayores porcentajes de asertividad y autoestima es indispensable indagar más al respecto”.<sup>3</sup>

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado.

Los requisitos de autocuidado universal son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad, descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana. Es por esto que se hace la inclusión del personal.

Desafortunadamente no hay un estudio específico que abarque al personal de enfermería sin embargo, “con un grupo de 82 enfermeras en las que se investigo hábitos para la salud, se encontró que menos del 50% tiene buenos hábitos”.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Hernández – Tezoquipa Isabel, Arenas – Monreal Luz María, Catalina Martínez Patricia, *et al*, “Autocuidado en Profesionistas de la Salud y Profesionistas Universitarios”, Acta Universitaria, Año/Vol. 13, Núm. 003, 2003, p.31

Es por esta razón que es de suma importancia conocer y profundizar en la importancia, y el grado que se tiene sobre el autocuidado en el personal de enfermería que esta cargo de una terapia intensiva como lo es el área de Agudos de Centro Nacional de Investigación y Atención al Quemado (CENIAQ).

### **1.5. UBICACIÓN DEL TEMA**

El tema de la presente investigación se encuentra ubicado en Psicología y Enfermería.

En psicología debido a que se aborda la autopercepción, es decir el concepto o imagen que tiene el profesionista de sí mismo, de su profesión y en cuanto al estado de salud, el manejo de la asertividad donde se abordan las habilidad de expresar los pensamientos, sentimientos y percepciones, de elegir cómo reaccionar, y de hablar por los derechos de forma apropiada, Satisfacción , esta experiencia positiva que se relaciona con la satisfacción y contribuye al estado de bienestar y la Representación de sí mismo, el Autoestima.

Y Ubicada en Enfermería dado que se aborda el modelo de autocuidado de Dorothea Orem donde muestra aquello que las personas necesitan saber; qué se requiere y qué deben estar haciendo o haber hecho por ellos mismos, para regular su propio funcionamiento y desarrollo en base al mantenimiento de la salud. La teoría del déficit de autocuidado, donde la demanda, las capacidades y limitaciones de cuidado del individuo pueden ser calculadas a fin de proporcionar el cuidado de acuerdo a la demanda establecida y determinada.

También se abordan características específicas del estado de salud, como es el peso corporal, la atención en la ingesta de alimentos, la actividad física, adicción al tabaco el consumo de alcohol, y monitorización medica rutinaria que se aborda

---

<sup>4</sup> Banmonde Granados Guadalupe, Morales Vidaña Hermelinda, López Sánchez Guadalupe, "Nivel de Aplicación de las acciones de autocuidado de la Salud por personal de una unidad médica", En la Revista Enfer. IMSS. Núm. 2 Vol. 11, Veracruz, México, 2003, p. 79

en la atención primaria, en específico la detección de cáncer de mama y cervicouterino a través de la autoexploración y el control ginecológico.

## **1.6. OBJETIVOS**

### **1.6.1. General**

Identificar las prácticas de autocuidado del personal de enfermería que trabaja en el servicio Agudos del Instituto Nacional de Rehabilitación y la relación de esas con su estado de salud reflejado en los niveles de glicemia capilar, presión arterial y la autopercepción de su estado de salud.

### **1.6.2. Específicos**

- Aplicar una escala de conductas de auto cuidado y la relación del estado de salud físico y la relación con la presión arterial y la glucosa capilar en las enfermeras que laboran en esta institución.
- Identificar el nivel de auto cuidado del personal de enfermería.
- Identificar las medidas que se emplean para realizar el autocuidado.
- Conocer la percepción del autocuidado por parte del personal de enfermería.
- Establecer propuestas para optimizar el autocuidado para el personal de enfermería.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. TEORÍA GENERAL DE LA ENFERMERÍA DE DOROTHEA OREM**

Dorothea Orem, (1914-2007)

Inicio su carrera como enfermera a comienzos de la década de 1930, después de obtener su diploma RN en el Providence Hospital School of Nursing, en Washigton, DC.

En 1939 obtuvo su BS en enfermería y en 1945, su MS en docencia en enfermería por la Catholic University of America, en Washington, D.C.

En 1976 fue galardonada con un doctorado honorifico en ciencias por la Georgetown University, en Washington, D.C. Orem ha trabajado como enfermera hospitalaria, enfermera privada, docente, coordinadora y asesora.

En 1958, mientras trabajaba como asesora en la office of Education, Departamento of Health, Education and Welfare, en mejora de la formación de enfermeras, Orem comenzó su trabajo sobre su Teoría del Autocuidado. Publicó por primera vez su concepto sobre la enfermería para proporcionar el autocuidado de un individuo en 1959 en su “Guides for Developing Curricula for Education of Practical Nurses”, en una publicación del estado.<sup>5</sup>

1. En 1917, desarrollo además sus ideas centrándose en el individuo en su Nursing: Concepts of Practice.
2. En 1980 y 1985 perfecciono e incremento sus ideas para incluir el autocuidado en las familias, los grupos y las comunidades: la 4ª edición de su libro fue publicada en 1990.

La teoría de Orem consta de tres teorías relacionadas, que en conjunto refieren a la Teoría General de la Enfermería de Orem.

---

<sup>5</sup> Wesley R. L. Teorías y Modelos de Enfermería. Mc Graw-Hill Interamericana. México, 1997 p. 81



### 2.1.1. Fundamentación Teórica de Dorothea Orem.<sup>6</sup>

El modelo de enfermería de Dorothea Orem es utilizado como medio para organizar el conocimiento, las habilidades y la motivación de las enfermeras, necesarios para brindar cuidados a los pacientes.

Orem proporciona un marco desde el que contemplar la práctica, la educación y la gestión de la enfermería.

Orem considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas:

- La teoría del autocuidado
- La teoría del déficit de autocuidado
- La teoría de los sistemas de enfermería

La teoría del autocuidado muestra aquello que las personas necesitan saber; qué se requiere y qué deben estar haciendo o haber hecho por ellos mismos, para regular su propio funcionamiento y desarrollo, provee las bases para la recolección de datos.

La teoría del déficit de autocuidado postula el propósito o enfoque del proceso de diagnóstico. La demanda, las capacidades y limitaciones de cuidado del individuo pueden ser calculadas a fin de proporcionar el cuidado de acuerdo a la demanda establecida y determinada, por lo tanto, la relación entre la demanda y la capacidad puede ser identificada claramente.

La teoría de los sistemas de enfermería proporciona el contexto dentro del cual la enfermera se relaciona con el individuo, lo diagnostica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de los déficits de autocuidado.

---

<sup>6</sup> Taylor SG. Dorothea E. Orem. Teoría del Déficit de Autocuidado, En: Marriner A, Raile M. Modelos y Teoría en Enfermería. Elsevier. 6ª ed. España, 2007 p. 267-295

## 2.1.2. Teoría Del Autocuidado

### ▪ *Naturaleza del Autocuidado*

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

**“El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.”**<sup>7</sup>

Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

1. Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
2. Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
3. Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
4. Prevención de la incapacidad o su compensación.
5. Promoción del bienestar.

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.

---

<sup>7</sup> Cavanagh Stephen J. Modelo de Orem, Aplicación Práctica. Masson - Salvat Enfermería. Barcelona España, 2006, P. 5.

- ***Requisitos de Autocuidado***

Los requisitos de autocuidado son un componente principal del modelo y constituyen una parte importante de la valoración del paciente.

El término requisito se usa para indicar una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.

Orem ha identificado y descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado que son los requisitos de autocuidado universal. Hay dos tipos más de autocuidado, los de desarrollo y los de desviación de la salud.

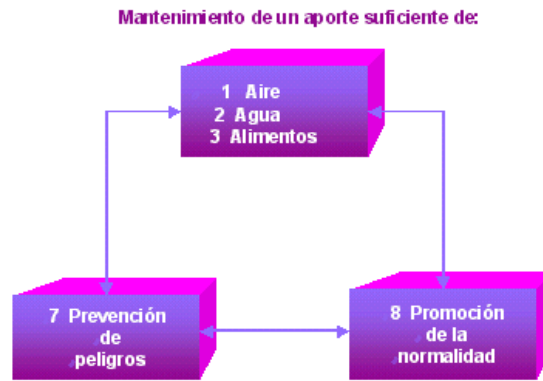
- ***Requisitos de Autocuidado Universal***

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad).<sup>8</sup>

Estos requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida. Cada uno de ellos es importante para el funcionamiento humano.

---

<sup>8</sup> Taylor SG. Dorothea E. Orem, Op cit. P. 279.



**Figura 2. Interrelaciones de requisitos de autocuidado universal**

Orem contempla los requisitos de autocuidado universal como demandas de autocuidado que se hacen al individuo.

- ***Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud.***<sup>9</sup>

Estos requisitos existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos.

El individuo tiene demandas adicionales de cuidados de la salud. La principal premisa es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud.



**Figura 3. Individuo capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado con ayuda de la enfermera**

<sup>9</sup> Taylor SG. Dorothea E. Orem, Op cit. P. 269.

Estos requisitos de autocuidado existen para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de la salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras duran.<sup>10</sup>

La enfermedad o lesión no sólo afecta a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integrado; cuando el funcionamiento integrado se ve profundamente afectado (retraso mental grave, autismo, estado de coma), los poderes desarrollados o en desarrollo de aquellas personas se ven gravemente deteriorados de manera temporal o permanente. En estados anormales de salud, los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o tratamiento.

Las medidas tomadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando falla la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según las necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados.<sup>11</sup>

- ***Requisitos de Autocuidado del Desarrollo***

Inicialmente estos requisitos fueron agrupados bajo los requerimientos de autocuidado universal. Posteriormente se han separado de estos para destacar su importancia, y por su número y diversidad. Los requisitos de autocuidado universal que han sido particularizadas para los procesos de desarrollo, o son nuevos requisitos derivados de una condición (p. ej. El embarazo), o asociados con un

---

<sup>10</sup> Taylor SG. Dorothea E. Orem. Op cit. P. 269

<sup>11</sup> *Ibidem* P. 270.

acontecimiento (p. Ej. La pérdida de un cónyuge o un pariente. Hay dos tipos de requisitos de autocuidado del desarrollo; el tipo 2 tiene dos subtipos.<sup>12</sup>

1.- Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo, estos es, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración durante:

- a) Los estados intrauterinos de la vida y el proceso del nacimiento;
- b) La etapa de vida neonatal ya sea: 1) nacido a término o prematuramente; y 2) nacido con peso normal o con bajo peso.
- c) La infancia;
- d) Las etapas de desarrollo de la infancia, incluyendo la adolescencia y la entrada en la edad adulta;
- e) Las etapas de desarrollo de la edad adulta;
- f) El embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

2.- Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano.

Subtipo 2.1: provisión de cuidados para prevenir efectos negativos en tales condiciones.

Subtítulo 2.2: provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes en tales condiciones.

Entre las condiciones se incluyen:<sup>13</sup>

- a) Derivación educacional;

---

<sup>12</sup> Orem Dorothea Elizabeth. Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. Masson - Salvat Enfermería. 4ª ed. Barcelona España, 1993, p. 146

<sup>13</sup> Orem Dorothea Elizabeth. Op cit. p. 147

- b) Problemas de adaptación social;
- c) Fracaso de una individualización saludable;
- d) Pérdida de familiares, amigos, asociados.
- e) Pérdida de posesiones, pérdida de la seguridad laboral;
- f) Cambio brusco de residencia a un entorno desconocido;
- g) Problemas asociados con la posición;
- h) A la salud o incapacidad;
- i) Condición de vidas opresivas;
- j) Enfermedad terminal y muerte inminente.

La primera categoría de requisitos de autocuidado del desarrollo se articula con cada uno de los ocho requisitos de autocuidado universal. Los requisitos de esta categoría, cuando se satisfacen adecuadamente, deberían contribuir a la prevención de alteraciones del desarrollo y a promoverlo de acuerdo con el potencial humano.<sup>14</sup>

Los tipos de problemas citados en la segunda categoría no constituyen una lista exhaustiva.

En algunas situaciones de enfermería, los tipos de problemas enumerados pueden ser el foco central de los cuidados; entre otras situaciones, los resultados de los problemas son considerados como una modificación de la acción dentro de una situación particular. Por ejemplo el problema de desarrollo de “fracaso de una individualización saludable” puede proporcionar un foco central, de organización para la acción de enfermería de la infancia. Por otra parte, la detención del desarrollo cognitivo de un adulto asociado con “derivación educacional”, puede ser aceptado como una modificación de las acciones puesto que no es probable que cambie la duración de la situación de enfermería.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Orem Dorothea Elizabeth. Op cit. p. 147

<sup>15</sup> Ídem

Las enfermas ayudar a los pacientes a aprender y desarrollarse personalmente, con independencia de su estado de desarrollo cognitivo, pero los métodos utilizados se seleccionarán a la luz del estado de conocimiento operativo que el paciente haya logrado. El siguiente extracto de materiales descriptivos sobre un miembro de una población ambulatoria adulta ejemplifica este enfoque de enfermería.<sup>16</sup>

▪ **Factores Básicos Condicionantes**

Los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado, o afectan al tipo y cantidad de autocuidado requeridos, se denominan factores básicos condicionantes. Estos factores fueron identificados en 1958 y desde entonces se ha trabajado con ellos. Fueron enumerados a principios de la década de 1970 por el Nursing Development Group. El listado original contenía los ocho primeros factores o tipos identificados a continuación. Los factores 9 y 10 han sido añadidos posteriormente.<sup>17</sup>

1. Edad.
2. Sexo.
3. Estado de desarrollo.
4. Estado de salud.
5. Orientación sociocultural.
6. Factores del sistema de cuidados de salud; por ejemplo, diagnóstico médico y modalidades de tratamiento.
7. Factores del sistema familiar.
8. Patrón de vida, incluyendo las actividades en las que se ocupa regularmente.
9. Factores ambientales.
10. Disponibilidad y adecuación de los recursos.

---

<sup>16</sup> Orem Dorothea Elizabeth. Op cit. p. 148

<sup>17</sup> Ibídem p. 153



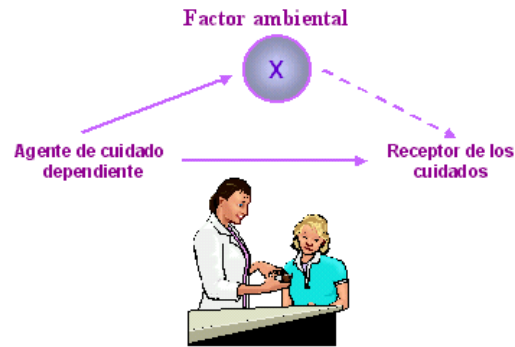


Figura 4. Cuidado dirigido a la regulación de factores ambientales

Los factores identificados condicionan de diversa manera las demandas de autocuidado terapéuticos.

La disponibilidad de recursos y la adecuación de los mismos afecta principalmente la selección de medios para satisfacer los requisitos de autocuidado y las medidas que contengan proteínas y su coste determina lo que los individuos pueden hacer para satisfacer el requisito universal de mantener un aporte suficiente de alimentos para las personas que viven en condiciones específicas. La disponibilidad de los recursos, afectando la forma en que un requisito es particularizado para un individuo, y los medios disponibles para satisfacer un requisito, afectan las series requisitas de medidas de cuidados que deben realizarse con respecto al uso de recursos.<sup>18</sup>

- **Agencia de Autocuidado**

Los términos **agencia de autocuidado** y **agencia de autocuidado de dependencia** se refieren a la capacidad humana de los individuos para realizar acciones con el objeto de cuidar de sí mismo y de otros. Las enfermeras deben

<sup>18</sup> Orem Dorothea Elizabeth. Op cit. p. 154-155

comprender las acciones que constituyen autocuidado y cuidado dependiente, así como las capacidades que permiten realizar este tipo de acciones.<sup>19</sup>

Ser capaz de realizar competentemente un tipo de acción orientada hacia un objetivo no indica que la persona tenga capacidad para realizar otros tipos de acción distintos. Por ejemplo, un contable competente puede no haber desarrollado capacidades para el trabajo en la construcción, para la preparación de los alimentos, y para algunos componentes del autocuidado. Las capacidades de las personas para ocuparse en tipos particulares de acciones para el logro de objetivos se denominan agencia. Las capacidades desarrolladas de la agencia de los adultos abarcan toda una gama, la cual debería incluir el autocuidado y el cuidado dependiente.<sup>20</sup>

La conceptualización de la agencia depende de las conceptualizaciones previas de acciones y secuencias de acciones intencionadas, voluntarias, para el logro de objetivos.

- ***Agencia de Autocuidado, Una Capacidad Humana***

La agencia de autocuidado es la *completa capacidad adquirida* de satisfacer los requerimientos continuos de *cuidado* de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de las estructura y el funcionamiento y desarrollo humanos, y promueven el bienestar. La agencia de autocuidado de los individuos varía dentro de una gama con respecto a su desarrollo desde la infancia hasta la ancianidad. Varía con el estado de salud, con factores influidos, por la educación y con las experiencias vitales en la medida en que permiten el aprendizaje, la exposición a influencias culturales y el uso de recursos en la vida diaria. La agencia de autocuidado de los individuos en éste o en otro momento está condicionada por factores que afectan a su desarrollo y su *operatividad*. Su

---

<sup>19</sup> Orem Dorothea Elizabeth. Op cit. p. 163

<sup>20</sup> Ídem

adecuación se mide por comparación con las partes componentes de la de manda de autocuidado, es decir, la demanda de los individuos para ocuparse de su autocuidado.<sup>21</sup>

El autocuidado es una conducta humana, un comportamiento aprendido que tiene las características de acción intencionada. El autocuidado se produce a medida que los individuos se ocupan en acciones para cuidar de si mismo influyendo en los factores internos y externos para regular su propio funcionamiento y desarrollo interno. Las acciones de autocuidado llevadas a cabo durante un cierto periodo de tiempo son realizadas por las personas en su ambiente habitual y dentro del contexto de sus patrones de vida diaria. A veces, el satisfacer los propios requisitos de autocuidado impide ocuparse de las actividades preferidas. En otras ocasiones, el autocuidado está intercalado en las actividades de la vida diaria y no constituye un centro de atención importante. La habilidad humana llamada *agencia de autocuidado*, la habilidad para ocuparse del autocuidado, se desarrolla en el curso de la vida diaria, a través del proceso espontaneo de aprendizaje. Se ayuda a su desarrollo con la curiosidad intelectual, con la instrucción y la supervisión de otros, y mediante la experiencia en la realización de medidas de autocuidado. Se ha conceptualizado como unidad debido a la conducta práctica específica, el autocuidado, a que va dirigida. El autocuidado tiene forma y contenido. La forma del autocuidado es la de la acción intencionada y sus fases. El contenido deriva del propósito hacia el cual se dirige, los requisitos de autocuidado, y los cursos de acciones que son efectivos para satisfacerlos.<sup>22</sup>

El contenido de la agencia de autocuidado deriva de su finalidad propia, satisfacer los requisitos de autocuidado, cuales quiera que sean estos requisitos en un momento determinado.

---

<sup>21</sup> Orem Dorothea Elizabeth. Op cit. p. 164

<sup>22</sup> Idem

La agencia de autocuidado puede examinarse en relación con las capacidades del individuo, incluyendo su repertorio de habilidades y la clase de conocimientos que tienen y usan para ocuparse de una gama de conductas específicas. Las habilidades individuales pueden describirse en términos de *desarrollo, operatividad y educación*. El desarrollo y la operatividad de la agencia de autocuidado pueden verse afectados por factores genéticos y constitucionales así como por la cultura, las experiencias vitales, y el estado de salud. El desarrollo y la operatividad se identifican en términos de las clases de operaciones de autocuidado que pueden realizarse de manera consistente y efectiva. La educación de la agencia de autocuidado se mide en términos de la relación del número y clase de operaciones en que pueden ocuparse las personas y las operaciones requeridas para calcular y satisfacer una demanda de autocuidado terapéutico presente o prevista. Determinar la educación de la agencia de autocuidado es esencial si tiene que formularse juicios sobre la presencia o ausencia de déficit de autocuidado.<sup>23</sup>

El autocuidado es realizado en gran medida como un hábito, pero los individuos que no han pensado sobre su rol de autocuidado pueden necesitar ayuda para contemplarse a sí mismo como agentes de autocuidado a fin de comprender los valores con los que sus hábitos los comprometen y para preciar la educación de sus habilidades de autocuidado. Examinar los propios hábitos de autocuidado, apreciar los beneficios del propio autocuidado tal como se realiza, reconocer las necesidades de cambio, y llegar a conocer los nuevos requisitos de autocuidado es importante mantener la adecuación de la agencia de autocuidado del individuo. Los nuevos requisitos de autocuidado resultantes de cambios en las condiciones internas y externas son importantes para mantener la educación de la agencia de autocuidado del individuo. Los nuevos requisitos de autocuidado resultantes de cambios en las condiciones internas o externas requieren conocimiento adicional, ajuste en algunos tipos de habilidades desarrolladas (p. ej., la habilidad perceptiva), y examinar la disponibilidad de uno para seguir cursos correctos de

---

<sup>23</sup> Orem Dorothea Elizabeth. Op cit. p. 165

acción para el autocuidado. Las personas con tipos y valores específicos de requisitos de autocuidado son importantes como sujetos de investigación sobre la creación, uso y efectividad de las prácticas de autocuidado.<sup>24</sup>

La agencia de autocuidado (o agencia de cuidado dependiente) se identifica por las cualidades adscritas a los individuos.

#### ▪ **Conceptualización de la Agencia de Autocuidado**

La formalización del concepto de agencia de autocuidado se produjo entre 1958 y 1970. Las reflexiones iniciales sobre la propiedad humana llamada agencia de autocuidado fueron expresadas como las capacidades y limitaciones de los individuos para ocuparse en su autocuidado.

Las reflexiones tempranas sobre la agencia de autocuidado se expresan en las ocho proposiciones siguientes.<sup>25</sup>

- 1.- La agencia de autocuidado es una característica o cualidad humana compleja adquirida.
- 2.- La agencia de autocuidado es la capacidad que tiene un individuo para ocuparse de operaciones esenciales para su autocuidado.
- 3.- El ejercicio por parte de un individuo de la capacidad que se denomina agencia de autocuidado da como resultado un sistema de acciones dirigidas a condiciones de la realidad de su entorno, a fin de regularlas; o su ejercicio tiene como resultado un diseño y un plan para dicho sistema de acción.
- 4.- La agencia de autocuidado puede conceptualizarse como el repertorio de acción de un individuo.
- 5.- La agencia de autocuidado puede caracterizarse en términos de habilidades y limitaciones de un individuo para ocuparse de su autocuidado.

---

<sup>24</sup> Orem Dorothea Elizabeth. Op cit. p. 166

<sup>25</sup> Ibídem p. 167

6.- Las condiciones y factores en el entorno de un individuo afectan el desarrollo y ejercicio de la agencia de autocuidado.

7.- Las personas están sujetas a necesidades secuenciales en el tiempo para el ejercicio de la agencia de autocuidado.

8.- La agencia de autocuidado es una capacidad estimativa y productiva para el autocuidado.

- **Capacidad de Autocuidado**

Es la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.<sup>26</sup>

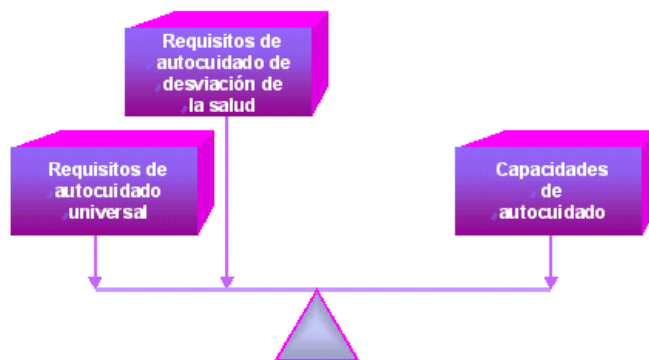


Figura 6. Individuo capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado universal y de desviación de la salud

Las personas que realizan su autocuidado son conocedoras de sí mismas, de sus estados funcionales y de los cuidados que necesitan. Quieren saber. Valoran, investigan, emiten juicios y toman decisiones. Se ocupan de cursos de acción para el logro de resultados y son capaces de auto dirigirse en sus ambientes.

Las habilidades de autocuidado son expresiones de lo que las personas han aprendido a hacer y saben hacer en la fase de investigación y toma de decisiones del autocuidado, y en su fase de producción en las presentes condiciones humanas y ambientales.

---

<sup>26</sup> Orem Dorothea Elizabeth. Op cit. p. 166

Las limitaciones de autocuidado son expresiones de lo que impide a los individuos proporcionar la cantidad y clase de autocuidados que necesitan en las condiciones y circunstancias existentes y cambiantes.

### **2.1.3. Teoría Del Déficit De Autocuidado**

El termino déficit de autocuidado se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos en los que las capacidades de autocuidado, debido a las limitaciones existentes, no están a las alturas suficientes para satisfacer todos o algunos de los componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico. El déficit de autocuidado está asociado con los tipos de componentes que forman la demanda de autocuidado terapéutico y con el número y variedad de las limitaciones del autocuidado.<sup>27</sup>

El déficit de autocuidado se identifica como completo o parcial. Un déficit de autocuidado completo significa que no hay capacidad para satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico.

El déficit parcial en el autocuidado puede ser extenso o puede limitarse a una incapacidad de satisfacer uno o varios requisitos de autocuidado terapéutico. El conocimiento de las enfermeras sobre las características distintivas de los déficit de autocuidado en individuos en situaciones concretas de la práctica de la enfermería es un resultado de las actividades diagnosticas de enfermería realizadas para determinar las habilidades y limitaciones de autocuidado de los individuos y de la identificación y particularización de sus requisitos de autocuidado.<sup>28</sup>

La presencia de una de las siguientes condiciones, o de una combinación de ellas, constituirá una evidencia patente de que existe un déficit de autocuidado:

---

<sup>27</sup> Orem Dorothea Elizabeth. Op cit. p. 194

<sup>28</sup> Ídem

- 1.- Falta de ocupación continuada en el autocuidado, o clara falta de adecuación de lo que se hace para cubrir los requisitos de autocuidado.
- 2.- Toma de conciencia limitada, o falta de conciencia, del yo y del entorno, excluyendo la debida al sueño natura.
- 3.- Incapacidad para recordar pasadas experiencias en el control de la de conducta.
- 4.- Limitaciones para el juicio y toma de decisiones sobre el autocuidado asociadas con la falta de conocimiento y de familiaridad con las condiciones internas y externas.
- 5.- Acontecimientos indicadores de funcionamiento desordenado o alterado, que dan lugar a nuevos requisitos de autocuidado de desviación de la salud y al ajuste de uno o más requisitos de autocuidado universal.
- 6.- Necesidades de los individuos de incorporar en sus sistemas de autocuidado medidas de autocuidado complejas, recientemente prescritas, cuya realización requiere la adquisición de conocimientos y habilidades mediante el entrenamiento y la experiencia.

En la búsqueda de entendimiento de la agencia de autocuidado, de las limitaciones del autocuidado y del déficit de autocuidado es importante reconocer dos dimensiones del autocuidado. Una dimensión se relaciona con las operaciones de acción intencionada de autocuidado, que implica toma de conciencia de uno mismo, pensamiento racional, propósito consciente, plan de procedimiento y disponibilidad y resolución para proceder de acuerdo con el plan inicial o revisado. Esta es la dimensión personal, voluntaria, del autocuidado en el pleno sentido humano y psicológico. La segunda dimensión del autocuidado se relaciona con los acontecimientos que ocurren en los individuos y su ambiente como resultado de la presencia conjunta de aportaciones particulares, y las condiciones humanas o ambientales existentes. Cuando aportaciones particulares – por ejemplo, una cierta cantidad y calidad de los alimentos digeridos – se correlaciona directamente con las condiciones humanas o ambientales para



producir las condiciones focales buscadas y deseadas, las medidas de autocuidado realizadas tienen validez.<sup>29</sup>

En el desarrollo de la agencia de autocuidado de los individuos deben aprender ambas dimensiones del autocuidado. Esto incluye conocer el tipo y cantidad de datos necesarios para emitir juicios sobre las condiciones internas y externas basándose en cantidades y tipos particulares de datos. También incluyendo el conocimiento de lo que debería y no debería hacerse en determinadas condiciones. Así, el desarrollo de la agencia de autocuidado va mas allá de las prácticas de autocuidado aprendidas culturalmente prescritas. El déficit de autocuidado está asociado no solo con las limitaciones de los individuos para realizar medidas de cuidados, sino también con la falta de validez o efectividad del autocuidado que realizan.<sup>30</sup>

#### **2.1.4. Teoría De Los Sistemas De Enfermería**

Enfermería es la acción realizada por las enfermeras en beneficio de otros para alcanzar objetivos de salud específicos.

Sistema de enfermería se denomina a la manera y el contexto en los que la enfermera y el paciente interactúan.

Los elementos básicos constituyentes de un sistema de enfermería son:

1. La enfermera.
2. El paciente o grupo de personas.
3. Los acontecimientos ocurridos incluyendo, las interacciones con los familiares y amigos.

---

<sup>29</sup> Orem Dorothea Elizabeth. Op cit. p.195

<sup>30</sup> Ibídem p.196

Orem considera que hay tres tipos de sistemas de enfermería: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de soporte-educación.

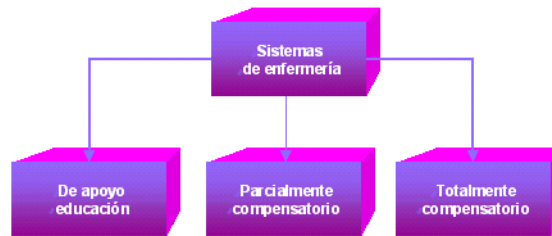


Figura 8. Sistemas de enfermería

**Totalmente compensatorio.** Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Con frecuencia el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y la enfermera debe hacerse cargo de ellos hasta el momento en que el paciente pueda reanudar su propio cuidado (si esto es posible) o hasta que haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.<sup>31</sup>

Este sistema de enfermería se requiere en las siguientes situaciones:

1. El paciente es incapaz de ocuparse en cualquier forma de acción intencionada de autocuidado, por ejemplo cuando está en coma.
2. El paciente es consciente de la necesidad de ocuparse en actividades de autocuidado, es capaz de formar juicios acerca de su salud y de tomar decisiones, y tiene las aptitudes necesarias para hacerlo, pero no puede o no quiere emprender acciones que requieran deambulación o movimientos de manipulación.

---

<sup>31</sup> Orem Dorothea Elizabeth. Op cit. p.196

3. El paciente es incapaz de atender a sus propias necesidades de cuidado de la salud, formar juicios razonados o tomar decisiones, pero puede realizar movimientos manipulativos o deambular.

El papel de la enfermera en los sistemas de enfermería totalmente compensatorio es:

1. Compensar las incapacidades para el autocuidado que pueda tener el paciente.
2. Apoyar y proteger al paciente mientras le proporciona un entorno apropiado para cultivar las capacidades de autocuidado existentes y reforzar el desarrollo de otras nuevas.

Las enfermeras no sólo deben ser las proveedoras de cuidados, sino también formar los juicios y tomar las decisiones que sean necesarias en beneficio del paciente. Esta responsabilidad se extiende a los requisitos de autocuidado universales, del desarrollo y de la desviación de la salud.

**Parcialmente compensatorio.** La enfermera debe actuar con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción.<sup>32</sup>

Este sistema de enfermería es apropiado en las siguientes situaciones:

1. El paciente tiene una limitación de la movilidad o de las habilidades de manipulación, ya sean reales o por requerimientos médicos.
2. El paciente tiene un déficit de conocimientos o habilidades, o de ambos, que impiden la satisfacción de todas las demandas de autocuidado.
3. El paciente no está psicológicamente dispuesto para realizar, o aprender a realizar conductas de autocuidado.

---

<sup>32</sup> Orem Dorothea Elizabeth. Op cit. p.197

El papel de la enfermera en el sistema de enfermería parcialmente compensatorio incluye:

Realizar algunas medidas de autocuidado por el paciente.

Compensar cualquier limitación del autocuidado que pueda tener el paciente.

Ayudar al paciente según requiera.

Este sistema de enfermería también otorga algunas responsabilidades al paciente, incluyendo:

Realizar algunas medidas de autocuidado (se espera que los pacientes se impliquen en la tarea de cuidar de sí mismos cuando son capaces de hacerlo).

Aceptar cuidados y ayuda por parte del equipo de enfermería cuando sea apropiado.

**De apoyo/educación.** Este sistema de enfermería sería apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería.<sup>33</sup>

El papel de la enfermera se limitará a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades.

Este sistema puede requerir que la enfermera enseñe al paciente, o que modifique el entorno para ayudar al aprendizaje, quizá reduciendo las distracciones innecesarias.

El papel de la enfermera es principalmente el de regular la comunicación y el desarrollo de las capacidades de autocuidado, mientras que el propio paciente realiza su autocuidado.

---

<sup>33</sup> Orem Dorothea Elizabeth. Op cit. p.198

## ▪ **Fuentes Teóricas**

Aunque Orem cita a menudo a Eugenia K. Spaulding como una gran amiga y profesora, afirma que ningún líder en enfermería tuvo una influencia directa en su trabajo. Considera que su asociación, compuesta por muchas enfermeras le ha aportado numerosas experiencias formativas a lo largo de los años; y que su trabajo con estudiantes licenciados, su trabajo de colaboración con otros colaboradores han resultado muy valiosos. Aunque no reconoce haber recibido ninguna influencia importante, sí que cita mucho de los trabajos de otras enfermeras según su contribución a la enfermería, entre ellas Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Riehl, Rogers, Roy, Travelbee y Wiedenbach. También cita numerosos autores de otras disciplinas, entre ellos Gordon Allport, Chester Barnard, Réne Dubos, Erich Fromm, Gartly Jaco, Robert Katz, Kurt Lewin, Ernest Nagel, Talcott Parsons, Hans Selye, Magda Arnold, William Wallace, Bernard Lonergan y Ludwing von Bertalanffy. Se requiere una cierta familiarización con estas fuentes para poder comprender la obra de Orem debidamente.<sup>34</sup>

Orem identificó su visión filosófica como una visión de realismo moderado, como la describe Wallace. Banfield presentó un análisis de las fundaciones metafísicas y epistemológicas de la labor de Orem, concluyendo que la “visión de los seres humanos como seres dinámicos, unitarios, que viven en sus entornos, están en proceso de conversión y que poseen libre voluntad, así como otras cualidades humanas esenciales”, son el fundamento de la TEDA. Taylor, Geden, Isaramalai y Wongvatunyu también exploraron los fundamentos filosóficos de la teoría. Orem explicó con detalle sus interpretaciones sobre la persona en un estudio reciente. La teoría de la acción, en la perspectiva de la persona como actor o agente deliberado, forma la base para la teoría. Los conceptos de la ciencia especulativa y práctica son otros de los fundamentos. Gullifer sugiere que los “concejos de Orem en el nexo enfermera paciente... pueden interpretarse como parcialmente

---

<sup>34</sup> Taylor SG. Dorothea E. Orem. Op cit. p. 268

basados en la filosofía Kantiana”, incluidos el imperativo categórico y la fusión de la mente y el cuerpo.<sup>35</sup>

- ***Práctica Profesional***

Los modelos “se dirigen al conocimiento de la estructura de los procesos que son operativos en la producción de los sistemas de enfermería, sistemas de cuidado para las personas o para las unidades de cuidado dependiente o los grupos de personas atendidos por los enfermeros”.<sup>36</sup> De donde se concluye que la teoría global es coherente.

El primer instrumento fue para medir el ejercicio de la actividad del autocuidado AAC, de Kearney y Fleisher se publicó en 1979; desde entonces se han analizado y desarrollado muchos más instrumentos; como el DSCAI en 1980 y para la percepción de la actividad del autocuidado PASCA de Hanson y Bickel en 1985. La Teoría del Déficit de Autocuidado, es una construcción central para el diseño de la Self-As Carer Inventory SCI, esta invención permite que las personas expresen su percepción de la capacidad para cuidar de sí mismas.

---

<sup>35</sup> Taylor SG. Dorothea E. Orem. Op Cit p. 267

<sup>36</sup> Ibídem, Op Cit. p. 275

## **2.2 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-015-SSA2-1994, PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA**

Alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años padece diabetes y, cerca del 30% de los individuos afectados, desconoce que la tiene. Esto significa que en nuestro país existen más de cuatro millones de personas enfermas, de las cuales poco más de un millón no han sido diagnosticadas. Una proporción importante de personas la desarrolla antes de los 45 años de edad, situación que debe ser evitada. Por otra parte, la mortalidad por esta causa muestra un incremento sostenido durante las últimas décadas, hasta llegar a ocupar el tercer lugar dentro de la mortalidad general.<sup>37</sup>

La diabetes es la causa más importante para la amputación de miembros inferiores, de origen no traumático, así como de otras complicaciones como retinopatía e insuficiencia renal. Es también uno de los factores de riesgo más importantes por lo que se refiere a las enfermedades cardiovasculares.

Los costos económicos asociados al tratamiento y sus complicaciones representan una grave carga para los servicios de salud y para los pacientes. A fin de enfrentarse a tan grave problema, esta Norma define las acciones preventivas que realizan los sectores público, social y privado, así como los procedimientos para su detección, diagnóstico, tratamiento y control. Su aplicación contribuye a reducir la incidencia que actualmente registra, evitar o retrasar sus complicaciones y disminuir la mortalidad por esta causa.<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. Para La Prevención, Tratamiento Y Control De La Diabetes Mellitus En La Atención Primaria. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>. Consultado el 10 Agosto 12

<sup>38</sup> Ídem

### 2.2.1 Definiciones

Alteración del metabolismo de la glucosa, corresponde a la glucosa alterada, en ayuno, o a la intolerancia a la glucosa. Ambas condiciones son procesos metabólicos intermedios entre la ausencia y la presencia de diabetes.<sup>39</sup>

Ayuno, a la abstinencia de ingesta calórica.

Caso de glucosa anormal en ayunas, al individuo con estado metabólico intermedio entre el estado normal y la diabetes; según los criterios diagnósticos señalados en esta Norma.

Caso de intolerancia a la glucosa, al individuo con estado metabólico intermedio, entre el estado normal y la diabetes, según los criterios diagnósticos señalados en esta Norma.

Caso en control, al paciente diabético, que presenta de manera regular, niveles de glucemia plasmática en ayuno, entre 80 mg/dl y  $\leq$  110 mg/dl.

Caso sospechoso, a la persona que, en el examen de detección, presenta una glucemia capilar en ayuno  $\geq$  110 mg/dl, o una glucemia capilar casual  $\geq$  140 mg/dl.

Diabetes, a la enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.<sup>40</sup>

Diabetes Tipo 1, al tipo de diabetes en la que existe destrucción de células beta del páncreas, generalmente con deficiencia absoluta de insulina.

---

<sup>39</sup> Secretaría de Salud. Op cit. Consultado el 10 Agosto 12

<sup>40</sup> Ídem



Diabetes tipo 2, al tipo de diabetes en la que hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia relativa de secreción de insulina o cuando coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia.<sup>41</sup>

Dieta, al conjunto de alimentos, que se consumen al día.

Hiperglucemia en ayuno, a la elevación de la glucosa por arriba de lo normal (>110 mg/dl), durante el periodo de ayuno. Puede referirse a la glucosa alterada en ayuno, o a la hiperglucemia compatible con diabetes, dependiendo de las concentraciones de glucosa según los criterios especificados en esta Norma.<sup>42</sup>

Hiperglucemia posprandial, a la glucemia > 140 mg/dl, dos horas después de la comida.

### **2.2.2 Prevención Primaria**

#### **▪ *Principios Generales***

La diabetes puede ser prevenida, en caso contrario, es posible retardar su aparición.

Debe establecerse como un principio básico de prevención, la aplicación de las medidas idóneas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo, para evitar la aparición de la diabetes.

#### **▪ *Prevención de diabetes entre la población general***

Los factores protectores para la prevención y control de esta enfermedad, son el control de peso, la práctica de actividad física adecuada y una alimentación saludable.

---

<sup>41</sup> Secretaria de Salud. Op cit. Consultado el 10 Agosto 12

<sup>42</sup> Ídem

- **Control de Peso**

El control de peso es una de las metas básicas para la prevención de la diabetes. Se debe advertir a la población acerca de los riesgos de la obesidad y el exceso de peso, y se ofrecerá orientación de acuerdo a lo establecido en la NOM-174-SSA1-1998 para el Manejo Integral de la Obesidad. El control del peso debe llevarse a cabo mediante un plan de alimentación saludable, y actividad física adecuada.<sup>43</sup>

- **Actividad Física**

La actividad física habitual en sus diversas formas (actividades de la vida diaria, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio) tiene un efecto protector contra la diabetes.

Por tal motivo, se debe recomendar a la población general mantenerse físicamente activa a lo largo de la vida, adoptando prácticas que ayuden a evitar el sedentarismo.

En el caso de personas de vida sedentaria, se les debe recomendar la práctica de ejercicio aeróbico, en especial la caminata, por lo menos durante periodos de 20 a 40 minutos, la mayor parte de los días de la semana.<sup>44</sup>

La aplicación de la anterior indicación deberá efectuarse de manera gradual, acompañada de las instrucciones pertinentes sobre las precauciones para evitar lesiones u otros posibles problemas.

El médico del primer nivel deberá ser suficientemente capacitado para prescribir adecuadamente un programa básico de ejercicios o un plan de actividad física

---

<sup>43</sup> Secretaría de Salud. Op cit. Consultado el 10 Agosto 12

<sup>44</sup> Ídem

para individuos sanos con apoyo de profesionales de la salud capacitados en la educación de las personas con diabetes (educadores en diabetes).

- **Alimentación**

Debe promoverse un tipo de alimentación, que sea útil para la prevención de la diabetes, conforme a las recomendaciones del apéndice informativo A.<sup>45</sup>

Los grupos de alimentos se clasifican de forma resumida de la siguiente manera: I, verduras y frutas; II, granos, leguminosas, cereales, tubérculos; III, alimentos de origen animal; y IV, grasas, azúcares y oleaginosas. También pueden clasificarse de manera más amplia: I, cereales y tubérculos; II, leguminosas; III, verduras; IV, frutas; V, alimentos de origen animal, quesos y huevo; VI, leche; VII, lípidos; y VIII; azúcares. La composición promedia de energía, proteínas, lípidos e hidratos de carbono en cada uno de estos grupos, así como las raciones diarias recomendadas, se muestran en el Apéndice normativo A.<sup>46</sup>

El aporte energético total debe adecuarse, a fin de mantener un peso recomendable, evitándose dietas con menos de 1200 cal al día.

El valor calórico total (VCT) diario de los alimentos será entre 25 y 30 Kcal/kg/día, para las personas sedentarias y de 30 a 40 Kcal/kg/día para la persona físicamente activa o que realiza ejercicio de manera regular. En el Apéndice normativo b se presenta un esquema dirigido a estimar los requerimientos energéticos, según diversas condiciones de los individuos.<sup>47</sup>

El VCT derivado de los macronutrientes, para mantener un peso recomendable será de la siguiente manera: menos del 30% de las grasas, de lo cual no más del 10% corresponderá a las grasas saturadas, con predominio de las

---

<sup>45</sup> Secretaría de Salud, Op cit. Consultado el 10 Agosto 12

<sup>46</sup> Ídem

<sup>47</sup> Ídem

monoinsaturadas (hasta 15%); 50%-60% de hidratos de carbono predominantemente complejos (menos del 10% de azúcares simples), más de 35 g de fibra, preferentemente soluble. En general, no más de 15% de las calorías totales corresponderá a las proteínas (1,2 g/kg de peso corporal/día); y la ingestión de colesterol no será mayor de 300 mg/día.<sup>48</sup>

El médico de primer contacto debe ser debidamente capacitado para establecer un plan de alimentación saludable para individuos con o sin diabetes.

- ***Promoción de la Salud***

El fomento de los estilos de vida saludables, necesarios para prevenir o retardar la aparición de la diabetes, se llevará a cabo mediante acciones de promoción de la salud.

La promoción de la salud se llevará a cabo entre la población general, mediante actividades de educación para la salud, de participación social y de comunicación educativa, con énfasis en ámbitos específicos como la familia, la escuela, la comunidad y grupos de alto riesgo.<sup>49</sup>

- ***Comunicación Social***

La población general habrá de ser adecuada y oportunamente informada, mediante los medios de comunicación social, sobre los factores de riesgo que favorecen el desarrollo de la diabetes.

Los mensajes al público deben enfatizar que el control de tales factores contribuye además a la prevención y al control de otras enfermedades crónicas importantes.

---

<sup>48</sup> Secretaria de Salud. Op cit. Consultado el 10 Agosto 12

<sup>49</sup> Ídem

Los servicios públicos de salud, con apoyo de los servicios de salud privados, efectuarán campañas para educar a la población sobre alimentación, actividad física, obesidad y otros factores de riesgo cardiovascular.<sup>50</sup>

Se debe establecer coordinación con los organismos públicos y privados, así como con asociaciones de profesionales de la comunicación, a fin de desarrollar acciones en el campo de la comunicación educativa, tendientes a estimular el cambio hacia la práctica de estilos de vida saludables.

- ***Participación Social***

Se debe estimular la participación comunitaria, así como la colaboración de los grupos y organizaciones sociales, para promover la adopción de estilos de vida saludables, particularmente entre los grupos de mayor riesgo.

A través de la coordinación con instituciones y dependencias, públicas y privadas, así como con asociaciones de profesionales que trabajan en el campo de la actividad física, el deporte y el acondicionamiento físico, se fomenta la práctica del ejercicio y el deporte, dentro de la población en general.<sup>51</sup>

- ***Educación Para La Salud***

La Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Enseñanza en Salud debe establecer, en coordinación con las instituciones educativas, programas de información a la población estudiantil sobre los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles frecuentes, entre éstas, la hipertensión arterial.<sup>52</sup>

---

<sup>50</sup> Secretaría de Salud. Op cit. Consultado el 10 Agosto 12

<sup>51</sup> Ídem

<sup>52</sup> Ídem

Las actividades de educación para la salud se deben dirigir principalmente a los niños, a los jóvenes y a los individuos en alto riesgo de desarrollar diabetes.

Se deben promover procesos que modifiquen actitudes tendientes a mejorar la salud individual, familiar y colectiva en la materia de diabetes.

▪ **Apéndice Normativo E** <sup>53</sup>

Metas básicas del tratamiento y criterios para evaluar el grado de control del paciente

<b>Metas del tratamiento</b>	<b>Bueno</b>	<b>Regular</b>	<b>Malo</b>
Glucemia en ayunas (mg/dl)	<110	110-140	>140
Glucemia postprandial de 2 h. (mg/dl)	<140	<200	>240
Colesterol total (mg/dl)	<200.0	200-239	≥240
Triglicéridos en ayuno (mg/dl)	<150	150-200	>200
Colesterol HDL (mg/dl)	>40	35-40	<35
P.A. (mm de Hg)	<120/80	121-129/81-84	>130/85**
IMC	<25	25-27	>27
HbA1c*	<6.5%mg/dl	6.5-8%mg/dl	>8%mg/dl

<sup>53</sup> Secretaria de Salud, Op cit.; Consultado el 10 Agosto 12.

## **2.3 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-030-SSA2-1999, PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**

### **2.3.1. Definiciones**

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México. En efecto, alrededor de 26.6% de la población de 20 a 69 años la padece, y cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. Esto significa que en nuestro país existen más de trece millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco más de ocho millones no han sido diagnosticados. La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales. La mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas. Así pues, las enfermedades del corazón, la enfermedad cerebrovascular y las nefropatías se encuentran entre las primeras causas de muerte.<sup>54</sup>

Los costos económicos asociados al tratamiento de esta enfermedad y sus complicaciones representan una carga para los pacientes y los servicios de salud. Para contender con este importante problema, esta norma define las acciones preventivas, así como los procedimientos para la detección, diagnóstico, tratamiento y control de esta enfermedad a ser realizados por los sectores público, social y privado<sup>55</sup>

Su aplicación contribuirá a reducir la elevada incidencia de la enfermedad, a evitar o retrasar sus complicaciones, así como disminuir la mortalidad asociada a esta causa.

---

<sup>54</sup> Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para La Prevención, Tratamiento Y Control De La Hipertensión Arterial <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/030ssa29.html>. consultado el 12 Agosto 12

<sup>55</sup> Ídem

### ▪ **Objetivo Y Campo De Aplicación**

Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los procedimientos para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.

Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en el territorio nacional para los establecimientos y profesionales de la salud de los sectores público, social y privado que presten servicios de atención a la hipertensión arterial.<sup>56</sup>

### ▪ **Generalidades**

Esta Norma define los procedimientos para la prevención, detección, diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial, que permiten disminuir la incidencia de la enfermedad y el establecimiento de programas de atención médica capaces de lograr un control efectivo del padecimiento, así como reducir sus complicaciones y mortalidad.<sup>57</sup>

### **2.3.2. Clasificación Y Criterios Diagnósticos**

La HAS se clasifica de acuerdo con los siguientes criterios:

Con fines de clasificación y registro, se utilizará la CIE-10.

Para efectos de diagnóstico y tratamiento, se usará la siguiente clasificación clínica:

- Presión arterial óptima: <120/80 mm de Hg
- Presión arterial normal: 120-129/80 - 84 mm de Hg
- Presión arterial normal alta: 130-139/ 85-89 mm de Hg

---

<sup>56</sup> Secretaria de Salud. Op cit. Consultado el 12 Agosto 12

<sup>57</sup> Ídem



Hipertensión arterial:

- Etapa 1: 140-159/ 90-99 mm de Hg
- Etapa 2: 160-179/ 100-109 mm de Hg
- Etapa 3:  $\geq 180/ \geq 110$  mm de Hg

La hipertensión sistólica aislada se define como una presión sistólica  $\geq 140$  mm de Hg y una presión diastólica  $<90$  mm de Hg, clasificándose en la etapa que le corresponda.

### **2.3.3. Prevención Primaria**

La hipertensión arterial puede ser prevenida; en caso contrario, es posible retardar su aparición.

Por tanto, los programas para el control de esta enfermedad, deben incluir, como uno de sus componentes básicos, la prevención primaria.

La estrategia para la prevención primaria tiene dos vertientes: una dirigida a la población general y otra, a los individuos en alto riesgo de desarrollar la enfermedad.

- ***Prevención de la hipertensión arterial entre la población general.***

Los factores modificables que ayudan a evitar la aparición de la enfermedad son: el control de peso, la actividad física practicada de manera regular; la reducción del consumo de alcohol y sal, la ingestión adecuada de potasio y una alimentación equilibrada.<sup>58</sup>

---

<sup>58</sup> Secretaria de Salud. Op cit. Consultado el 12 Agosto 12

Control de peso, el IMC recomendable para la población general es >18 y <25.

El control de peso se llevará a cabo mediante un plan de alimentación saludable, y de actividad física adecuada a las condiciones y estado de salud de las personas; utilizar los criterios específicos en la Ley General de Salud y las normas oficiales mexicanas para el uso de medicamentos en el control de peso.<sup>59</sup>

- **Actividad Física**

La actividad física habitual en sus diversas formas (actividades diarias, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio), tiene un efecto protector contra el aumento de la presión arterial (P.A.)

En el caso de personas con escasa actividad física, o vida sedentaria, se recomienda la práctica de ejercicio aeróbico durante 30/40 minutos, la mayor parte de los días de la semana, o bien el incremento de actividades físicas en sus actividades diarias (hogar, centros de recreación, caminata, etc.)<sup>60</sup>

- **Consumo de Sal**

Debe promoverse reducir el consumo de sal, cuya ingestión no deberá exceder de 6 g/día (2.4 g de sodio).<sup>61</sup>

Debido a la elevada utilización de sal en la preparación y conservación de alimentos, en particular de los procesados industrialmente, la población deberá ser advertida para que reduzca, en la medida de lo posible, su ingestión.

---

<sup>59</sup> Secretaría de Salud. Op cit. Consultado el 12 Agosto 12

<sup>60</sup> Ídem

<sup>61</sup> Ídem

- **Consumo de alcohol**

La recomendación general es evitar o, en su caso, moderar el consumo de alcohol. Si se consume de manera habitual, no deberá exceder de 30 ml de etanol (dos a tres copas) al día; las mujeres y personas delgadas deberán reducir aún más el consumo.<sup>62</sup>

- **Dieta Recomendable**

Debe promoverse un patrón de alimentación, también recomendable para la prevención de otras enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes, afecciones cardiovasculares y diversas formas de cáncer.

Los lineamientos de una alimentación saludable se describen en la NOM-015-SSA2-1994, "Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes", entre los que destaca la moderación en el consumo de alimentos de origen animal, colesterol, grasas saturadas y azúcares simples.<sup>63</sup>

Específicamente, en relación con la P.A. debe promoverse el hábito de una alimentación que garantice la adecuada ingestión de potasio, magnesio y calcio mediante un adecuado consumo de frutas, verduras, leguminosas y derivados lácteos desgrasados conforme a lo establecido en el apéndice normativo "A" de esta norma.<sup>64</sup>

- **Tabaquismo**

Por tratarse de uno de los factores de riesgo cardiovascular de mayor importancia, deberá evitarse el tabaquismo.

---

<sup>62</sup> Secretaría de Salud. Op cit. Consultado el 12 Agosto 12

<sup>63</sup> Ídem

<sup>64</sup> Ídem

- ***Promoción De La Salud***

La adopción y fortalecimiento de estilos de vida saludables, necesarios para prevenir o retrasar la aparición de la hipertensión arterial dentro de la población general, serán impulsados mediante acciones de promoción de la salud.

La promoción de la salud se llevará a cabo entre la población general, mediante actividades de educación para la salud, de participación social y comunicación educativa, con énfasis en ámbitos específicos como la familia, la escuela, la comunidad y grupos de alto riesgo.<sup>65</sup>

- ***Educación para la Salud***

La Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Enseñanza en Salud, establecerá en coordinación con las instituciones educativas, programas de información a la población estudiantil sobre los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles frecuentes, entre éstas, la hipertensión arterial.<sup>66</sup>

Se llevarán a cabo acciones educativas, principalmente entre niños, jóvenes y padres de familia, para favorecer aquellos cambios de actitud que auxilien a la prevención de la hipertensión arterial sistémica (HAS).

Las acciones educativas se intensificarán entre los grupos de alto riesgo, con objeto de fortalecer la responsabilidad individual y colectiva en el autocuidado de la salud.

Se promoverá la adopción de hábitos saludables, como la práctica de actividad física y una alimentación saludable, principalmente entre las personas con exceso de peso, falta de actividad física, consumo excesivo de sodio y alcohol, ingesta

---

<sup>65</sup> Secretaría de Salud. Op cit. Consultado el 12 Agosto 12

<sup>66</sup> Ídem

insuficiente de potasio, P.A. normal alta, y más de 65 años de edad, sin uso de anfetaminas para el control de peso.<sup>67</sup>

La educación para la salud y otras acciones específicas para la prevención de la hipertensión arterial, deberán ser fortalecidas, principalmente en el primer nivel de atención, así como entre los profesionales de la salud dedicados al cuidado general de las personas.

#### ▪ **Participación Social**

Se impulsará la participación de las autoridades municipales y comunitarias, así como de grupos y organizaciones sociales, para promover la adopción de estilos de vida saludables, particularmente entre los grupos de mayor riesgo.

Mediante la colaboración con organizaciones públicas y privadas, en particular con la industria alimentaria y organizaciones de establecimientos dedicados a la venta de alimentos, se establecerán acciones permanentes para ofrecer al público alimentos saludables, que contribuyan a la prevención y al control de la hipertensión arterial.<sup>68</sup>

Mediante la coordinación de acciones con las instituciones y dependencias públicas y privadas, así como con las asociaciones de profesionales relacionados con las actividades físicas, el deporte y la educación física, se promoverán estas actividades entre la población en general.<sup>69</sup>

Se fortalecerá la coordinación con asociaciones de profesionales de la comunicación, para planear y ejecutar campañas educativas tendientes a desarrollar estilos de vida saludables.<sup>70</sup>

---

<sup>67</sup> Secretaria de Salud, Op cit.; Consultado el 12 Agosto 12

<sup>68</sup> Ídem

<sup>69</sup> Ídem

<sup>70</sup> Ídem

- **Comunicación Social**

La población general habrá de ser adecuada y oportunamente informada, mediante los medios de comunicación social sobre los factores de riesgo que deben ser modificados.

En los mensajes al público se hará énfasis que el control de estos factores contribuye a la prevención y control de otras importantes enfermedades crónicas. Los servicios públicos de salud con el apoyo de los servicios de salud privados, efectuarán campañas para educar a la población sobre la prevención de esta enfermedad.<sup>71</sup>

Promover procesos que modifiquen actitudes tendientes a mejorar la salud individual, familiar y colectiva en la materia de diabetes.

Promover el desarrollo de factores protectores para el control de esta enfermedad, como son el control de peso, práctica de actividad física y una alimentación saludable de acuerdo a las características de las regiones donde viven.

Prevención de la HAS entre los individuos de alto riesgo.

Los individuos con exceso de peso, falta de actividad física, consumo excesivo de sal, alcohol, insuficiente ingesta de potasio, P.A. normal alta, antecedentes familiares de HAS y los de 65 años de edad en adelante, integran el grupo en mayor riesgo de llegar a desarrollar hipertensión arterial.<sup>72</sup>

Las personas identificadas en situación de alto riesgo deben ser informadas de tal situación, y apoyadas para efectuar los cambios necesarios en sus estilos de vida. La prevención específica de hipertensión arterial debe formar parte de las actividades de prestación de servicios de salud, particularmente en el primer nivel

---

<sup>71</sup> Secretaría de Salud, Op cit.; Consultado el 12 Agosto 12

<sup>72</sup> Ídem

de atención, así como de los profesionales de la salud dedicados al cuidado general de las personas y sus familias.<sup>73</sup>

La participación de otros miembros debidamente capacitados del equipo de salud como los nutricionistas, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos y profesionales del deporte son de gran importancia para auxiliar a los individuos en alto riesgo.

- ***Detección***

El objetivo de la detección es identificar a individuos de 25 años de edad en adelante, que padecen HAS no diagnosticada o P.A. normal alta.

Esta actividad se llevará a cabo, de manera rutinaria, entre los pacientes que acuden a las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, y en forma de campaña entre la población general en el ámbito comunitario y en los sitios de trabajo.

- ***Medición de la Presión Arterial***

La toma de la P.A. se efectuará de conformidad con los procedimientos que se describen en el Apéndice Normativo b.

Se utilizará un esfigmomanómetro de columna de mercurio; también puede emplearse un esfigmomanómetro aneroide calibrado. Estos equipos se calibrarán dos veces al año, por personal capacitado o por algún establecimiento acreditado. El valor de la presión arterial sistólica y diastólica que se registre, corresponderá al promedio de por lo menos dos mediciones hechas con un intervalo mínimo de dos minutos.<sup>74</sup>

---

<sup>73</sup> Secretaria de Salud. Op cit. Consultado el 12 Agosto 12

A los individuos con presión arterial óptima o normal y sin factores de riesgo, se les invitará a practicarse la detección cada dos años, y se les orientará en el sentido de adoptar o reforzar estilos de vida que contribuyan a prevenir la HAS. Si por algún motivo acuden a los servicios de salud, o si su médico lo considera pertinente debido a la presencia de factores de riesgo o por otra causa, se les podrá tomar la P.A. con intervalos más breves.

A los individuos con presión arterial normal alta se les invitará a hacer los cambios correspondientes en los estilos de vida, a fin de reducir la presión arterial, y se les recomendará efectuar anualmente la toma de la P.A.

Los individuos que, en el momento de la detección, muestren una presión arterial  $\geq 140$  mm de Hg y/o  $\geq 90$  mm de Hg, invariablemente deberán recibir la confirmación diagnóstica.<sup>75</sup>

A los individuos de 65 años de edad en adelante, se les medirá dos veces al año la P.A.

Los individuos a quienes se les practique la detección de HAS deberán recibir una intervención de tipo preventivo, y serán enviados a confirmación diagnóstica o tratamiento según el nivel de P.A. identificado.<sup>76</sup>

En el Apéndice Normativo c se especifican las acciones de intervención a que se hace referencia en el inciso anterior.

---

<sup>74</sup> Secretaría de Salud. Op cit. Consultado el 12 Agosto 12

<sup>75</sup> Ídem

<sup>76</sup> Ídem



- **Diagnóstico**

El paciente con sospecha de HAS en el examen de detección, deberá acudir a confirmación diagnóstica, sin medicación antihipertensiva, y sin cursar alguna enfermedad aguda.

Se considera que una persona tiene HAS, si la presión arterial corresponde a la clasificación señalada en los incisos 6.1.2. de esta Norma.<sup>77</sup>

El diagnóstico de HAS debe estar basado en el promedio de por lo menos dos mediciones, tomadas al menos en dos visitas posteriores a la detección inicial, o a través de un periodo más prolongado, de acuerdo con el criterio del médico, en cuyo caso es recomendable el monitoreo ambulatorio.<sup>78</sup>

Cuando la P.A. sistólica y diastólica se ubican en diferentes etapas de HAS, se utilizará el valor más alto para clasificarlo.

Si no se confirma el diagnóstico de HAS, los individuos con P.A. óptima o normal serán estimulados a efecto de mantener estilos de vida saludables. Aquellos pacientes con P.A. normal alta, serán enviados a recibir manejo no farmacológico, con el fin de reducir los niveles de P.A. a niveles normal u óptimo.<sup>79</sup>

- **Tratamiento Y Control**

El tratamiento tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mantener una adecuada calidad de vida, y reducir la mortalidad por esta causa.

---

<sup>77</sup> Secretaria de Salud. Op cit. Consultado el 12 Agosto 12.

<sup>78</sup> Ídem

<sup>79</sup> Ídem

En el primer nivel de atención se prestará tratamiento a los pacientes con HAS, etapas 1 y 2.

Los casos de HAS etapa 2, más complicaciones cardiovasculares, o bien HAS etapa 3, con HAS secundaria, y los casos de HAS asociada al embarazo, como la enfermedad hipertensiva del embarazo, serán referidos al especialista para su atención.<sup>80</sup>

También serán referidos al especialista los casos con padecimientos concomitantes, que interfieran con la HAS, y en general, todos aquellos pacientes, que el médico de primer contacto así lo juzgue necesario.

El médico, con apoyo del equipo de salud, tendrá bajo su responsabilidad la elaboración y aplicación del plan de manejo integral del paciente, el cual deberá ser adecuadamente registrado en el expediente clínico conforme a lo establecido en la NOM-168-SSA1-1998.<sup>81</sup>

El plan de manejo debe incluir el establecimiento de las metas de tratamiento, el manejo no farmacológico, el tratamiento farmacológico, la educación del paciente, y la vigilancia de complicaciones.

- **Metas**

La meta principal del tratamiento consiste en lograr una P.A. <140/90 y, en el caso de las personas con diabetes, mantener una P.A. <130-85.<sup>82</sup>

Otras metas complementarias para la salud cardiovascular son mantener un IMC <25; colesterol <200 mg/dl; y evitar el tabaquismo, el consumo excesivo de sodio, y alcohol.<sup>83</sup>

---

<sup>80</sup> Secretaría de Salud. Op cit. Consultado el 12 Agosto 12

<sup>81</sup> Ídem

<sup>82</sup> Ídem

Los criterios para evaluar el nivel de cumplimiento de las metas de tratamiento, aparecen en el Apéndice Normativo d.

En la hipertensión arterial etapas 1 y 2, el manejo inicial del paciente será de carácter no farmacológico, durante los primeros doce y seis meses respectivamente.<sup>84</sup>

Cuando el médico tratante así lo juzgue conveniente, estos plazos podrán reducirse, a fin de iniciar más tempranamente el manejo farmacológico.

El manejo no farmacológico consiste en mantener el control de peso, realizar actividad física de manera suficiente, restringir el consumo de sal y de alcohol, llevar a cabo una ingestión suficiente de potasio, así como una alimentación idónea.

- **Control De Peso**

Para lograr la meta del control de peso, se promoverán la actividad física y la alimentación idónea, de manera individualizada, sin el uso de anfetaminas en el control de peso.

Actividad física, si el paciente tiene un estilo de vida sedentario, se le prescribirá un programa de actividad física o ejercicio.

El programa de actividad física se desarrollará de acuerdo con los lineamientos descritos en el inciso 7.4.1.2. y según las guías técnicas para el cumplimiento de esta Norma, de acuerdo a las indicaciones del médico tratante.<sup>85</sup>

---

<sup>83</sup> Secretaría de Salud. Op cit. Consultado el 12 Agosto 12

<sup>84</sup> Ídem

<sup>85</sup> Ídem

### **2.3.4. Procedimiento Básico Para La Toma De La Presión Arterial**

#### **▪ Aspectos Generales**

- 1.- La medición se efectuará después de por lo menos, cinco minutos en reposo.
- 2.- El paciente se abstendrá de fumar, tomar café, productos cafeinados y refrescos de cola, por lo menos 30 minutos antes de la medición.
- 3.- No deberá tener necesidad de orinar o defecar.
- 4.- Estará tranquilo y en un ambiente apropiado.

#### **▪ Posición Del Paciente**

1. La P.A. se registrará en posición de sentado con un buen soporte para la espalda, y con el brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón.
2. En la revisión clínica más detallada y en la primera evaluación del paciente con HAS, la P.A. debe ser medida en ambos brazos y, ocasionalmente, en el muslo.
3. La toma se le hará en posición sentado, supina o de pie con la intención de identificar cambios posturales significativos.<sup>86</sup>

#### **▪ Equipo Y Características**

1. Preferentemente se utilizará el esfigmomanómetro mercurial, o en caso contrario un esfigmomanómetro anerode recientemente calibrado.
2. El ancho del brazalete deberá cubrir alrededor del 40% de la longitud del brazo y la cámara de aire del interior del brazalete deberá tener una longitud que permita abarcar por lo menos 80% de la circunferencia del mismo.
3. Para la mayor parte de los adultos el ancho del brazalete será entre 13 y 15 cm y, el largo, de 24 cm.

---

<sup>86</sup> Secretaria de Salud. Op cit. Consultado el 12 Agosto 12

▪ **Técnica**<sup>87</sup>

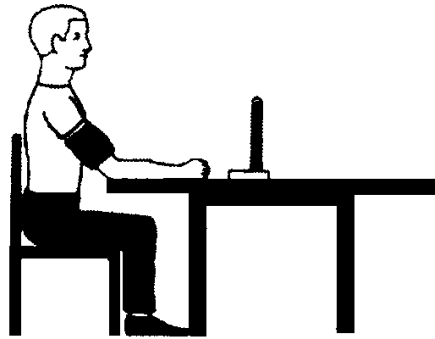
1. El observador se sitúa de modo que su vista quede a nivel del menisco de la columna de mercurio.
2. Se asegurará que el menisco coincida con el cero de la escala, antes de empezar a inflar.
3. Se colocará el brazalete, situando el manguito sobre la arteria humeral y colocando el borde inferior del mismo 2 cm por encima del pliegue del codo.
4. Mientras se palpa la arteria humeral, se inflará rápidamente el manguito hasta que el pulso desaparezca, a fin de determinar por palpación el nivel de la presión sistólica.
5. Se desinflará nuevamente el manguito y se colocará la cápsula del estetoscopio sobre la arteria humeral.
6. Se inflará rápidamente el manguito hasta 30 o 40 mm de Hg por arriba del nivel palpatorio de la presión sistólica y se desinflará a una velocidad de aproximadamente 2 mm de Hg/seg.
7. La aparición del primer ruido de Korotkoff marca el nivel de la presión sistólica y, el quinto, la presión diastólica.
8. Los valores se expresarán en números pares.
9. Si las dos lecturas difieren por más de cinco mm de Hg, se realizarán otras dos mediciones y se obtendrá su promedio.

---

<sup>87</sup> Secretaria de Salud. Op cit. Consultado el 12 Agosto 12

## Posición para la toma de la presión arterial

El paciente debe estar relajado con el brazo apoyado y descubierto



El brazalete se colocará a la altura del corazón y el diafragma del estetoscopio sobre la arteria braquial

## 2.4. AUTOPERCEPCIÓN

### ▪ *Definición De Percepción*

La manera como el individuo obtiene conocimientos de su medio a fin de lograr una conducta positiva adaptativa, es de suma importancia. La obtención de tales conocimientos necesita de la extracción de información a partir de la gran cantidad de energía física que estimula los sentidos del organismo. Solo los estímulos que tienen valor de señal, es decir, aquellos que desencadenan algún tipo de acción reactiva o adaptativa en el individuo, deberán denominarse información. Para nuestros propósitos la percepción se definirá como el proceso de extracción de información.<sup>88</sup>

#### 2.4.1. Múltiples Versiones De La Autopercepción

Autopercepción es un concepto complejo que se ha abordado desde distintos campos del saber, razón por la cual, se han desarrollado diversas interpretaciones y significados del mismo. Se han utilizado términos como: Conciencia de sí mismo, Autoimagen, Representación de sí mismo, Autoconcepto, Autoestima o el Yo. Sin embargo, todos son sinónimos debido a dos componentes básicos presentes en todos, como son: aspectos cognitivos y descriptivos de sí mismos, y autoestima, para denotar aspectos evaluativos-afectivos. Por lo tanto, autopercepción implica los dos componentes mencionados.<sup>89</sup>

En relación a las características comunes en los diferentes términos utilizados por diferentes autores sobre autopercepción, Epstein (1988) parte del autoconcepto, el cual define como un conjunto de conceptos internamente consistentes y jerárquicamente organizados. Considera el autor, una realidad compleja, integrada

---

<sup>88</sup> Ronald H. Forgas, Lawrence E. Melamed. Percepción Estudio Del Desarrollo Cognoscitivo. Editorial Trillas. Nueva York, EUA, 1989, p. 9

<sup>89</sup> López de Tkachenko Gloria, L de Lameda Belkis. “Análisis de los Constructos Teóricos: Vida Cotidiana, familia, autopercepción, y Motivación”. En Revista Laurus. Núm. 26 Vol. 14, Venezuela, Enero – Abril 2008 p. 251

por diversos auto conceptos más concretos, como el físico, social, emocional y académico; es una realidad dinámica que se modifica con la experiencia, integrando nuevos datos e informaciones y se desarrolla de acuerdo con las experiencias sociales, especialmente con las personas significativas. El mantenimiento de la organización del concepto de sí mismo es esencial para el funcionamiento del individuo, al proporcionarle un sentimiento de seguridad e integridad.<sup>90</sup>

“Según Kalish (1983), autopercepción es la imagen que cada individuo tiene de sí mismo, reflejando sus experiencias y los modos en que estas experiencias se interpretan.”<sup>91</sup>

“Núñez (1998) hace referencia al componente cognoscitivo del autoconcepto como una estructura cognitiva, que contiene imágenes de lo que somos, de lo que deseamos ser y de lo que manifestamos y deseamos manifestar a los demás”.<sup>92</sup>

En cuanto al componente afectivo y evaluativo, o autoestima, el autor opina que cada descripción de uno mismo está cargada de connotaciones emotivas, afectivas y evaluativas, por lo tanto, la autoestima se considera un aspecto o dimensión del autoconcepto.

Otra versión de autopercepción fue desarrollada desde el punto de vista constructivista por Gergen (1991) y Dennett (1991) en su teoría la Multifrenia y la Conciencia como Montaje.

“Según Carreras (2000), Gergen habla de un yo saturado en las múltiples relaciones que establece con los otros; un yo troceado, multifacético, producto de la vertiginosa multiplicación de las comunicaciones de la época actual”.<sup>93</sup>

---

<sup>90</sup> López de Tkachenko Gloria, L de Lameda Belkis. Op cit. p. 252

<sup>91</sup> Ídem

<sup>92</sup> Ídem

<sup>93</sup> Ídem



En sí, Carreras en el concepto de multifrenia evoca la pluralidad de aspectos y la dificultad de concluir un proceso de unificación de la personalidad, o de elaborar una única autoimagen. Agrega, más bien renunciamos a ella y nos aceptamos como personalidades plurales en distintos contextos. Queda, en esta versión, cuestionado el mito de personalidad íntegra.

Por otro lado, la postmodernidad presenta la personalidad versátil. Así, en cada momento, desplegamos unos rasgos del yo que en otros momentos quedan inhibidos o relegados por rasgos competidores. Por ejemplo, en algunos momentos podemos ser sumisos y en otros altivos.<sup>94</sup>

Sin embargo, afortunadamente, uno de los criterios de buena salud mental es el no ser rígidamente monofacético, Carreras (Op cit).

Se considera, que no existe una autoimagen unificada y total, lo único que tenemos siempre son imágenes parciales y momentáneas de nosotros mismos. Es decir, considerado como un constructo, el yo es variado y fragmentado, por presentarse diferente en función de cada experiencia o momento.<sup>95</sup>

“Para Dennett (1991); según su teoría del Montaje, los contenidos de la conciencia serían a cada momento, un montaje de fotogramas de diversa procedencia, originales y retocados, actuales y pasados, a los que intenta dar sentido”.<sup>96</sup>

“En este aspecto, Dennett explica en su teoría, Versiones Múltiples, que no hay un flujo de experiencias internas que la conciencia seleccione en cada momento, garantizando su verdad y su realidad, pues la conciencia no es un espectador de lo que pasa dentro de nosotros, sino un constructor de versiones, que intentan dar sentido a multitud de fotogramas internos”.<sup>97</sup>

---

<sup>94</sup> López de Tkachenko Gloria, L de Lameda Belkis. Op cit. p. 252

<sup>95</sup> Ídem

<sup>96</sup> Íbidem p. 253

<sup>97</sup> Ídem

Por lo tanto, el yo es uno de esos productos, del que constantemente se están produciendo nuevas versiones.

“De acuerdo con las teorías de Autopercepción de Burns (1990), el autoconcepto se interpreta como conceptualización de la propia persona, siendo así considerado como adornado de connotaciones emocionales y evaluativas poderosas, puesto que, las creencias subjetivas y el conocimiento fáctico que el individuo posee, son enormemente personales, intensos y centrales, en grados variables a su identidad única”.<sup>98</sup>

Con respecto a la autoestima y la autovaloración, Burns (ob. cit.), piensa que es el proceso mediante el cual el individuo examina sus actos, sus capacidades y atributos, en comparación a sus criterios y valores personales que ha interiorizado a partir de la sociedad y de los otros significativos, de manera que estas evaluaciones dan una conducta coherente con el autoconocimiento, por lo tanto, este autor ubica el autoconcepto en el ámbito de las actitudes.

En este sentido es importante destacar, que las actitudes se organizan e integran en torno al concepto que uno tiene de sí mismo, y tiene como resultante determinadas maneras de tratar a los demás. En este sentido, la autopercepción influye en relaciones sociales y afectivas estables y los cambios de actitud ocasionados por crítica a la autoimagen, afectan positiva o negativamente las relaciones interpersonales.

La autopercepción en definitiva es determinante para el éxito personal y profesional del individuo; puede ser un factor de perturbación o equilibrio de la personalidad, según sea ésta positiva o negativa.<sup>99</sup>

---

<sup>98</sup> López de Tkachenko Gloria, L de Lameda Belkis. Op cit. p. 253

<sup>99</sup> Ibídem p. 254

En este contexto, el elemento autopercepción en sus múltiples versiones, puede ser abordado como autoimagen, autoconcepto entre otros; pues presentan componentes básicos como son: cognitivos y descriptivos de sí mismos y, autoestima, para denotar aspectos evaluativos-afectivos. Autopercepción, como imagen refleja experiencias y su interpretación. Autopercepción, como autoconcepto es más concreto, referido a lo físico, social, emocional y académico; por consiguiente una pluralidad de aspectos y dificultad de unificación de la personalidad, lo cual nos lleva a la presencia de la multifrenia. Menester es la autoestima y la autovaloración, ya que el individuo se examina en sus actos, en sus capacidades y atributos, para enunciar sus criterios y valores personales que emanan de su interior.<sup>100</sup>

## **2.5 El Poder De La Motivación**

Hasta el momento se han desarrollado en el mundo una cantidad considerable de teorías sobre la motivación. En este sentido, se presenta una selección de las teorías que se consideran relevantes en la investigación.

La motivación es un fenómeno permanente en la vida del ser humano, es una forma de explicar nuestra conducta, por qué actuamos y cuáles son las formas de guiar nuestras acciones hacia las metas que nos proponemos. La mayoría de las corrientes científicas en psicología, definen la motivación como el conjunto de procesos implicados en la activación, dirección y persistencia de la conducta. “Las concepciones modernas de la motivación implican tanto cognición como emoción. (Ames, 1992; Ames y Ames, 1984; Covington, (1984)”.<sup>101</sup>

“Forero (1992) define la motivación como el impulso fundamental que promueve y mantiene una acción. Nos movemos impelidos por la necesidad, por satisfacer

---

<sup>100</sup> López de Tkachenko Gloria, L de Lameda Belkis. Op cit. p. 254

<sup>101</sup> Ibídem 255

carencias o alcanzar logros de naturaleza superior; y nos movemos impulsados por las inexorables exigencias del ambiente”.<sup>102</sup>

“Es Ames (1992) quien llama motivación interna a los motivos inherentes al sujeto que realiza la acción y motivación externa a los impulsos que provienen del exterior del sujeto”.<sup>103</sup>

En referencia al proceso enseñanza aprendizaje, Forero (Op cit.) señala que el estudiante tiene sus motivaciones propias y es incentivado por el docente y el medio circundante; su conducta a su vez, incentiva al profesor quien también tiene sus propias motivaciones.

“Básicamente, la motivación está íntimamente ligada con las necesidades. A través del tiempo, se han clasificado las motivaciones y necesidades básicas del ser humano. Sin embargo, el modelo motivacional de jerarquía de necesidades de Maslow (1967)”,<sup>104</sup> es una de las mas aceptadas debido a que contiene elementos de las corrientes conductista y cognitiva cuando su planteamiento fundamental es que, para satisfacer necesidades de orden superior es necesario tener satisfechas las de orden inferior.

Estas necesidades en orden de prioridad son las siguientes: 1º necesidades fisiológicas, 2º necesidades de seguridad, 3º necesidades de afiliación, 4º necesidades de autoestima, y 5º autorrealización.<sup>105</sup>

Las implicaciones de esta teoría en el proceso de enseñanza y aprendizaje quedan evidenciadas en la necesidad de que en el momento de interpretar el rendimiento académico de un alumno, hay que tomar en cuenta una serie de situaciones que pueden dejarlo anclado en necesidades de tipo inferior. Se puede

---

<sup>102</sup> López de Tkachenko Gloria, L de Lameda Belkis. Op cit. p. 255

<sup>103</sup> Ídem

<sup>104</sup> Ídem

<sup>105</sup> Ídem

mencionar en este sentido, el rechazo social, la inestabilidad en la familia, situación económica precaria o baja autoestima.<sup>106</sup>

“Si son satisfechas tanto las necesidades fisiológicas como las de seguridad, las personas pueden apreciar las relaciones interpersonales amables y las necesidades de amor y pertenencia comienzan a motivar su conducta y de manera subsecuente, comienzan a perseguir su autorrealización, Good y Brophy, (2000)”.<sup>107</sup>

“La teoría de la motivación al logro representada por Atkinson (1964)”,<sup>108</sup> plantea que, la fuerza motivadora de un alumno por conseguir un objetivo académico viene determinada por las siguientes tendencias:

- 1) La motivación viene aumentada después del fracaso en individuos con motivación de logro alta (desean hacerlo mejor).
- 2) La motivación es inhibida después del fracaso entre individuos con motivación baja.
- 3) La motivación es disminuida después del éxito entre individuos con motivación de logro alta (han probado sus habilidades y no tienen necesidad de continuar haciéndolo).
- 4) La motivación es aumentada después del éxito entre individuos con motivación de logro baja (son aliviados de encontrar que son exitosos y desean continuar con esta actividad segura y recompensante).

---

<sup>106</sup> López de Tkachenko Gloria, L de Lameda Belkis. Op cit. p. 256

<sup>107</sup> Ídem

<sup>108</sup> Ídem

## 2.6 Asertividad

Asertividad es la habilidad de expresar tus pensamientos, sentimientos y percepciones, de elegir cómo reaccionar, y de hablar por tus derechos como es apropiado. Esto con el fin de elevar tu autoestima, y de ayudar a desarrollar tu autoconfianza para expresar tu acuerdo o desacuerdo cuando crees que es importante, e incluso pedir a otros un cambio en sus comportamientos ofensivos.<sup>109</sup>

- ***Características de la Persona Asertiva:***<sup>110</sup>

Esta lista aun cuando es bastante amplia no agota las características que describen a las personas asertivas.

Usa el lenguaje de sentimientos

Habla de sí mismo y expresa sus percepciones

Usa el lenguaje de apertura

Acepta y da cumplidos

Utiliza lenguaje claro apropiado

Cuando expresa desacuerdo lo hace con respeto

Pregunta por qué

Es persistente

Evita justificación de cada opinión

Está orientado positivamente en la vida

Juzga respetable tener limitaciones

Tiene alta la autoestima

---

<sup>109</sup> Elizondo Torres Magdalena. Asertividad y Escucha Activa en el Ámbito Académico. Trillas. México, DF 1997, Pág. 120 p.17

<sup>110</sup> *Ibidem* p. 18-19

Se respeta así mismo(a)

Es dueño(a) de su tiempo y de su vida

Reconoce tanto sus áreas fuertes como sus áreas de oportunidad para seguir creciendo como persona.

Tiene una gran confianza para tomar decisiones.

- **Los Derechos Asertivos** <sup>111</sup>

Tengo derecho a ser mi propio juez y valorar mi conducta.

Tengo derecho a hacer cualquier cosa que yo quiera, con tal de no lastimar a otra persona.

Tengo derecho a decir “no se” o a cambiar de parecer.

Tengo derecho a cometer errores y responsabilizarme de ellos.

## **2.7 Salud Mental Positiva**

El interés por desarrollar intervenciones que promuevan el bienestar de las personas no es nuevo. Cualquier intervención psicológica (pero también medica, política, social o tecnológica incluso) probablemente tiene el interés implícito de mejorar la vida de la gente.

Alcanzar y mantener una buena vida puede convertirse en un objetivo profesional legítimo y éticamente deseable entre otras razones porque ése es un objetivo común de la humanidad. No hay nada extraño ni artificial en intentar conseguir que el máximo número de personas disfruten de una buena vida porque ésta es una meta latente en prácticamente cualquier individuo.<sup>112</sup>

---

<sup>111</sup> Elizondo Torres Magdalena. Op cit. p. 22

<sup>112</sup> Vázquez Carmelo, Gonzalo Hervas. Psicología Positiva Aplicada. 2ª edición. Editorial Desclée De Brouwer. España, 2008, p. 18

La OMS nos ha perdido interés en el concepto de Salud y aparece reiteradamente en muchos de sus documentos oficiales. Por ejemplo, en 1986 se efectuó en Ottawa la primera reunión oficial de la OMS sobre promoción de la salud, y en la declaración final se concluyó que:

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o de minusvalía. La salud es un recurso de la vida cotidiana, no el objetivo de la vida. Es un concepto positivo que subraya los recursos sociales y personales así como la capacidades físicas”.<sup>113</sup> (WHO, 1986, Ottawa Charter for Health Promotion).

La salud mental es obviamente algo más que la ausencia de trastornos mentales. Como parte de un esfuerzo pionero que viene realizando el gobierno escocés en los últimos años por introducir estos conceptos en las partes clínicas de su país, se define la salud mental como:

“La resiliencia mental y espiritual que os permite disfrutar de la vida y sobrevivir, la decepción y la tristeza. Es un sentimiento positivo de bienestar y una creencia subyacente en uno mismo y en las propia dignidad de los demás”. Scottish Executive (2005).<sup>114</sup>

La salud mental implica un estado emocional positivo, y un modo de pensar compasivo sobre nosotros mismos y los demás, poseer expectativas de un futuro positivo y, en general un modo adaptativo de interpretar la realidad. Pero también supone disponer de recursos para afrontar adversidades y, aún más importante para desarrollarnos como seres humanos. Todo esto va más allá de lo que un enfoque basado en el déficit puede ofrecer (Díaz, Blanco Horcajo y Valle, 2007).<sup>115</sup>

---

<sup>113</sup> Vázquez Carmelo, Gonzalo Hervas. Op cit. P. 18

<sup>114</sup> Ibídem P. 21

<sup>115</sup> Ibídem p. 22.



Aunque la prevención de problemas y, sobre todo la promoción de salud evidentemente se centran más en aspectos positivos (capacidades, hábitos saludables, recursos etc.), nuestro modo de enfocar las intervenciones pensamiento clínicas, en psicología probablemente también se transformara empleando esta nueva perspectiva. Si estar bien no es sólo dejar de estar mal, necesitaremos desarrollar y utilizar nuevas aproximaciones y estrategias para lograr ese objetivo deseable (Keyes y López, 2002; Costa y López, 2006).<sup>116</sup>

### **2.7.1. Modelos Psicológicos Del Bienestar**

Uno de los aspectos interesantes del modo de Jahoda es que expuso una serie de criterios (más racionales y teóricos que derivados de investigaciones empíricas) que podrían caracterizar un estado de salud positiva. Estos criterios serían aplicables tanto a pacientes con trastornos mentales como a personas sanas.<sup>117</sup>

#### **1.- Actitudes Hacia Sí Mismo**

- Accesibilidad del yo a la conciencia.
- Concordancia yo real – yo ideal.
- Sentido hacia uno mismo (Autoestima)
- Sentido de identidad (Sense Of Identity)

#### **2.- Crecimiento, desarrollo y Auto actualización**

- Motivación general hacia la vida
- Implicación de la vida

---

<sup>116</sup> Vázquez Carmelo, Gonzalo Hervas. Op cit. P. 23

<sup>117</sup> Ibídem p. 24

### **3.- Integración**

- Equilibrio de las fuerzas psíquicas (equilibrio entre el ello, el yo y el superyó o entre los fenómenos psíquicos conscientes, preconscientes e inconscientes).
- Visión integral de la vida
- Resistencia al estrés

### **4.- Autonomía**

- Autorregulación
- Conducta Independiente.

### **5.- Percepción de la realidad**

- Percepción no distorsionada
- Empatía o sensibilidad social

### **6.- Control ambiental<sup>118</sup>**

- Capacidad para amar
- Adecuación en el amor, el trabajo y el juego
- Adecuación en las relaciones interpersonales
- Eficiencia en el manejo de demanda situacionales
- Capacidad de adaptación y ajuste
- Eficiencia en resolución de problemas.

---

<sup>118</sup> Vázquez Carmelo, Gonzalo Hervas. Op cit. P. 24

## 2.7.2 Practicas Saludables Para Estructurar Y Gestionar Los Procesos De Trabajo

“Por ejemplo, el así llamado *Modelo Demandas-Control* (Karasek 1979; Karasek y Theorell, 1990), viene a señalar que el estrés por una parte y el aprendizaje y la motivación por otra, vienen a producirse en los empleados por la combinación específica de dos características básicas del trabajo: demandas psicológicas del puesto, y el control o autonomía en el trabajo, siendo la segunda de ellas un recurso de tarea. De acuerdo con el modelo, los empleados con mayores reacciones de estrés son aquellos que ocupan puestos caracterizados por altas demandas psicológicas y bajo control. Pero existe también una situación completamente opuesta (de bajo estrés) que se manifiesta en empleados que ocupan puestos con bajas demandas psicológicas y alto control.”<sup>119</sup>

De ese modo, las demandas psicológicas y el control afectan a dos mecanismos psicológicos: (1) el estrés laboral, y el (2) aprendizaje y la motivación laboral, en donde tendría cabida la posibilidad de generar trabajo saludable. En general, el mecanismo del estrés laboral (combinación de altas demandas y bajo control).<sup>120</sup>

La propuesta del modelo es que, independientemente del tipo de trabajo, las consecuencias negativas o daños (por ejemplo, malestar psicológico, absentismo, baja del desempeño) y las consecuencias positivas (justo lo contrario) pueden explicarse en función de dos procesos psicológicos diferenciados: proceso de erosión y proceso de motivación.

El primero implica que las altas demandas del trabajo agotan al empleado. Esta situación puede conducir al deterioro de la salud y al absentismo laboral. El segundo es un proceso motivacional, que empieza con la disponibilidad de recursos organizacionales que estimulan el desarrollo personal y la motivación de los empleados y resultados positivos en el trabajo, tales como el compromiso

---

<sup>119</sup> Vázquez Carmelo, Gonzalo Hervas. Op cit. p. 412

<sup>120</sup> Ídem

organizacional, el desempeño de los empleados y una reducción de la intención de abandono.<sup>121</sup>

Warr (1990) ha identificado hasta 9 características o recursos del trabajo que afectan al bienestar psicológico: (1) la claridad de las tareas y el rol laboral, (2) la autonomía en el trabajo, (3) las oportunidades que ofrece el trabajo para el contacto social, (4) la variedad de las tareas, (5) la existencia de información y feedback sobre el trabajo, (6) un salario justo, (7) la seguridad física en el trabajo, (8) que el trabajo sea valorado socialmente, y (9) el apoyo del supervisor.

La confianza puede eliminar barreras para conseguir buenas relaciones interpersonales a largo plazo, comunicación abierta, compartir conocimiento y feedback continuado, que puede facilitar la innovación y la competitividad.

### **2.7.3 Empleados Saludables: La Gestión Del Capital Psicológico Positivo**

Finalmente, el estudio del *capital psicológico positivo* se inicia desde el movimiento de la psicología positiva, y en concreto, en el marco de su aplicación al mundo del trabajo, de las organizaciones y de los recursos humanos. Aquí lo que cuenta son las fortalezas personales y capacidades psicológicas que pueden ser medidas, desarrolladas y gestionadas para conseguir la mejora del funcionamiento organizacional y el desempeño en las organizaciones actuales. “La investigación previa ha identificado que estas características básicas son: la auto eficacia, la esperanza, el optimismo y la resiliencia (luthans y Youssef, 2004; Stanjovik, 2006)”.<sup>122</sup>

---

<sup>121</sup> Vázquez Carmelo, Gonzalo Hervas. Op cit. p. 414

<sup>122</sup> Ibídem p. 418

El capital psicológico positivo aumenta el bienestar psicosocial (el sentirse bien, la satisfacción y la felicidad) facilitando la adaptación a la adversidad, lo cual supone a largo plazo un incremento de la confianza en sí mismo, dando lugar a las espirales positivas o virtuosas. Este tipo de recursos tiene pues efectos beneficiosos tanto para la persona, ya que contribuye a su bienestar y facilita el desarrollo de habilidades, como para el grupo y la organización ya que, finalmente, podríamos hablar de un capital psicosocial compartido entre miembros de las organizaciones.<sup>123</sup>

La autoeficacia se ha definido como las *“creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos que producirán determinados logros o resultados (Bandura, 1997, p. 3)”*.<sup>124</sup>

En primer lugar, influye en la elección de conductas. Se tiende a evitar aquellas situaciones que creemos exceden a nuestras capacidades y elegimos aquellas que somos capaces de dominar.

En segundo lugar, la auto eficacia determina la cantidad de esfuerzo empleado para enfrentarse a los obstáculos, y la cantidad de tiempo o persistencia en tratar de lograr sus objetivos. Bajos niveles de auto eficacia llevan asociados abandonos tempranos, mientras que niveles elevados suponen perseverancia.<sup>125</sup>

En tercer lugar, afecta a nuestros pensamientos y sentimientos de manera que los trabajadores que se consideran poco eficaces exageran la magnitud de sus deficiencias y de las dificultades potenciales del medio.

Es posible concluir que las creencias de auto eficacia influyen, al menos a corto plazo, en otros estados afectivos y motivacionales positivos como la esperanza, el

---

<sup>123</sup> Vázquez Carmelo, Gonzalo Hervás. Op cit. p. 419

<sup>124</sup> Ídem

<sup>125</sup> Ibídem 420

optimismo, la resiliencia y la vinculación (*engagement*) con el trabajo haciéndonos sentir bien (Ver Martínez y Salanova 2006, para una revisión) <sup>126</sup>

- ***La Esperanza***

“Se entiende como un estado motivacional positivo basado en la interacción de tres factores (1) los objetivos, (2) la agencia o control personal sobre el ambiente, y (3) los planes de acción (Synder, Feldman, Taylor, Schroeder y Adams, 2000)”.

<sup>127</sup>

Los trabajadores con altas dosis de esperanza están también motivados para conseguir objetivos a través del desarrollo de planes para conseguir lo que quieren.

- ***El Optimismo***

Es una actitud que induce al trabajador a esperar que le sucedan cosas buenas (Carver y Scheier, 2002). En general una actitud optimista ante situaciones retadoras se relaciona con la confianza y la persistencia en la conducta. Una actitud pesimista hace que las personas se manifiesten dudosas y vacilantes. Estas diferencias tienen consecuencias en la forma de afrontar los cambios, la adversidad y la experiencia de estrés el trabajo.<sup>128</sup>

Con una actitud pesimista se reacciona negando las situaciones.

---

<sup>126</sup> Vázquez Carmelo, Gonzalo Hervas. Op cit. p. 420

<sup>127</sup> Ídem

<sup>128</sup> Ibídem p. 421

- **La Resiliencia**

Que en general se entiende como una fortaleza que se desarrolla ante la adversidad. Metafóricamente se podría representar con las cualidades de los metales: son resistentes y duros ante las agresiones, pero a la vez, son maleables y capaces de adaptarse a nuevas formas. Sería una coraza ante condiciones adversas que además posibilitan la adaptación y la obtención de buenos resultados.<sup>129</sup>

“Luthans (2002a) la define como una capacidad psicológica positiva que rebota la adversidad, incertidumbre, conflicto y fracaso en el trabajo; que supone un cambio positivo, progreso y aumento de responsabilidad. No sería la capacidad para salir ileso de una batalla, sino ser vencedor”.<sup>130</sup>

- **La Vinculación**

“Psicológica en el trabajo (“Work Engagement”), se ha definido como un estado efectivo positivo de plenitud que es caracterizado por el vigor, la dedicación y la absorción o concentración en el trabajo (Schaufeli, Salanova, Gonzalez-Romà y Bakker, 2002, p. 73)”.<sup>131</sup>

Concretamente el vigor se refiere a altos niveles de energía y activación mental en el trabajo, la voluntad y predisposición de invertir esfuerzos y la persistencia, incluso ante las dificultades.

“Esta experiencia positiva se relaciona con la satisfacción y contribuye al estado de bienestar (ver Salanova y Schaufeli, 2004 para una revisión)”.<sup>132</sup>

---

<sup>129</sup> Vázquez Carmelo, Gonzalo Hervas. Op cit. p. 421

<sup>130</sup> Ídem

<sup>131</sup> Ídem

<sup>132</sup> Ídem

## 2.7.4 Resultados Organizacionales Saludables

“Las organizaciones saludables son aquellas que tienen formas y prácticas de estructurar y gestionar los procesos de trabajo que hacen que sus empleados (las personas) se sientan más “saludables”. Por tanto, estas organizaciones generan resultados relacionados con la excelencia organizacional como productos/servicios de alto desempeño, además de mantener excelentes relaciones con el entorno organizacional y la comunidad (Zwetsloot y Pot, 2004)”<sup>133</sup>

Esta cuestión entra dentro de la polémica hipótesis del “trabajador productivo y feliz” (“Happy Productive worker”), esto es, si los trabajadores satisfechos y que manifiestan bienestar en el trabajo son también más productivos.

Los altos niveles de auto eficacia hacen que las personas tengan éxito en su trabajo, y éste a su vez incrementan los niveles de auto eficacia cuando el empleado percibe que el éxito en su trabajo se debe gran parte a su esfuerzo y ejecución.

“También Harter, Schmidt y Hayes (2002) realizaron un gran estudio con 7.939 unidades de negocio de 36 empresas y encontraron la que la vinculación psicológica de los empleados estaba relacionada con la satisfacción del cliente, los beneficios de la empresa, la productividad, la rotación de puestos y la seguridad laboral”.<sup>134</sup>

Finalmente las organizaciones saludables cuidan no sólo de las relaciones entre los empleados y dirección dentro de la propia organización, sino también de las *reacciones de la organización como un todo: con su ambiente extra-organizacional con la comunidad cercana y con la sociedad en general.*<sup>135</sup>

---

<sup>133</sup> Vázquez Carmelo, Gonzalo Hervas. Op cit. p. 421

<sup>134</sup> Ibídem p. 425

<sup>135</sup> Ídem



Ahora bien parece desprenderse de este trabajo que el punto esencial que caracteriza a las organizaciones saludables es la salud de los empleados, pero también el buen funcionamiento de la organización en cuanto a sus beneficios económicos y sociales.

Las organizaciones saludables se entienden como aquellas que tienen formas prácticas de estructurar y gestionar los procesos de trabajo que hace que sus empleados (las personas) se sientan más saludables.

La organización saludable se caracteriza por tener prácticas saludables de estructurar y gestionar los procesos de trabajo que influirán en el desarrollo de empleados saludables y resultados organizacionales saludables.<sup>136</sup>

---

<sup>136</sup> Vázquez Carmelo, Gonzalo Hervas. Op cit. p. 427

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1 VARIABLES E INDICADORES**

##### **3.1.1 Variables Dependientes**

###### **3.1.1.1 Presión Arterial**

**Definición operacional.** La fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales, que resulta de la función de bombeo del corazón, volumen sanguíneo, resistencia de las arterias al flujo, y diámetro del lecho arterial.

**Indicador.** mmHg

**Definición.** Signos característicos que dan margen de referencia para identificar características del estado de salud.

**Dimensión.** (Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial)

Presión arterial óptima: <120/80 mm de Hg

Presión arterial normal: 120-129/80 - 84 mm de Hg

Presión arterial normal alta: 130-139/ 85-89 mm de Hg

**Ítems.** Ficha de identificación

T/A: \_\_\_\_\_ mmHg

###### **3.1.1.2. Glicemia Capilar**

**Definición operacional.** Determinación de glucemia a partir de una gota de sangre capilar, utilizando tiras reactivas y glucómetro

**Indicador.** mg/dl

**Definición.** Signos característicos que dan margen de referencia para identificar características del estado de salud.

**Dimensión.** (Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes)

Glucemia postprandial de 2 h. (mg/dl)

Bueno <140

Regular <200

Malo >240

**Ítems.** Ficha de identificación.

Glicemia Capilar: \_\_\_\_\_

### **3.1.1.3 Auto percepción**

**Definición operacional.** Conducta que va ligada a la socialización, que permite verse a sí mismo como a la realidad que los rodea.

**Indicador.** Autoestima

**Definición.** Conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos

**Dimensión.** Escala Likert

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

Ni acuerdo ni desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

**Indicador.** Asertividad

**Definición.** Comportamiento comunicacional maduro en el cual la persona no agrade ni se somete a la voluntad de otras personas, sino que manifiesta sus convicciones y defiende sus derechos

**Dimensión.** Escala Likert

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

Ni acuerdo ni desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

**Ítems.** \* Satisfacción

10 Estoy satisfecho laboral y profesionalmente.

\* Autoestima, Asertividad

11. Considero que mi autoestima y asertividad siempre se encuentran en niveles óptimos.

\* Interés Por La Salud.

1. Considero que mi estado de salud es el óptimo

15. El interés por mi estado de salud me permite mantenerme fuera de problemas de salud o enfermedades.

### 3.1.2 Variable Independiente

#### 3.1.2.1. Datos Personales

**Definición operacional.** Se refiere a la información que puede usarse para identificar a una persona.

**Indicador.** Sexo

**Definición.** Conjuntó de características biológicas que diferencian al hombre de la mujer.

**Ítems.** \* Ficha de identificación.

Sexo: ( ) F ( ) M

**Indicador.** Estado Civil

**Definición.** Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

**Ítems.** Ficha de identificación.

Estado Civil: \_\_\_\_\_

**Indicador.** Edad:

**Definición.** Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo

**Ítems.** \* Ficha de identificación.

Edad: \_\_\_\_\_ años

**Indicador.** Grado máximo de estudios

**Definición.** Es una distinción dada por alguna institución educativa, generalmente después de la terminación exitosa de algún programa de estudios.

**Ítems.** \* Ficha de identificación.

Grado máximo de estudios: \_\_\_\_\_

### **3.1.2.2. Autocuidado**

**Definición operacional.** El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

**Indicador.** Actividad física

**Definición.** Conjunto de movimientos del cuerpo obteniendo como resultado un gasto de energía, a veces se utiliza como sinónimo de ejercicio físico.

**Dimensión.** No

Si

**Ítems.** \* Actividad física

3 ¿Realiza alguna actividad física para mantener la tonicidad muscular?

**Indicador.** Alimentación

**Definición.** Consiste en la obtención, preparación e ingestión de alimentos. Son aquellos elementos necesarios para el bienestar de una persona.

**Dimensión.** Si

No

**Ítems.** \* Cantidad y calidad de alimentos.

2 ¿Cuida la cantidad y calidad de los alimentos que ingiere?

\* Peso

4 ¿Mantiene Su peso dentro de los límites estandarizados?

**Indicador.** Bienestar humano:

**Definición.** Conjunto de factores que participan en la calidad de la vida de la persona y que hacen que su existencia posea todos aquellos elementos que dé lugar a la tranquilidad y satisfacción.

**Dimensión.** Si

No

**Ítems.** \* Consumo de tabaco

5 ¿Fuma?

\* Control médico

6 ¿Lleva un Control Ginecológico?

7 ¿Hacen auto exploración de mama?

8 ¿Hace detección de cáncer prostático?

\* Consumo de narcótico

11 ¿Consume algún narcótico?

\* Consumo de alcohol

12 ¿Consume alcohol?

\* Enfermedades crónico –degenerativas

14 Tiene alguna enfermedad crónica degenerativa u otra como Diabetes, HAS?

**Indicador.** Interacción social:

**Definición.** Fenómeno básico mediante el cual se establece la influencia social que recibe todo individuo.

**Dimensión.** Escala Likert

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

Ni acuerdo ni desacuerdo

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

**Ítems.** Satisfacción laboral-profesional

9 Estoy satisfecho laboral y profesionalmente

## **3.2. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION**

### **3.2.1. Tipo**

Se trata de un estudio de corte cuantitativo, cualitativo lo que conlleva a una investigación analítica, no experimental, transversal, descriptiva y exploratorio, ya que se pretende dar a conocer cuáles son las prácticas de autocuidado del personal de enfermería del Área de Agudos del CENIAQ del INR y la relación con el estado de salud.

El enfoque se hace sobre conclusiones dominantes, se trabajo sobre realidades de hechos, con la característica fundamental se presenta una interpretación correcta.



### **3.2.2. Diseño**

Es estudio se llevó a cabo en tres etapas: En la primera se hizo el análisis documental del estado del arte en materia de las prácticas de autocuidado que realiza el personal de enfermería. Asimismo, respecto a las alteraciones a la salud en el personal que labora en servicios de atención a personas en estado crítico de salud.

En la segunda etapa se diseñó el instrumento para la recolección de los datos considerando indicadores para cada una de las variables de estudio. Se aplicó una prueba piloto y posteriormente se realizó su aplicación general.

En la última etapa, se concentró la información obtenida en una base de datos que permitió elaborar de manera eficiente el análisis e interpretación de los resultados. Se elaboró el reporte final de la investigación.

#### **3.2.2.1. Universo De Estudio**

Está constituido por los 28 Profesionales de enfermería que labora en el servicio de Agudos del Centro Nacional de Investigación y Atención al Quemado del Instituto Nacional de Rehabilitación.

#### **3.2.2.2. Selección Y Tamaño De La Muestra**

Muestra no probabilística, ya que el subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación.

▪ ***Criterios De Inclusión***

Se aplicará el instrumento al personal que cumpla con los siguientes criterios:

- Participación voluntaria.
- Que acudan a laborar el día en el que sea aplicado el instrumento.
- Que contesten completamente el instrumento.
- Que pertenezcan al área de Agudos Del CENIAQ.
- Que acepten se les tome una muestra de Glicemia capilar y la medición de la tensión arterial.

▪ ***Criterios de Exclusión***

- Personal de enfermería que no dé su consentimiento para la aplicación del instrumento.
- Que no haya asistido a laborar el día de la aplicación del instrumento.
- Que no hayan contestado en su totalidad la encuesta.

▪ ***Descripción del instrumento para la recolección de datos.***

Intrumento: Practicas de autocuidado practicadas por los profesionales de enfermería.

Es una escala de autoreporte dirigida a cuantificar la frecuencia con que el personal de enfermeria emiten conductas de autocuidado (ver anexo). Consta de 15 items, de los cuales 9 representan conductas de autocuidado (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11 y 12) cuatro concentran condiciones de autopercepcion (1, 9, 10 y 15) y dos exploratorias con opcion a responder de forma abierta (13 y 14).

El personal de enfermería encuestado debe indicar si realiza o no las conductas de autocuidado, en cuanto a la autopercepción el grado de acuerdo sobre estas y en las exploratorias escribir lo más acorde.

En la ficha de identificación se agregó un apartado para la Glicemia capilar y la Presión Arterial, datos que serán recolectados de forma directa por el investigador. Y los ítems restantes de forma indirecta (encuesta) para aumentar el grado de confiabilidad.

### **3.2.2.3. Recursos**

- ***Recursos Humanos***

Pasante de La Licenciatura de Enfermería y Obstetricia.

Asesor de Tesis.

- ***Recursos Materiales***

Fuentes para el Acceso de la información (Libros, Revistas, Documentos, Tesis)

Equipo de cómputo (Paquetería, internet, impresora)

Artículos de papelería Y Escolares (Hojas bond tamaño carta, folders, lápices, plumas, marca Textos, grapas, engrapadora, clips, sobres, discos para grabar, cartuchos de impresión)

Equipo biomédico (Baumanómetro, glucómetro, tiras reactivas, lancetas)

- ***Recursos Financieros***

Costos sustentados por el investigador.

\$ 2150.00 M.N.

### **3.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS**

#### **3.3.1. Fichas de trabajo**

Mediante las fichas de trabajo fue posible recopilar la información necesaria para la elaboración del marco teórico, en cada ficha se anota la información del marco teórico conceptual y del referencial, de tal forma que se pudo clasificar y ordenar la tendencia de los autores en torno al modelo conceptual del Autocuidado y las características psicológicas de la autopercepción, asertividad, autoestima entre otras.

#### **3.3.2 Observación**

Por medio de este examen, se identificaron las diferentes prácticas de autocuidado llevadas a cabo por el departamento de enfermería, tomando en cuenta características y comportamiento dentro del servicio de Agudos del CENIAQ-INR.

Se llevo a cabo la observación directa a fin de contemplar todos los aspectos inherentes a su comportamiento y características dentro de este campo.

#### **3.3.3 Cuestionario**

Es este documento es en el cual se recopiló la información por medio de preguntas concretas abiertas y cerradas, se aplicó con el propósito de conocer la opinión acerca de las prácticas de autocuidado por parte del personal de enfermería del CENIAQ-INR.

#### **4. PARA LA RECOLECCION DE DATOS PROCESO**

Se realizó la observación para la elaboración del instrumento. Se llevó a cabo la prueba piloto que se utilizó como prueba inicial para finalizar las preguntas y el formato del cuestionario, evaluando la idoneidad del cuestionario, y calcular la extensión y el tiempo necesario para completarla (se aplicaron 3 cuestionarios).

Posteriormente se procedió a la aplicación del instrumento para identificar las prácticas de autocuidado de los profesionales de enfermería que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se concentró la información y se llevó a cabo el vaciado de los datos.

Utilizando el programa computacional Excel para la elaboración de tablas de identificación de variables, análisis de frecuencia, a su vez se utilizó una estadística descriptiva, Se utilizaron gráficas de forma circular 3D, con porcentajes como escala nominal aplicación de medidas de tendencia central, (media, moda y mediana).

## 5. RESULTADOS

Cuadro 1

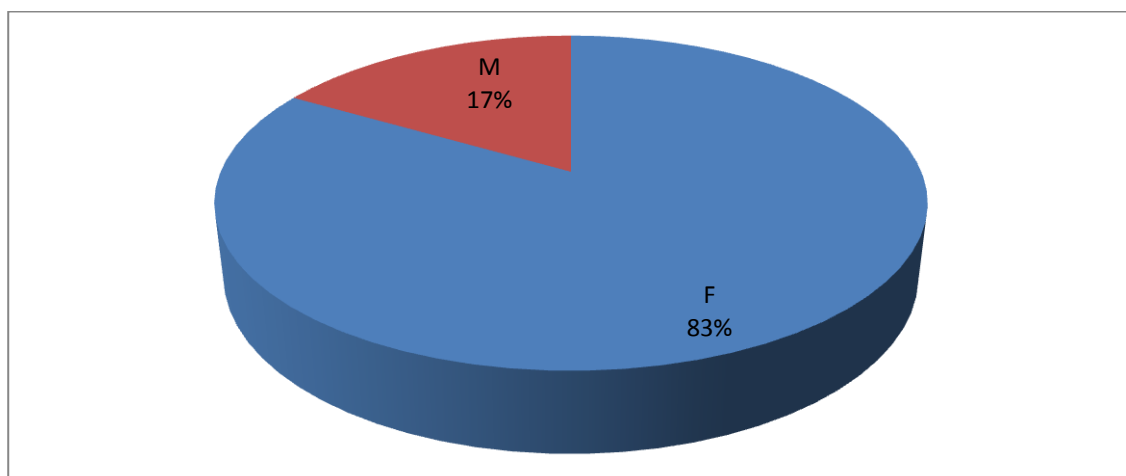
Sexo del personal del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012

Sexo	Frecuencia Observada	Porcentaje
Femenino	15	83%
Masculino	3	17 %
Total	18	100 %

Fuente: Encuestas realizadas al personal del servicio agudos del CENIAQ - INR

Grafica 1

Sexo del Personal del Servicio de Agudos Del CENIAQ-INR Julio 2012



**Descripción.-** En cuanto al sexo del personal de Enfermería encuestado el 83% (15) corresponde al Femenino y el 17% (3) al Masculino.

## Cuadro 2

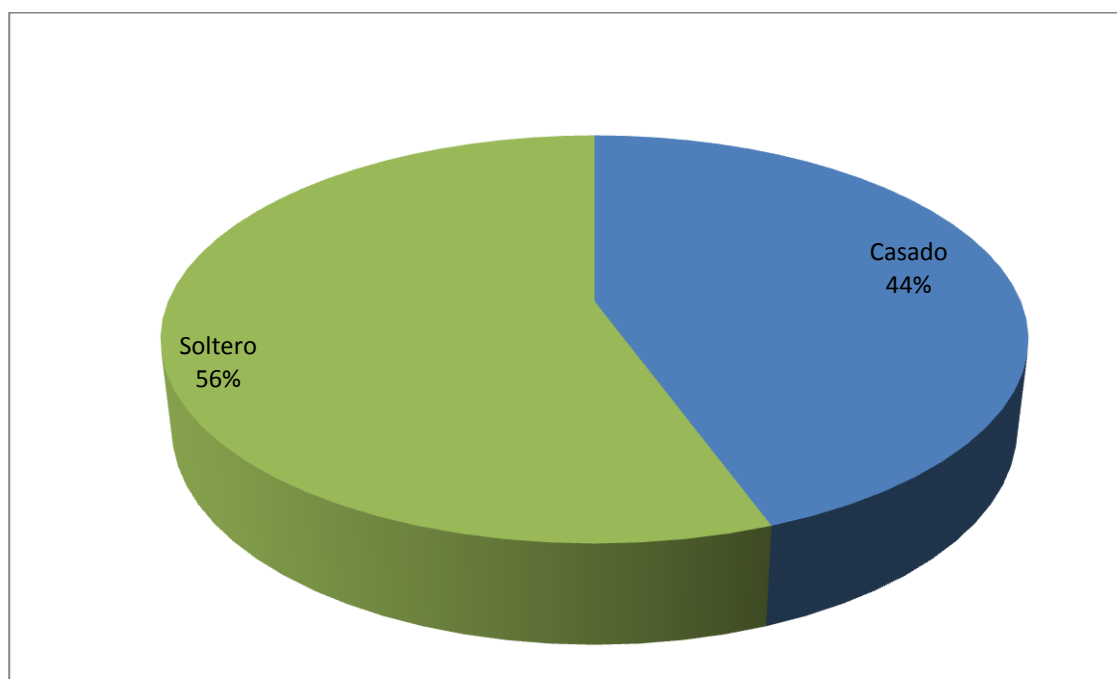
### Estado Civil del personal del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012

Estado Civil	Frecuencia Observada	Porcentaje
Casado	8	44 %
Soltero	10	56 %
Total	18	100 %

Fuente: Misma del cuadro 1

## Grafica 2

### Estado Civil del personal del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012



**Descripción.-** Respecto al estado civil el 56% (10) son solteros y el 44% (8) casados.

### Cuadro 3

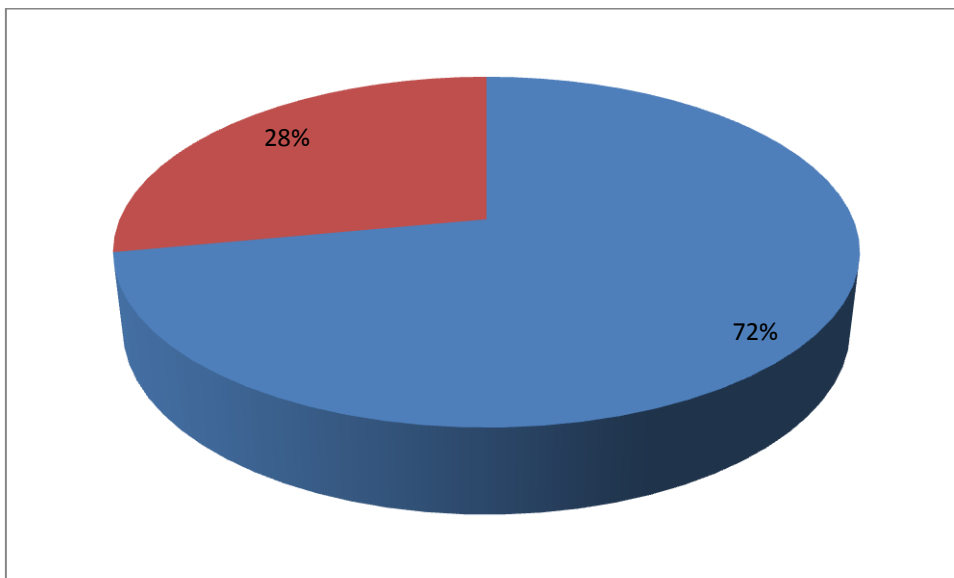
#### Edad del personal del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012

Edad	Frecuencia Observada	Porcentaje
25 a 29 Años	13	72 %
30 a 35 Años	5	28 %
Total	18	100 %

Fuente: Misma del cuadro 1

### Grafica 3

#### Edad del personal del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012



**Descripción.-** Respecto a la edad del personal encuestado, el 50% (9) corresponde al intervalo de 29 a 31 años, el 17% (3) al de 32 a 35 años y 33% (6) está en el de 25 a 28 años.



#### Cuadro 4

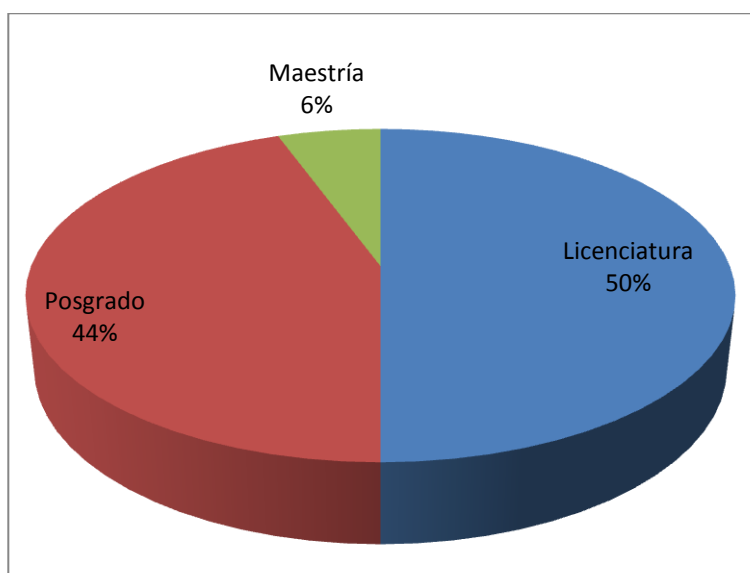
##### Grado Máximo de Estudios del personal del Servicio de Agudos del CENIAQ- INR, Julio 2012

Grado Máximo	Frecuencia Observada	Porcentaje
Licenciatura	9	50 %
Posgrado – Especialidad	8	44 %
Posgrado – Maestría	1	6 %
Total	18	100 %

Fuente: Misma del cuadro 1

#### Grafica 4

##### Grado Máximo de Estudios del personal del Servicio de Agudos del CENIAQ- INR, Julio 2012



**Descripción.-** En cuanto al grado máximo de estudios se encontro que los profesionistas cuentan con la licenciatura en un 50% (9), para el posgrado con especialidad 44% (8) y con Maestría apenas un 6% (1).

### Cuadro 5

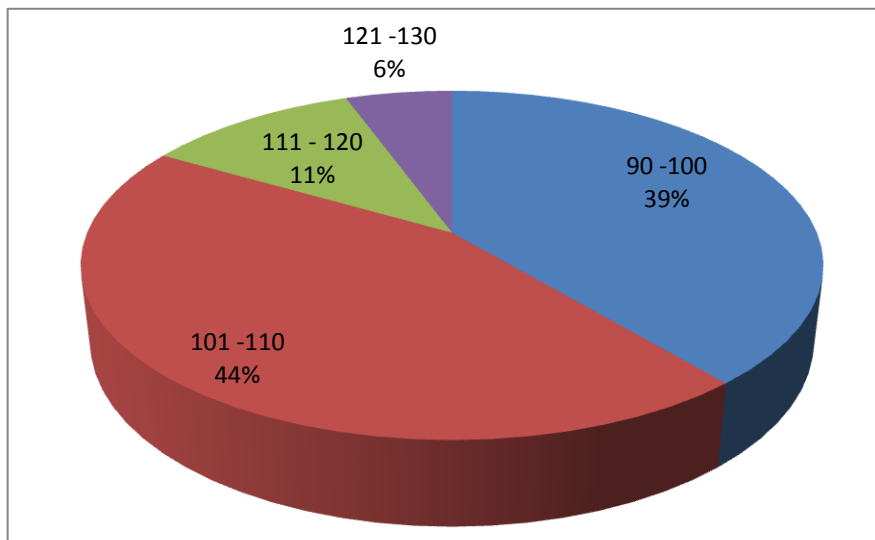
#### Niveles de Glicemia Capilar encontrados en el personal del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012

Niveles de Glicemia Capilar	Frecuencia Observada	Porcentaje
90 – 100 mg/dl	7	39 %
101 – 110 mg/dl	8	44 %
111 -120 mg/dl	2	11 %
121 – 130 mg/dl	1	6 %
Total	18	100 %

Fuente: Misma del cuadro 1

### Grafica 5

#### Niveles de Glicemia Capilar encontrados en el personal del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012



**Descripción.** Para los rangos de Glicemia capilar, 90–100 mg/dl corresponde al 39 % (7), un 44 % (8) oscilan entre 101-110 mg/dl, el 11% (2) representa el rango de 110–120 mg/dl y un 6% (1) para 121-120 mg/dl.

### Cuadro 6

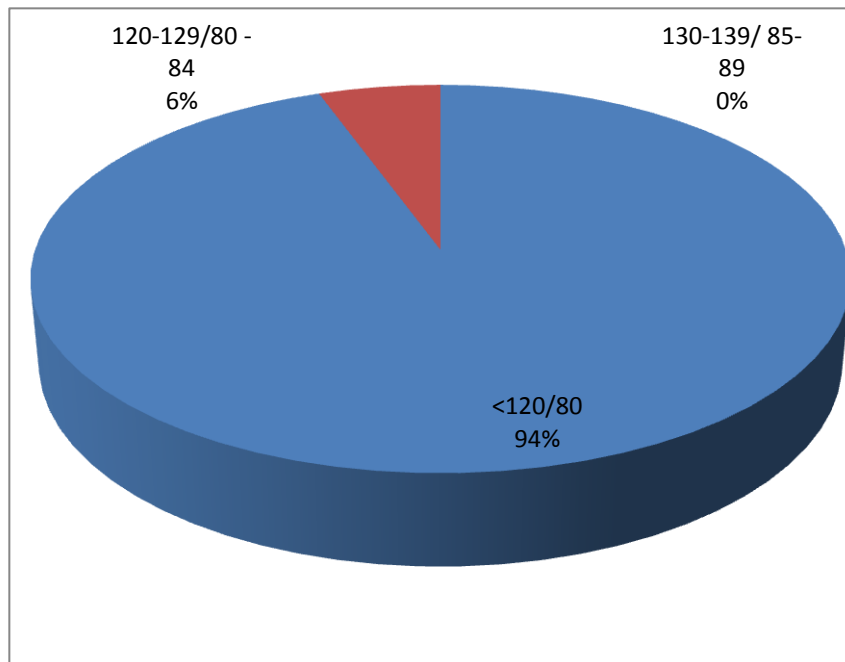
#### Cifras de Presión arterial del personal del Servicio de Agudos del CENIAQ- INR por rangos según la NOM-030-SSA2-1999, Julio 2012

Cifras de Presión Arterial	Frecuencia Observada	Porcentaje
<120/80 mm Hg	17	94 %
120-129/80 – 84 mm Hg	1	6 %
Total	18	100 %

Fuente: Misma del cuadro 1

### Grafica 6

#### Cifras de Presión arterial del personal del Servicio de Agudos del CENIAQ- INR-por rangos según la NOM-030-SSA2-1999, Julio 2012



**Descripción.** El 94% (17) de los encuestados registro cifras de presión arterial dentro del rango de <120/80 mm Hg y un 6% (1) en el de 120-129/80– 84 mm Hg.

### Cuadro 7

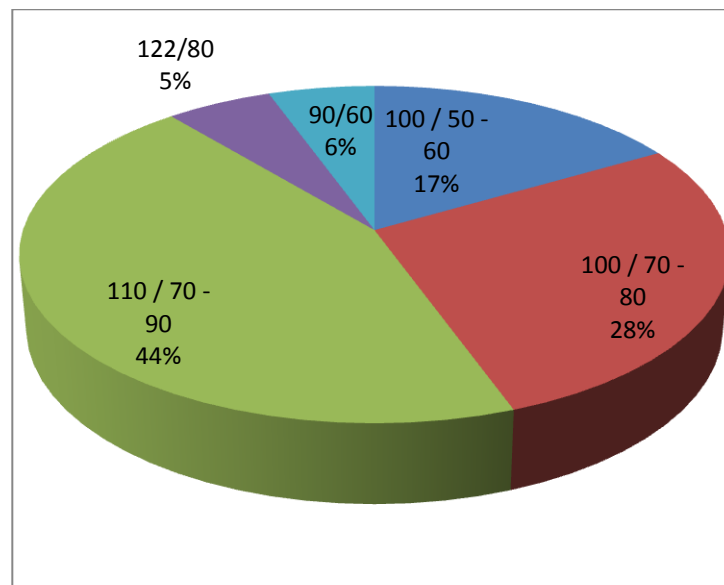
#### Cifras de Presión Arterial obtenidas en el personal del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012

Cifras de Presión Arterial	Frecuencia Observada	Porcentaje
90/60 mmHg	1	16%
100/50–60 mmHg	3	17%
100/70-80 mmHg	5	28%
110/70–90 mmHg	8	44%
122/80 mmHg	1	6%
Total	18	100%

Fuente: Misma del cuadro 1

### Grafica 7

#### Cifras de Presión Arterial obtenidas en el personal del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012



**Descripción.** La mayoría de los encuestados resultaron hipotensos dentro del rango de 100/50–60 mm Hg 17% (3), 28% (5) 100/70–80 mm Hg, 110/70-90 mm Hg 44% (8), un 6% (1) para 122/80; finalmente 90/60 mm Hg con este 6% (1)

### Cuadro 8

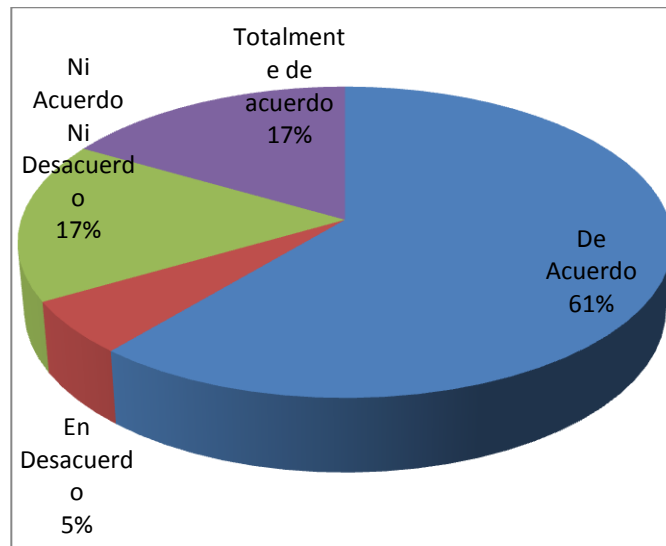
#### Percepcion de estado salud óptimo por el personal del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012

Percepción de estado de salud óptimo	Frecuencia Observada	Porcentaje
De Acuerdo	11	61%
En Desacuerdo	1	6%
Ni En Acuerdo Ni En Desacuerdo	3	17%
Totalmente de Acuerdo	3	17%
Total	18	100%

Fuente: Misma del cuadro 1

### Grafica 8

#### Percepcion de estado salud óptimo por el personal del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012



**Descripción.** El 61% (11) de los enfermeros esta De Acuerdo con que su estado de salud es el óptimo, un 17% (3) En Desacuerdo, al igual que Totalmente de acuerdo con otro 17% (3) y la opcion Ni De Acuerdo, Ni En Desacuerdo con el 6% (1).

### Cuadro 9

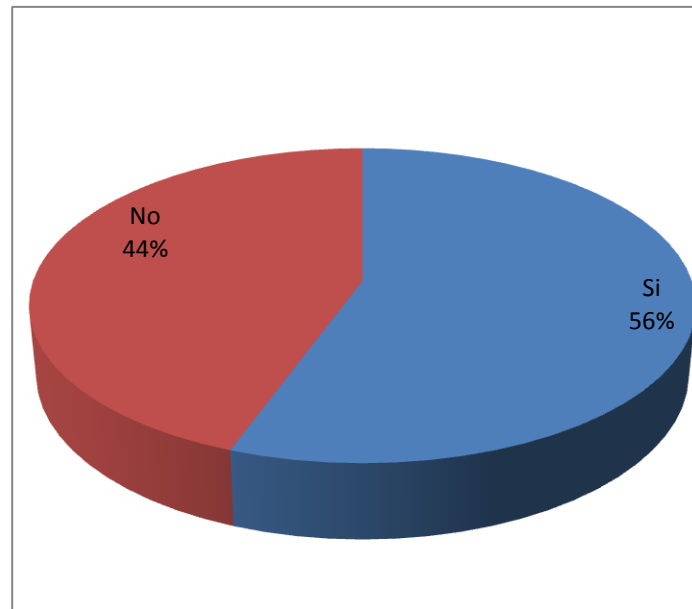
#### Cuidado en la cantidad y calidad de los alimentos que ingiere el personal de enfermería del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012

Cuidado en la Cantidad y Calidad en los Alimentos que Ingiere	Frecuencia Observada	Porcentaje
Si	10	56%
No	8	44%
Total	18	100%

Fuente: Misma del cuadro 1

### Grafica 9

#### Cuidado en la cantidad y calidad en los alimentos que ingiere el personal de enfermería del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012



**Descripción.** Del 100% (18) de los encuestando un 56% (10) cuidan en cantidad y calidad los alimentos que ingieren y un 44% (8) no lo hacen.

### Cuadro 10

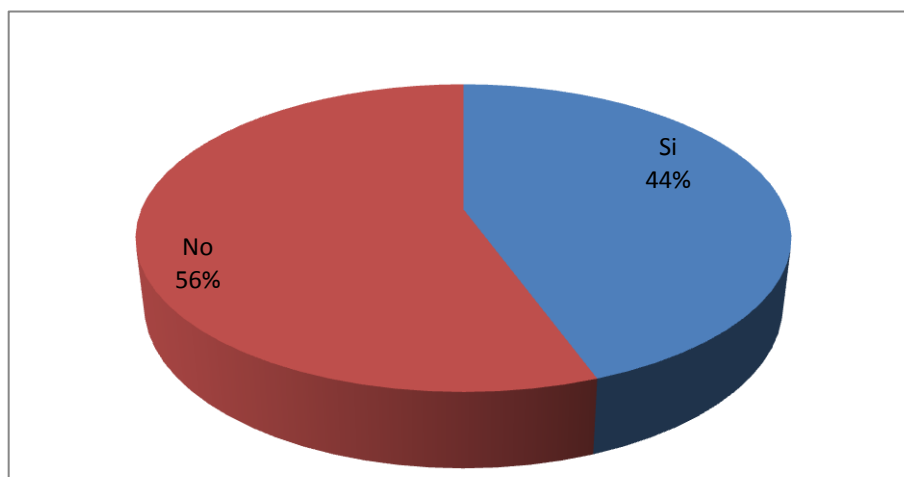
**Personal de enfermería del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR que realiza alguna actividad física para mantener la tonicidad muscular, Julio 2012**

Realiza Alguna Actividad Física	Frecuencia Observada	Porcentaje
Si	8	44%
No	10	56%
Total	18	100%

Fuente: Misma del cuadro 1

### Grafica 10

**Personal de enfermería del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR que realiza alguna actividad física para mantener la tonicidad muscular, Julio 2012.**



**Descripción.** El 56% (10) de los profesiones No realizan actividad física y un 44% (8) la llevan a cabo.

### Cuadro 11

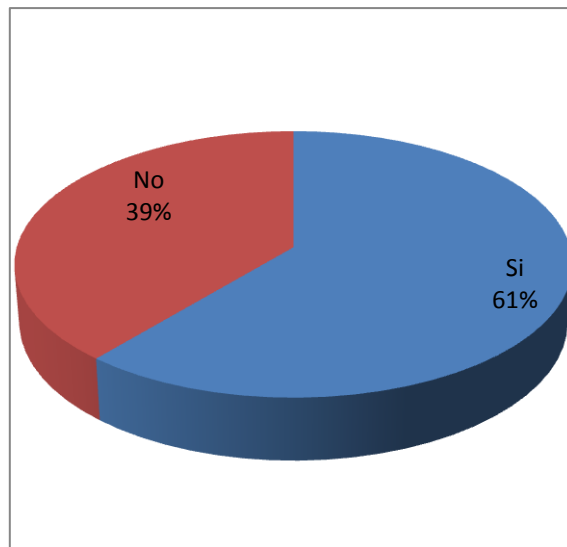
#### Peso corporal del personal de enfermería del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012

Peso corporal dentro de Límites Estandarizados	Frecuencia Observada	Porcentaje
Si	11	61 %
No	7	39 %
Total	18	100 %

Fuente: Misma del cuadro 1

### Grafica 11

#### Peso corporal del personal de enfermería del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012



**Descripción.** Un 61% (11) de los enfermeros mantienen su peso dentro de los límites y un 39% (7) no logra hacerlo.



## Cuadro 12

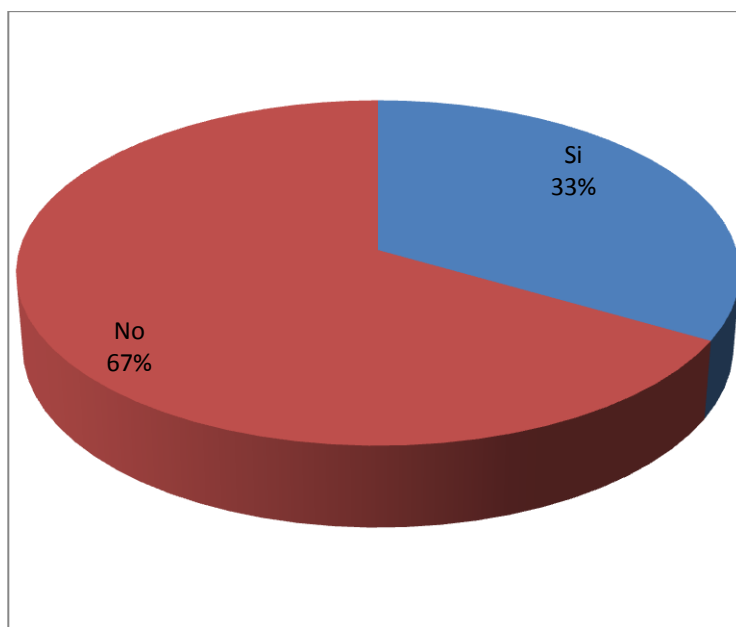
### Consumo de tabaco por el personal de enfermería del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012.

Consume Tabaco	Frecuencia Observada	Porcentaje
Si	6	33 %
No	12	67 %
Total	18	100 %

Fuente: Misma del cuadro 1

## Grafica 12

### Consumo de tabaco por el personal de enfermería del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR Julio 2012



**Descripción.** 33% (6) de los encuestados son fumadores activos y el 67% (12) no realiza esta práctica.

### Cuadro 13

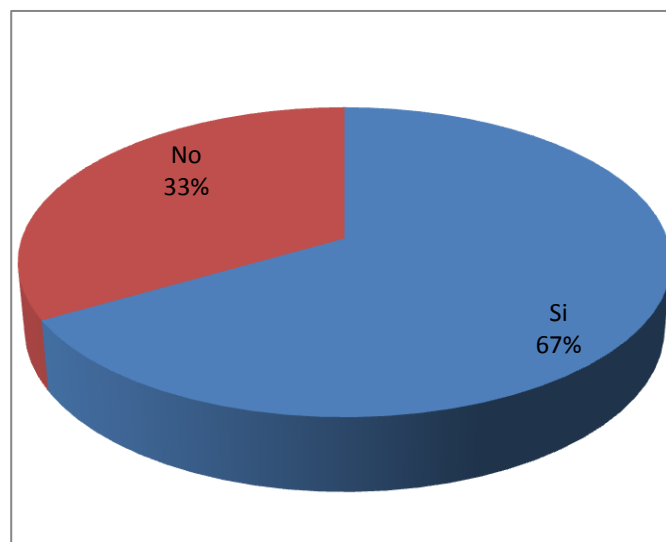
#### Personal de enfermería del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR que acude a control ginecológico, Julio 2012.

Control Ginecológico	Frecuencia Observada	Porcentaje
Si	10	67 %
No	5	33 %
Total	15	100 %

Fuente: Misma del cuadro 1

### Grafica 13

#### Personal de enfermería del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR que acude a control ginecológico, Julio 2012.



**Descripción** 67% (10) acude a control ginecológico y el 33% (5) niega acudir a dicha práctica.

**Cuadro 14**

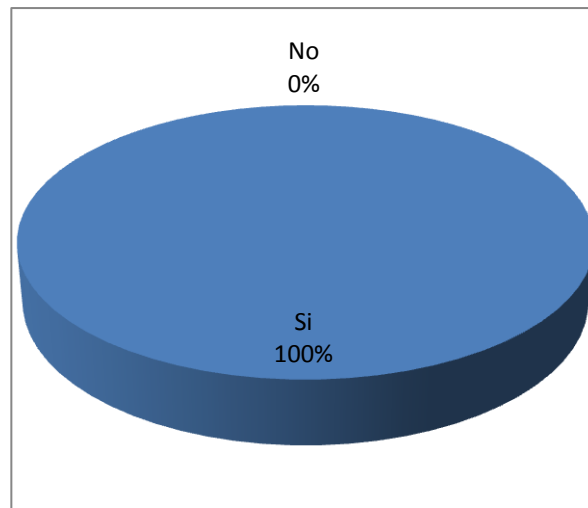
**Personal femenino de enfermería del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR  
que se realizan autoexploración de mama, Julio 2012.**

Autoexploración de Mama	Frecuencia Observada	Porcentaje
Si	15	100 %
No	0	0 %
Total	15	100 %

Fuente: Misma del cuadro 1

**Grafica 14**

**Personal femenino de enfermería del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR  
que se realizan autoexploración de mama, Julio 2012.**



**Descripción.** Para la autoexploracion de mama el 100% (18) de las encuestadas aseguran realizarla.

**Cuadro 15**

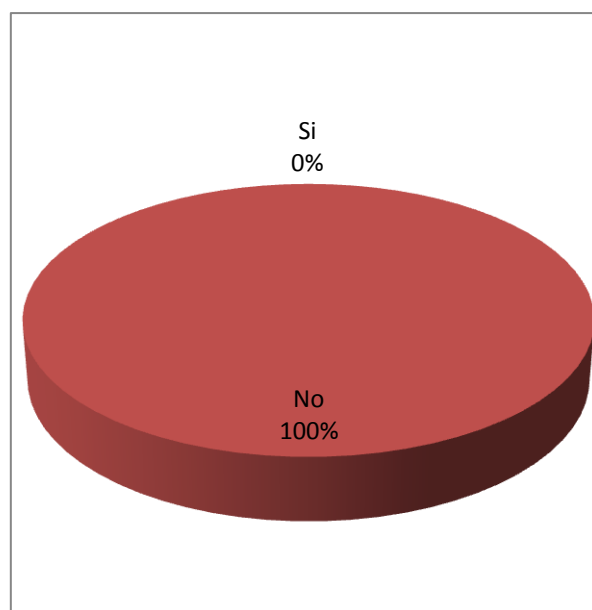
**Personal Masculino de enfermería del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR  
que se ha realizado la detección de cáncer prostático, Julio 2012.**

Llevan a cabo detección de Cáncer Prostático	Frecuencia Observada	Porcentaje
Si	0	0 %
No	3	100 %
Total	3	100 %

Fuente: Misma del cuadro 1

**Grafica 15**

**Personal Masculino de enfermería del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR  
que se ha realizado la detección de cáncer Prostático, Julio 2012.**



**Descripción.** El 100% (3) de los varones encuestados ninguno se ha realizado detección de cáncer prostático.

**Cuadro 16**

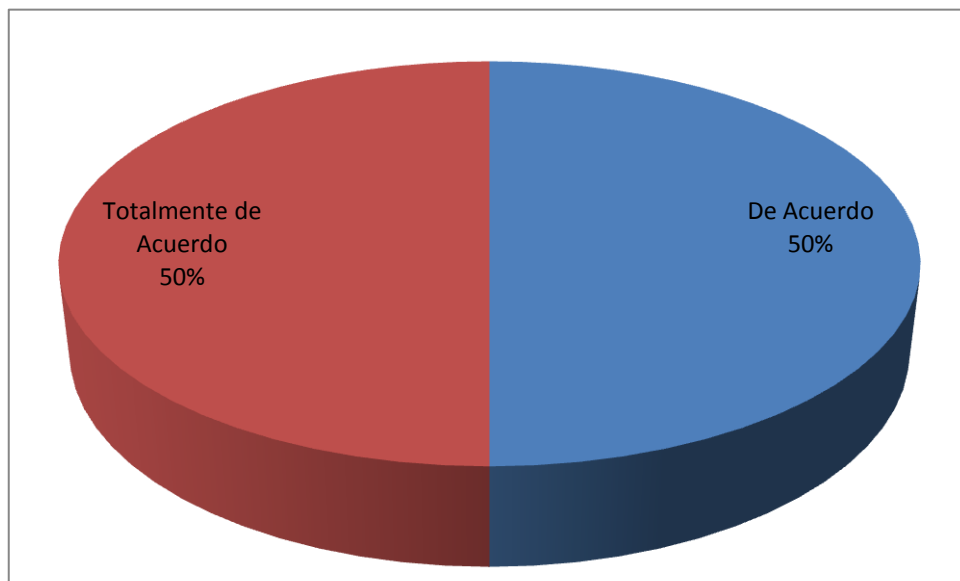
**Satisfacción laboral y profesional del personal de enfermería del  
Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012.**

Satisfacción Laboral y Profesional	Frecuencia Observada	Porcentaje
De Acuerdo	9	50%
Totalmente de Acuerdo	9	50%
Total	18	100%

Fuente: Misma del cuadro 1

**Grafica 16**

**Satisfacción Laboral y Profesional del personal de enfermería del  
Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012.**



**Descripción.** En la satisfacción laboral y profesional un 50% (9) esta Totalmente de Acuerdo y el restante 50% (9) Solo esta de Acuerdo.

**Cuadro 17**

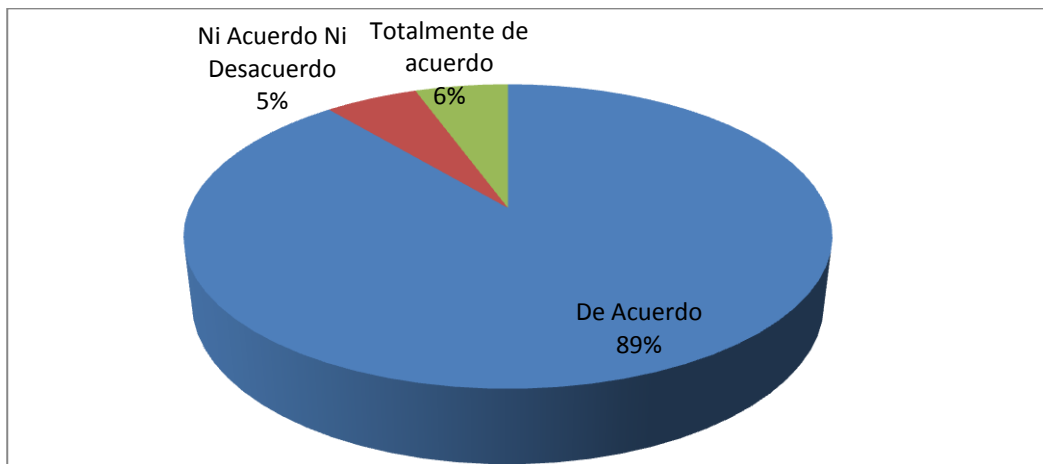
**Percepción de autoestima y asertividad en niveles óptimos del personal de enfermería del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012.**

Percepción de Autoestima y Asertividad en Niveles Óptimos	Frecuencia Observada	Porcentaje
De Acuerdo	16	89%
Ni Acuerdo Ni Desacuerdo	1	6%
Totalmente de acuerdo	1	6%
Total	18	100%

Fuente: Misma del cuadro 1

**Grafica 17**

**Percepción de Autoestima y Asertividad en Niveles Óptimos del personal de enfermería del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012.**



**Descripción.** El 89% (16) de los encuestados están de acuerdo en que es óptima su autoestima y asertividad; un 6% (1) ni en acuerdo ni en desacuerdo y el restante 6% (1) está Totalmente de acuerdo.

### Cuadro 18

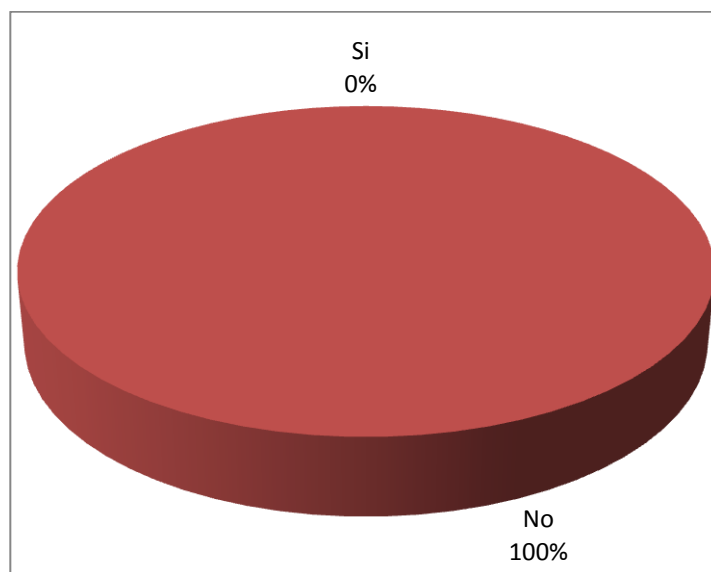
#### Consumo de algún tipo de narcótico por el personal de enfermería del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012.

Consumo de Algún tipo de Narcótico	Frecuencia Observada	Porcentaje
Si	0	0 %
No	18	100 %
Total	18	100 %

Fuente: Misma del cuadro 1

### Grafica 18

#### Consumo de Algún tipo de narcótico por el personal de enfermería del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012.



**Descripción.** El 100% (18) de los encuestados asevera no consumir ningun tipo de narcótico.

**Cuadro 19**

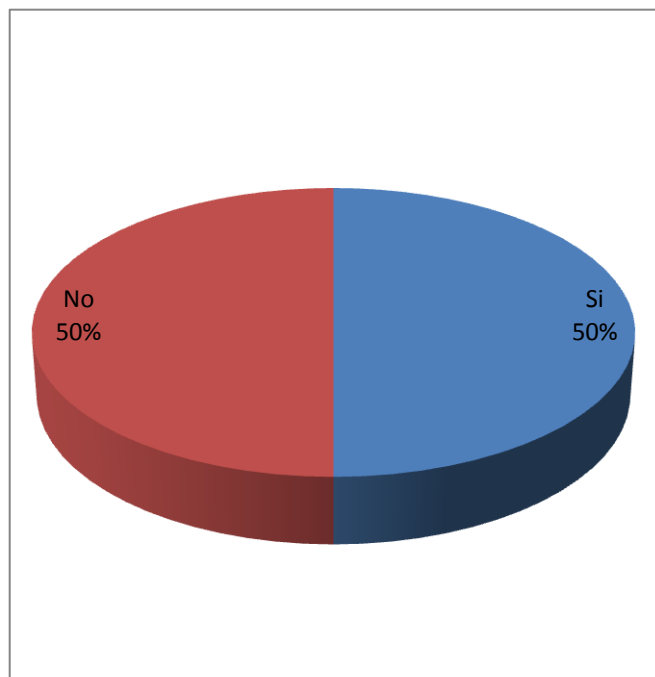
**Ingesta de Bebidas Alcohólicas por el personal de enfermería del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012.**

Ingesta de Bebidas Alcohólicas	Frecuencia Observada	Porcentaje
Si	9	50 %
No	9	50 %
Total	18	100 %

Fuente: Misma del cuadro 1

**Grafica 19**

**Ingesta de Bebidas Alcohólicas por el personal de enfermería del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012.**



**Descripción.** El 50% (9) de los encuestados ingiere bebidas alcohólicas y el 50% (9) no lo hace.



### Cuadro 20

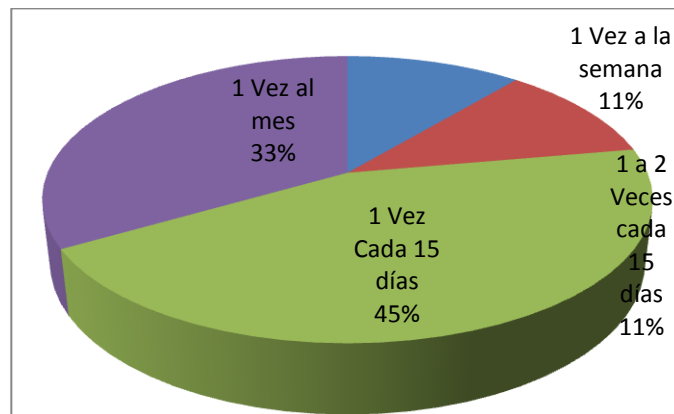
**Frecuencia en la ingesta de bebidas alcohólicas por el personal de enfermería del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012.**

Frecuencia en la ingesta de Bebidas Alcohólicas	Frecuencia Observada	Porcentaje
1 Vez a la semana	1	11%
1 a 2 Veces cada 15 días	1	11%
1 Vez Cada 15 días	4	44%
1 Vez al mes	3	33%

Fuente: Misma del cuadro 1

### Grafica 20

**Frecuencia en la ingesta de bebidas alcohólicas por el personal de enfermería del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012.**



Descripción.- En la frecuencia del consumo de las bebidas alcohólicas se encontró al 44% (4) que ingiere dichas bebidas una vez cada 15 días, una vez al mes el 33% (3), el 11% (1) de 1 a 2 veces cada 15 días y el restante 11% (1) es ocupado por una vez a la semana.

**Cuadro 21**

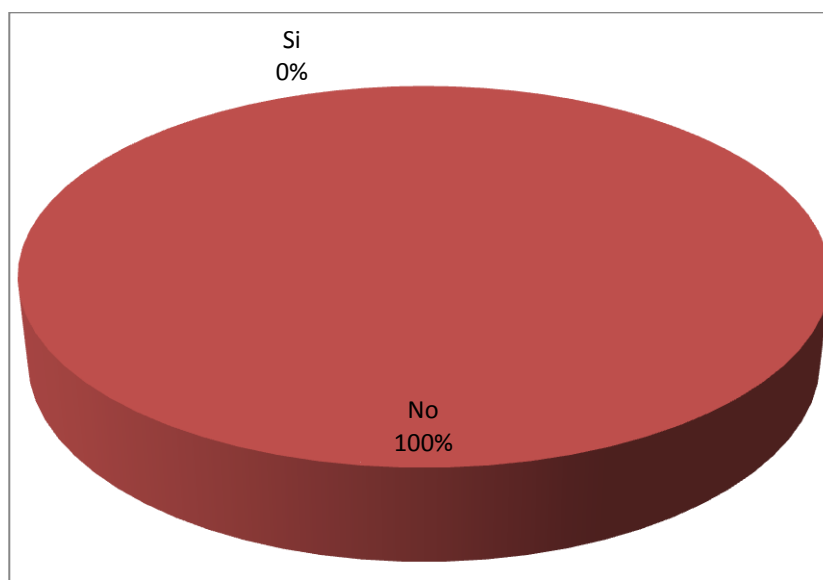
**Enfermedades crónico-degenerativas en el personal de enfermería del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012.**

Enfermedades Crónico-degenerativas	Frecuencia Observada	Porcentaje
Si	0	0 %
No	18	100 %
Total	18	100 %

Fuente: Misma del cuadro 1

**Grafica 21**

**Enfermedades crónico-degenerativas en el personal de enfermería del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012.**



**Descripción.** El 100% (18) de los profesionales encuestados niegan padecer alguna enfermedad crónico degenerativa como diabetes, HAS o alguna otra.

**Cuadro 22**

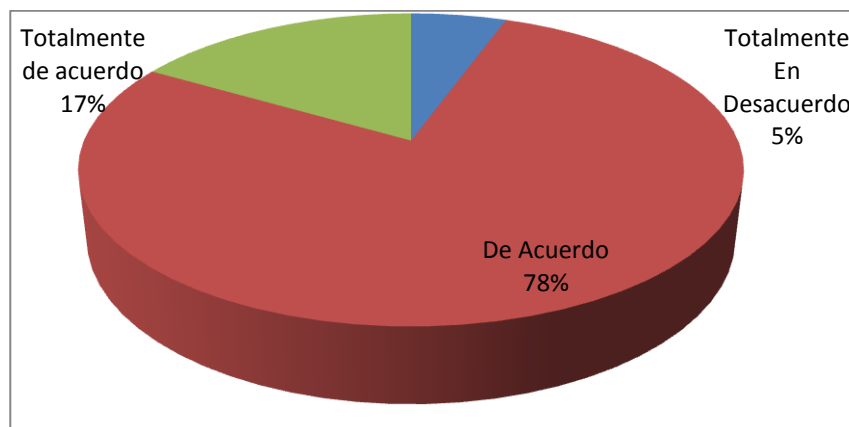
**Interés en su estado de salud del personal de enfermería del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012.**

Interés en el estado de salud para mantenerse alejados de enfermedades	Frecuencia Observada	Porcentaje
Totalmente en Desacuerdo	1	6%
De Acuerdo	14	78%
Totalmente de Acuerdo	3	17%
Total	18	100%

Fuente: Misma del cuadro 1

**Grafica 22**

**Interés en su estado de salud del personal de enfermería del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR, Julio 2012.**



**Descripción.** 78% (14) del personal encuestado esta de acuerdo con que mantienen un interes por su estado de salud para mantenerse lejos de problemas de salud un 17% (3) Totalmente de Acuerdo y el 6% (1) Totalmente en Desacuerdo.

## 5.1 ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

### ▪ *Datos Sociodemograficos*

Del 100% de las encuestas aplicadas al personal de enfermería del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR el 83% pertenece al sexo femenino y el 17% al sexo masculino, 56% del grupo son solteros y el 46% casados para fines estadísticos se decidió incorporar el resultado de Unión libre con el de casado ya representan la misma continuidad y no alteran los datos de esta investigación.

El promedio de edad del personal encuestado es de 29 años; Respecto al grado máximo de estudios realizado por los entrevistados se encontró que el 50% son Licenciados en Enfermería, el 44% posee estudios de especialidad en el posgrado y un 6% tiene los estudios de maestría, lo cual representa la importancia de tener personal profesional con estudios avanzados para atender con conocimientos especializados y calidad el Servicio de Agudos.

### ▪ *Salud Fisica*

Respecto a la glicemia capilar el 44% de los encuestados se encuentran en el rango de 101-110 mg/dl. Un 39% quedaron registrados en el rango de 90–70 mg/dl, tomando en cuenta que la medida de ayuno fue de 2.5, se resume con un pequeño problema metabólico de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria, glucemia postprandial de 2 horas bueno <140 mg/dl, regular <200 y malo >240

En cuanto a la presión arterial la mayoría de las personas que participaron en el estudio se encuentran hipotensas, ya que un 94% registraron cifras por debajo de 120/80 mm Hg, acorde a los rangos referidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión

arterial. Para efectos de diagnóstico y tratamiento, se usó la siguiente clasificación clínica: Presión arterial óptima: <120/80 mm de Hg, Presión arterial normal: 120-129/80 - 84 mm de Hg, Presión arterial normal alta: 130-139/ 85-89 mm de Hg

Un 61% de los profesionistas de enfermería del CENIAQ–INR manifiestan que su nivel de salud es óptimo, aunque contrasta con el 17% del personal encuestado que comenta *no estar ni de acuerdo, ni en desacuerdo* con este punto. En comparación con otro estudio, la investigación de Bamonde Granados (2003), argumenta que aproximadamente en 50% de los servicios donde labora personal de enfermería se aplica de forma continua el autocuidado y por ende esas personas consideran que es óptimo su nivel de salud. (Figura 1)

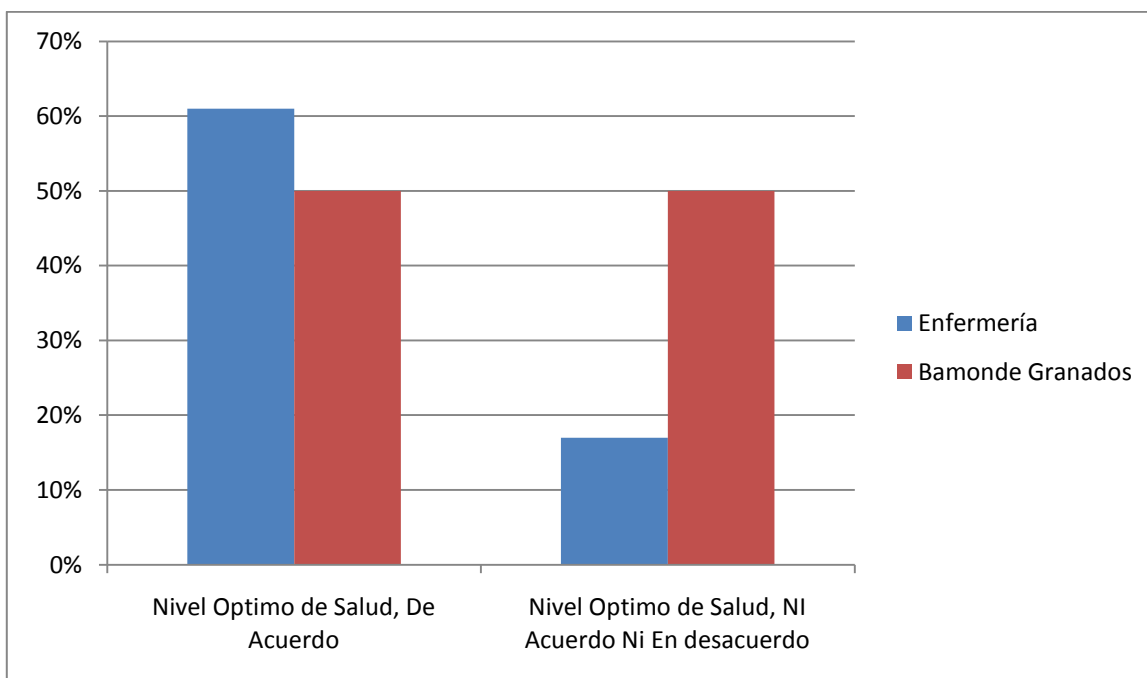


Figura 1. Relacion porcentual entre la autopercepcion (De acuerdo, ni de acuerdo, ni en desacuerdo) del nivel de salud entre personal de Enfermería del CENIAQ–INR y participantes en el estudio de Bamonde Granados (2003).

El 56% de los profesionistas de enfermería del Servicio de Agudos del CENIAQ-INR refirieron tener cuidado en la cantidad y calidad de los alimentos que ingieren, no siendo así en el 44% restante de los encuestados. El resultado es muy similar al reportado por Hernández-Tezoquipa 2003, quien encontró que un 61% de los participantes de su estudio cuidan la cantidad y calidad de los alimentos que ingieren. (Figura 2).

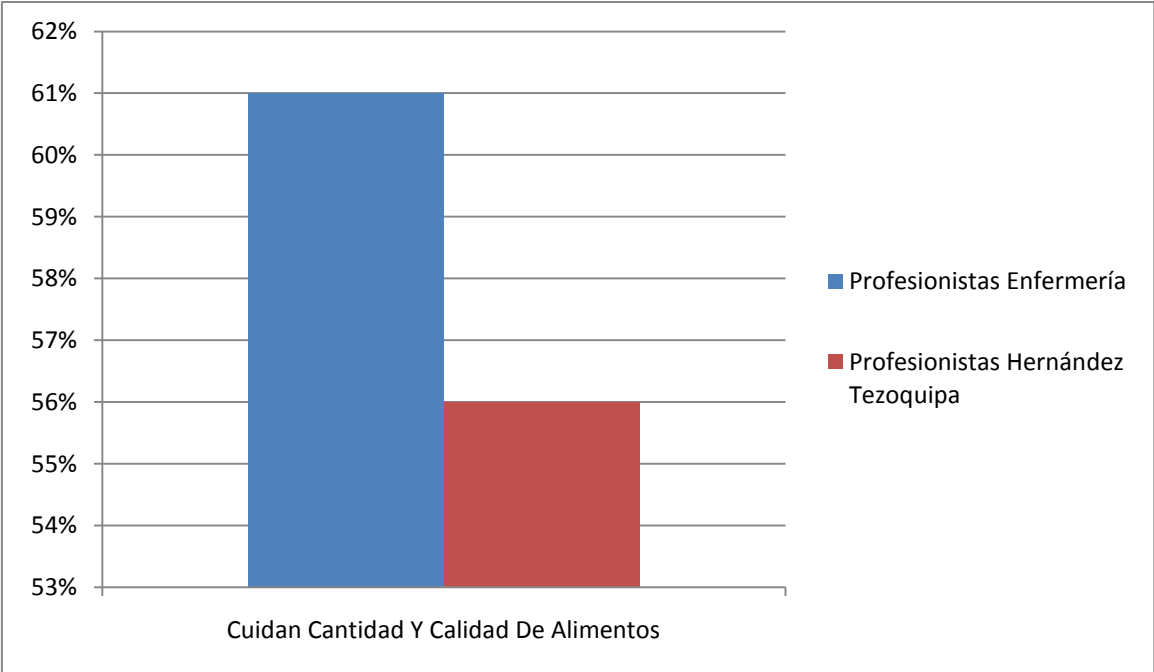


Figura 2. Relacion porcentual del cuidado de la cantidad y calidad de los alimentos que ingiere, entre personal de enfermería del CENIAQ–INR y profesionales del estudio de Hernández-Tezoquipa 2003.

El 44% del personal de enfermería del CENIAQ–INR aseveró realizar alguna actividad física para mantener la tonicidad muscular, en oposición, el 56% respondió negativamente de participar en esta tarea física corporal. Comparativamente, Hernández–Tezoquipa en su estudio encontró que un 59% de los profesionales entrevistados respondieron afirmativamente en la realización de alguna actividad física. (Figura 3).

Respecto al peso corporal el 61% de los participantes afirmaron mantenerlo dentro de los límites estandarizados, siendo este hecho negado por el 39% del total de personal y en comparacion con otros profesionales de la salud son muy similares los resultados obtenidos por Hernández–Tezoquipa 2003 en su estudio, quien también marca un 61.36% de quienes manifestaron tener control de su peso corporal. (Figura 3).

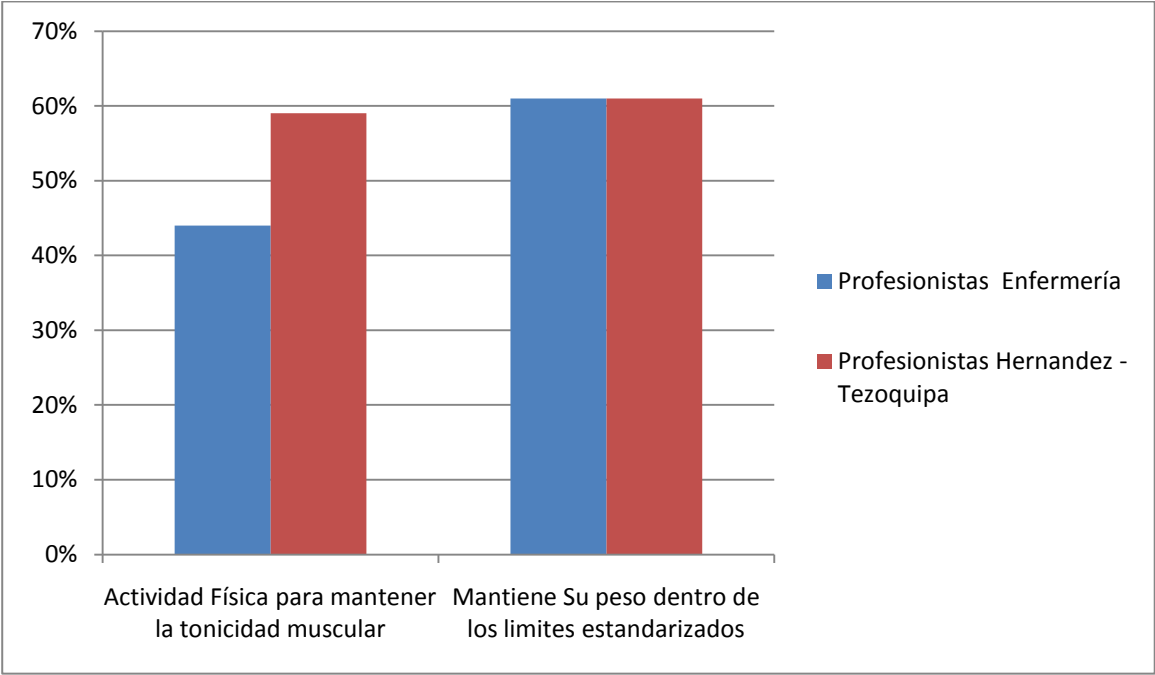


Figura 3. Relacion porcentual del mantenimiento del peso corporal dentro de los límites estandarizados, y la realización de actividad física entre personal de enfermería del CENIAQ–INR y los profesionales del estudio de Hernández–Tezoquipa 2003.

Con relación al consumo de tabaco se encontró que un 33% del personal de enfermería del CENIAQ–INR son fumadores activos dato muy similar encontró entre los profesionales de su estudio Hernández–Tezoquipa con un 31% (Figura 4).

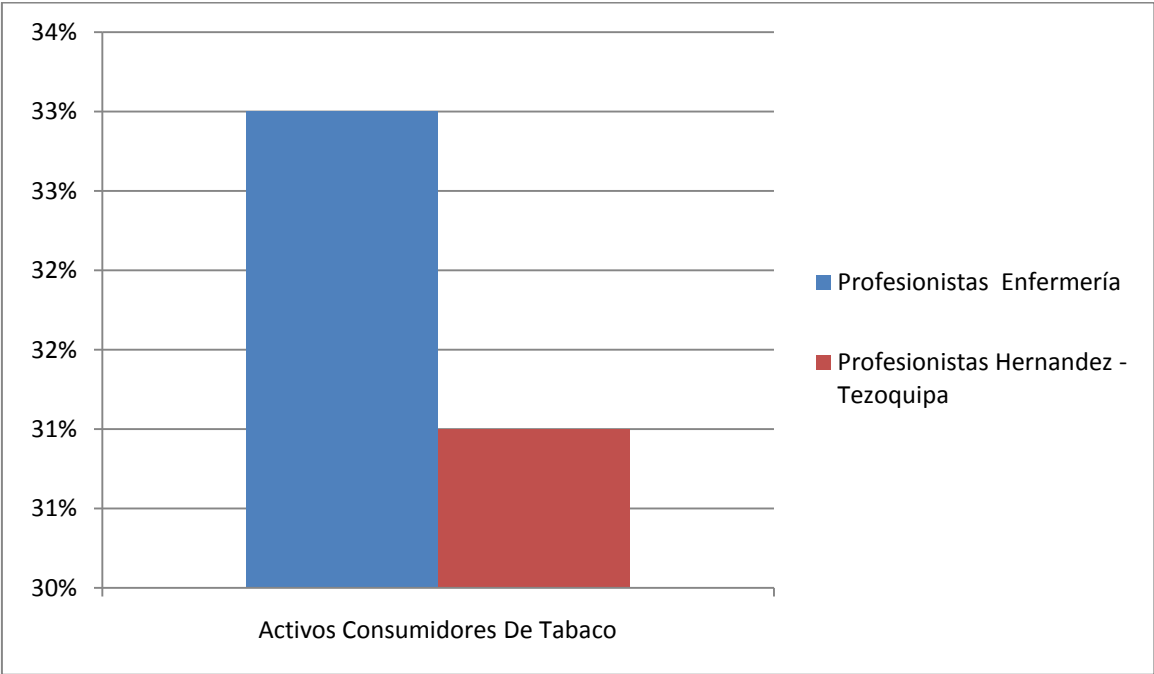


Figura 4. Relacion porcentual en el consumo de tabaco, entre personal de enfermería del CENIAQ–INR y los profesionales del estudio de Hernández Tezoquipa 2003.



En cuanto a las prácticas preventivas de cáncer cervicouterino a través del control ginecológico y la de cáncer de mama por la auto exploracion, el personal de enfermería tiene presente que son prácticas de suma importancia ya que el 100% de las encuestadas refirieron que se realizan la auto exploracion de mamas y un 67% expreso que acude al control ginecológico, en cambio los profesionales del estudio de Hernández-Tezoquipa 2003, solo el 12% y 50% respectivamente respondieron realizar la auto exploracion de mamas y acudir a control ginecológico. (Figura 5).

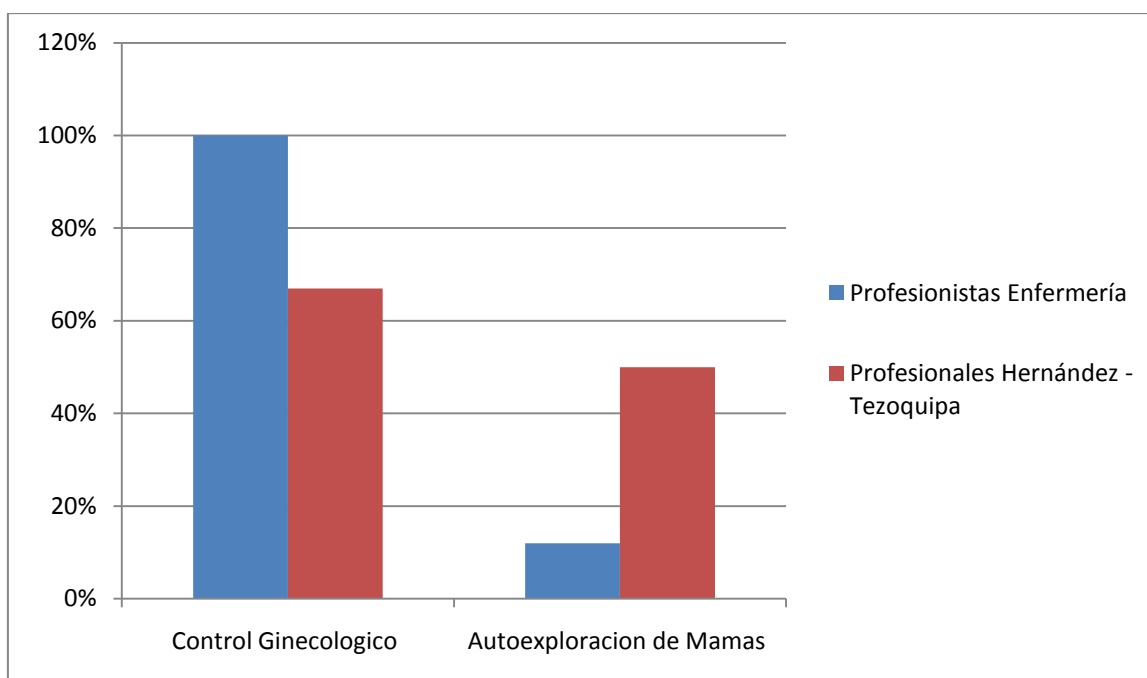


Figura 5. Relacion porcentual entre el control ginecológico, y la Autoexploración de mama entre el personal de Enfermería del CENIAQ–INR y los profesionales del estudio de Hernández-Tezoquipa 2003.

En relación con la auto satisfacción laboral y profesional el área de enfermería del CENIAQ-INR autosatisfacción En la satisfacción laboral y profesional el 50% esta Totalmente de Acuerdo, y por otro lado el restante 50% asegura Solo esta de Acuerdo. Lo que representa un significativo rezago en la salud laboral y fisica ya que se disminuye la calidad en el trabajo lo que repercute en la integridad fisica. (figura 6).

Considerando la autoestima y asertividad por parte del departamento de enfermería del CENIAQ-INR se concluye que la mayoría con el 89% están de acuerdo pero hay una minoría de 6% que comenta no estar ni en acuerdo ni en desacuerdo y Totalmente de acuerdo, cuando debería ser esta ultima aseveración más alta para reflejar niveles óptimos de salud dentro del área de trabajo entre los participantes del estudio. (Figura 6).

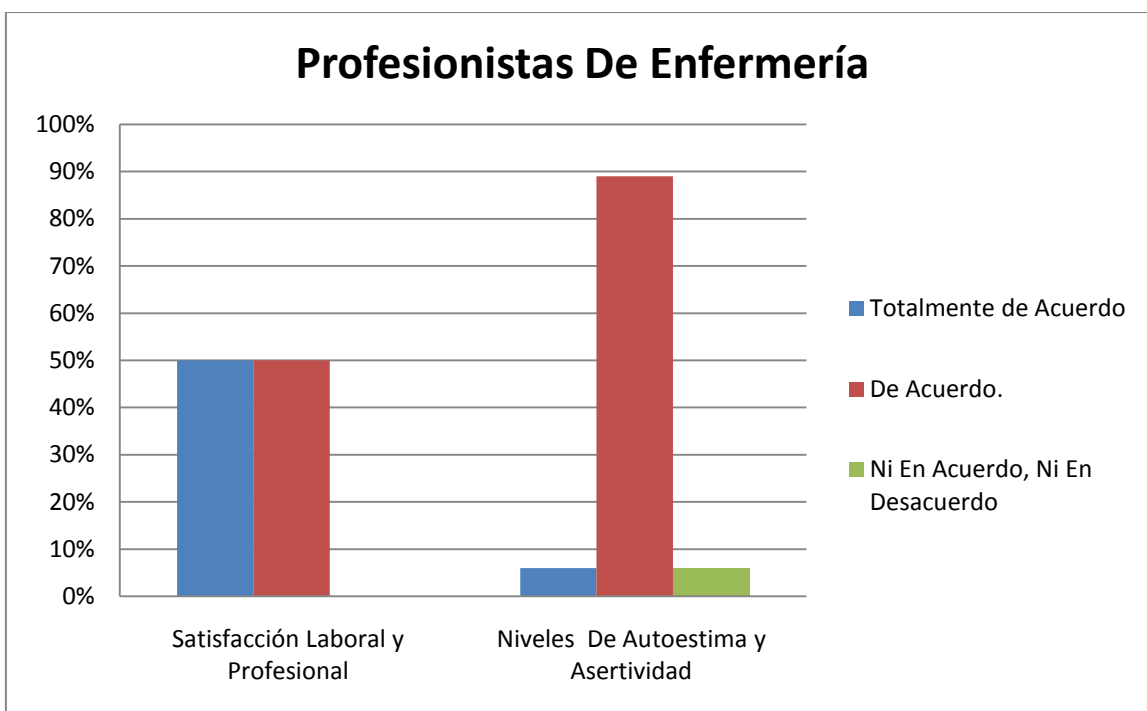


Figura 6. Relacion porcentual entre la autosatisfacción laboral y profesional, y la la autoestima y asertividad entre el personal de Enfermería del CENIAQ–INR.

En la ingesta de Bebidas Alcohólicas por el personal de enfermería del CENIAQ-INR se encontró que el 50% consume bebidas alcohólicas con una prevalencia del 44% para un consumo de 2 veces al mes y el 33% para una evento por mes, no se pudo hacer el comparativo con los demás autores dado que ellos no abordaron este apartado, con lo que se representa un punto importante en la calidad del autocuidado (Figura7)

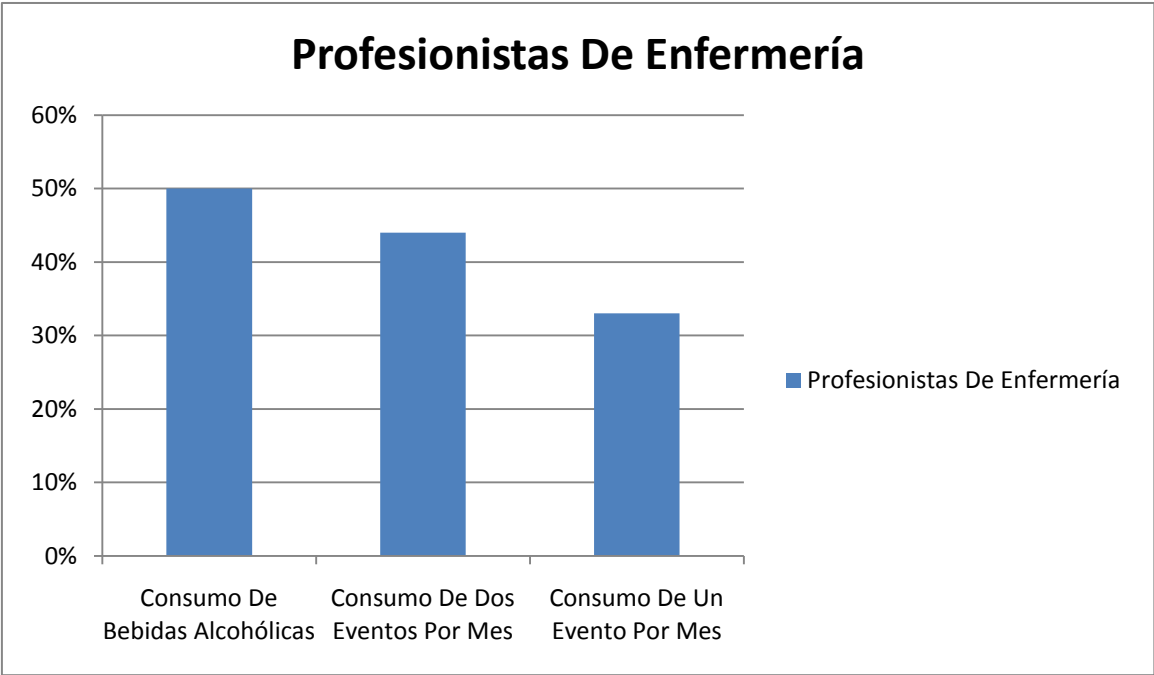


Figura 7. Relacion porcentual en la ingesta de bebidas Alcoholicas, entre personal de enfermería del CENIAQ-INR.

## **6. CONCLUSIONES**

La razón más importante para llevar a cabo el estudio fue la falta de interés por parte de los Profesionistas de enfermería del servicio de la Agudos del CENIAQ-INR para seguir un plan acorde a las necesidades básicas para cubrir los requerimientos de autocuidado básico, como son horarios para la ingesta de alimentos, la calidad y/o cantidad de estos, falta y desinterés por recreación y esparcimiento, sobre vinculación en la atención al paciente y desvaloración en la atención que brindan a los pacientes por mencionar algunos.

Para lograr identificar la relación entre las prácticas de autocuidado con los parámetros como lo es la Presión arterial y la glicemia capilar, y sobre todo la repercusión en el estado de salud abordando aspectos psicológicos como la autoestima, autorrealización, satisfacción, percepción y asertividad, se abordaron aspectos de la psicología para una mejor comprensión de estos aspectos y se pudo hacer una recolección de datos, con el cuestionario se logra recopilar la información pertinente para llevar a cabo la inferencia de datos, logrando identificar cada una de las practicas de autocuidado y la equivalencia que tienen con el estado de salud físico y psicológico antes mencionado.

A través de la observación directa se amplió la información para poder identificar las practicas de autocuidado llevadas a cabo por los profesionales de enfermería del CENIAQ-INR, a lo largo de tres meses en el turno matutino (7:00 – 14:00 hrs.), tiempo en que se incorporo a la dinámica del servicio se logro identificar hábitos en horarios y tipo de comida, donde el horario de ayuno se prolongaba generalmente mas allá de las 12:00 pm. En cuanto a la calidad de los alientos abundan las golosinas, comida chatarra y alta en carbohidratos.

También se encontró niveles de estrés realizando las actividades, dado que, como se trata de una terapia intensiva y aún más por el tipo de pacientes que ahí se atiende, donde los cuidados resultan a menudo más demandantes, se construye una sobre vinculación enfermero – paciente, centrando toda la atención hacia el

paciente, dejando de lado actividades básicas que deben de realizarse como parte de la naturaleza como lo enmarca Orem como los procesos vitales y del funcionamiento normal y la promoción de bienestar.

Por otro lado la sobre vinculación tiene repercusiones dado que si el paciente modifica su estado de salud sobreviene el estrés por parte de los profesionales, lo que resulta el disminución de la atención en el autocuidado para poder satisfacer las necesidades del paciente. Si la atención otorgada al paciente no tiene resultados favorables se presenta la autodesvaloración del profesional, cayendo en la inestabilidad profesional, laboral y emocional con lo que se afecta el bienestar físico y psicológico.

Los objetivos se lograron alcanzar ya que se observo la manera en que se llevan a cabo las practicas y se conocieron las practicas de autocuidado por parte de los Profesionales de Enfermería del CENIAQ-INR, la dependencia pero sobre todo la influencia que se tienen sobre niveles de presión arterial y de glicemia capilar, la variante percepción de los participantes en la autopercepción en cuanto al estado general de salud, se adquiere establecer la escala de autocuidado y la relación con el estado de salud física ya que gracias a la guía de la NOM-030-SSA2-1999 para la prevención de Hipertensión Arterial y la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus se establece criterios que enmarcan deficiencias en estas áreas del personal de enfermería, y se descubrió niveles de autopercepcion, asertividad y autoestima.

Queda claro que tener tiempo para sí mismo permite auto explorarse, asistir a medicina preventiva, realizarse exámenes clínicos, preparar y/o buscar alimentos sanos, descansar suficiente tiempo y practicar ejercicio.

De los resultados obtenidos en algunos temas se logra empatar con los autores consultados sobre todo con el estudio de Hernández- Tezoquipa, ya que pareciera existir un equilibrio entre las demandas de autocuidado por parte de los profesionistas de enfermería que por ejemplificar, en mayor porcentaje cuidan la

ingesta alimenticia pero no lo es así en cuanto a la actividad física lo cual sucede a la inversa con Hernández- Tezoquipa, son muy notorios los resultados obtenidos y en particular interesantes, dado que es un primer estudio que se realiza únicamente con profesionales de enfermería por lo que los resultados varían un poco puesto que la formación de un Profesional de enfermería es totalmente diferente en comparación con los demás de la salud, se tiene bien remarcado el título de cuidado y el autocuidado para la promoción a la salud, así que el saber la adjudicación de este tema resulta potencial para poder crear estructuras bases dentro de la practica y también en la formación de los Profesionistas.

El autocuidado más allá de ser un simple deber, es una serie de actividades esenciales para cambiar las propias condiciones personales y sociales. El personal de enfermería debe de saber que el autocuidado significa incorporar en los hábitos de vida, conductas que permitan mejorar y mantener un buen estado de salud. Conductas simples y rutinarias que permiten mejorar la calidad de vida física, social, emocional y psicológica.

Esta acción tiene un patrón y una secuencia y cuando se realiza efectivamente, contribuye de manera específica a la integridad estructural, desarrollo y funcionamiento humanos, por lo tanto no se exime enfermería.

Las prácticas de autocuidado y las acciones que las personas realicen para cuidar y promover la salud, conllevarán a evitar la ocurrencia de enfermedad y hasta poder recuperarse de ella en un momento dado.

El concepto de autocuidado pone de relieve el derecho de cada persona a mantener un control individual sobre su propio patrón de vida.

Transmisión de información, habilidades y actitudes que produzcan cambios de comportamiento necesarios para alcanzar los objetivos terapéuticos, a través de la potenciación del autocuidado.

Tener tiempo para si mismo permite auto explorarse, asistir a medicina preventiva, realizarse exámenes clinicos, preparar y/o buscar alimentos sanos, descansar suficiente tiempo y practicar ejercicio.

Sin duda alguna queda claro que las practicas de autocuidado llevadas a cabo por los profesionales de enfermería si modifican su estado de salud, esto se ve reflejado con modificaciones en las cifras de la presion arterial dado que se mostró hipotención en varios participantes, también se empieza a observar una glicemia capilar irregular por manejar cifras mayores a los 121 mg/dl. (Cabe mencionar que la toma de glicemia se hizo pospandrial con una media de 3 tras haber ingerido el ultimo alimento).

En cuanto a la autopercepción la mayoría de los participantes demuestran estar de acuerdo con un nivel optimo en el estado de salud, lo que contrasta a que hay practicas a las que no son socorridas, en esas destacan el cuidado de la calidad y cantidad de los alimentos, no tener un horario establecido para la ingesta de los mismos, destaca la falta de actividad física lo que ayuda a no mantener el peso corporal dentro de los límites estandarizados, presencia del consumo de tabaco así como la ingesta de bebidas alcoholicas.

En cuanto a monitoreo y chequeo médico se presenta un bajo interes en la autoexploración de mamas, nula detección de cancer prostático; cabe mencionar que existe una neutralidad en la satisfacción laboral y profesional lo que está relacionado con la vinculación excesiva del paciente.

## **7. RECOMENDACIONES**

### **▪ Aspectos Físicos**

De los hallazgos del grupo de los profesionales que se investigo, de las practicas de autocuidado el 56.4% son los que llevan a cabo una agencia de autocuidado, y recordando el Modelo de Orem que dice: que debe de ser la capacidad humana de los individuos para realizar acciones con el objeto de cuidar de sí mismo y de otros. Las enfermeras deben comprender las acciones que constituyen autocuidado y cuidado dependiente, así como las capacidades que permiten realizar este tipo de acciones. Siendo el control ginecológico la practica más socorrida con un 100% en las encuestas aplicadas, quienes dan mayor importancia al cuidado de la salud física, lo cual puede estar relacionado con la formación de enfermería.

Sin duda alguna se tiene que enfatizar en estandarizar horarios para la ingesta de alimentos para poder regularizar niveles de presión arterial al igual que la glicemia capilar acorde a la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial y la NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria. A fin de evitar desarrollar enfermedades crónicas degenerativas u otras, desarrollar un plan con el fin de que el personal logre la administración de tiempos para que logre ingerir alimentos no solo en hora sino en forma y cantidad correcta y adecuada ya que así también se podrá vigilar el peso corporal.

Para la vigilancia en el equilibrio de la alimentación se exhorta para que con la ayuda de otro profesionista de la salud en este caso un nutriólogo o dietista se refuerce el conocimiento para la ingesta de alimentos enfatizando en la cantidad pero sobre todo la calidad de estos, acorde a las necesidades de cada profesional, llevando nuevamente a la meta de un control de peso y alejándolos del desarrollo de enfermedades como Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes Mellitus.



Promover la actividad física dado que los bajos índices reportados por los profesionistas de enfermería resulta convincente la realización de este ya que no solo en el ámbito físico muestra ventajas sino también el psicológico y emocional, donde está demostrado que la actividad física constante de cualquier tipo, ayuda a mantener la salud, por sus efectos benéficos y disminución de riesgo para enfermedades cardiovasculares independientemente de los hábitos de salud (OPS/OMS, 2001).

La formación de clínica de adicciones la cual centralizara en la promoción a la salud sobre prácticas dañinas para la salud como el consumo de tabaco el cual se encontraba en 31% de los encuestados que aunque no es dato de alarma debe de considerarse, consumo de alcohol al igual que productos estupefacientes que aunque este último salió negativo en el estudio, de esta forma no quedara descubierto y servirá como prevención, tratar y rehabilitar de las demás adicciones, estos niveles reportados podrían relacionarse con niveles de angustia a los que se enfrentan los profesionales dentro de su ámbito laboral (McCue 1982).

- ***Aspectos Psicológicos***

En cuanto a la autopercepción hay que trabajar niveles de asertividad y autoestima ya que como lo menciona la OMS, “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o de minusvalía. La salud es un recurso de la vida cotidiana, no el objetivo de la vida. Es un concepto positivo que subraya los recursos sociales y personales así como la capacidades físicas”. (WHO, 1986, Ottawa Charter for Health Promotion). La satisfacción profesional y laborar no es la más óptima en este grupo de enfermería (50% Solo están de Acuerdo) ya que el énfasis esta puesto en la esfera física, más que en la psicológica y la social.

## ▪ **Organizaciones Saludables**

Se podría impulsar el concepto de organizaciones saludables dentro del gremio de enfermería ya que de esta forma se obtendría prácticas de estructura y gestión para los procesos de trabajo que hacen el personal de enfermería, para que se sientan más “saludables”. Con lo que estas nuevas “organizaciones” se generan resultados relacionados con la excelencia organizacional con /servicios de alto desempeño, además de mantener excelentes relaciones con el entorno organizacional (Servicio de Agudos) y la comunidad, (Cliente y resto del equipo Multidisciplinario) (Zwetsloot y Pot, 2004)

Dentro del modelo de la organización saludable, se abarcan aspectos como el estrés ocupacional, la terapia intensiva muestra un foco rojo con altas dosis de estrés. Se realizaran planes de acción enfocados a la recreación, donde se pedirá como requisito la distracción para poder acceder a las terapias intensivas a laborar.

Impulsar la promoción de la recreación como parte de una vida saludable no solo física sino mental, a través de sesiones informativas bimestrales o bien trimestrales enmarcando los beneficios de estos, siendo eje fundamental estrés laboral, aprendizaje y motivación laboral.

Identificar según Warr (1990) los recursos del trabajo que afecten el bienestar psicológico:

- 1.- La claridad de las tareas y el rol laboral
- 2.- La autonomía en el trabajo
- 3.- Las oportunidades que ofrece el trabajo para el contacto social
- 4.- La variedad de las tareas
- 5.- La existencia de información y feedback (retroalimentación) sobre el trabajo.
- 6.- Un salario justo.

7.- La seguridad física en el trabajo

8.- Que el trabajo sea valorado socialmente

9.- El apoyo del supervisor y/o Jefe de servicio

Buscar recursos de tarea relacionados con la claridad de las tareas y del rol laboral, la autonomía variedad de tareas (monotonía) existencia de información y Feedback sobre las tareas para desarrollar sus puestos. Fomentar en el empleado la conexión con el trabajo, el orgullo por lo que hace y su disfrute inmediato.

- **Recursos Sociales**

Se relaciona con las personas con las que se trabaja y para las que se trabaja, como son los compañeros de trabajo, los jefes y el cliente, enseñar a mejorar relaciones.

Comprende tanto el ambiente social inmediato (compañeros), mediatos (jefes, clientes), ayuda a mejorar la confianza lo que elimina barreras para conseguir buenas relaciones interpersonales a largo plazo, comunicación abierta, compartir conocimiento y feedback de continuidad, que puede facilitar la innovación y la competitividad.

Talleres de desarrollo humano para desarrollar herramientas para que el profesional de enfermería encuentre su bienestar a través del equilibrio. Con capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requerida para enfrentar el día a día.

Enfatizando en:

**La esperanza.** Con un estado motivacional positivo basado en la interacción de tres factores: los objetivos, la agencia o control personal sobre el ambiente, y los planes de acción, ya que Los trabajadores con altas dosis de esperanza están también motivados para conseguir objetivos a través del desarrollo de planes para

conseguir lo que quieren. El optimismo es una actitud que induce al trabajador a esperar que le sucedan cosas buenas.

**La Resiliencia.** En general lograra una fortaleza que se desarrolla ante la adversidad. Metafóricamente se podría representar con las cualidades de los metales: son resistentes y duros ante las agresiones, pero a la vez, son maleables y capaces de adaptarse a nuevas formas. Sería una coraza ante condiciones adversas que además posibilitan la adaptación y la obtención de buenos resultados.

**La Vinculación.** La cual sería psicológica en donde interfiere un estado efectivo positivo de plenitud que es caracterizado por el vigor, la dedicación y la absorción o concentración en el trabajo.

Se logra incrementar el éxito en el trabajo con el esfuerzo y la ejecución de las acciones de los profesionales de enfermería, ya que se ha demostrado empíricamente que la vinculación psicológica con el trabajo modula los efectos directos de los recursos, sobre el desempeño, el bienestar y la calidad de vida en general (Salanova y Schaufeli, 2004).

Al lograr hacer tareas satisfactoriamente se obtendrá satisfacción por parte del cliente repercutiendo en autoestima, en la auto realización de enfermería logrando tener niveles de bienestar entre estos, como lo marca Hartes, Schmidt y Hayes 2002.

## 8. ANEXO

### ▪ Anexo No. 1: Cuestionario



La presente encuesta se realiza con la finalidad de identificar las prácticas de autocuidado realizadas por el personal de enfermería.



Con la información que se obtenga de esta encuesta, se tratara de dar un conocimiento para proporcionar la relación del autocuidado y los efectos en el estado de salud sobre la glucosa capilar y tensión arterial.

Instrucciones Marcar con una cruz (X) o Subrayar, la respuesta apropiada según lo considere.

Sexo: ( ) F ( ) M Estado Civil: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Grado máximo de estudios: \_\_\_\_\_

Glucosa Capilar: \_\_\_\_\_ Preprandial o Postprandial

T/A: \_\_\_\_\_ mm Hg

1. Considero que mi estado de salud es el óptimo:

- ( ) Totalmente de acuerdo
- ( ) De acuerdo
- ( ) Ni acuerdo ni desacuerdo
- ( ) En desacuerdo
- ( ) Totalmente en desacuerdo

2. ¿Cuida la cantidad y calidad de los alimentos que ingiere?

- ( ) SI ( ) No

3. ¿Realiza alguna actividad física para mantener la tonicidad muscular?

- ( ) SI ( ) No

4. ¿Mantiene Su peso dentro de los limites estandarizados?

- ( ) SI ( ) No

5. ¿Fuma?

- ( ) SI ( ) No

6. ¿Lleva un Control Ginecológico?

- ( ) SI ( ) No

7. ¿Hacen auto exploración de mama?

- ( ) SI ( ) No

9. ¿Hace detección de cáncer prostático?

Con base en el título quinto de la Ley General de Salud, artículo 100, Fracción IV "se deberá contar con el consentimiento o por escrito del sujeto a quien se le realizara la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquel, una vez enterado de los objetivos de la experiencia y de las posibles consecuencias positivas o negativas para la salud.

La C. (a) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años, plenamente en sus facultades mentales ha decidido participar en esta investigación, Firma: \_\_\_\_\_

SI     No

10.- Estoy satisfecho laboral y profesionalmente:

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni acuerdo ni desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

11. Considero que mi autoestima y asertividad siempre se encuentran en niveles óptimos

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni acuerdo ni desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

12. ¿Consume algún narcótico?

SI     No

13. ¿Consume alcohol?

SI     No

14. En caso de contestar Si a la pregunta anterior, ¿Cuántas veces a la semana lo consume?

\_\_\_\_\_

13. Tiene alguna enfermedad crónica degenerativa u otra como Diabetes, HAS?

Si     No    ¿Cual?\_\_\_\_\_

14. El interés por mi estado de salud me permite mantenerme fuera de problemas de salud o enfermedades.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

## **9. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

Acción.- Proceso por el que una persona hace algo, requiriendo generalmente más de un paso y cierto periodo de tiempo para hacerlo.

Acto.- Lo que hace una persona; lo hecho.

Administración de enfermería.- Grupo de personas que son responsables y se encuentran en posición ejecutiva y de gobierno en organizaciones formalmente constituidas para asegurar la provisión de atenciones de enfermería al total o a un segmento de las poblaciones atendidas por los servicios de cuidado de la salud, cuyos miembros legítimos requerimientos de enfermería.

Agencia de Autocuidado Dependiente.- Capacidades desarrolladas y en proceso de desarrollo de las personas para conocer y cubrir las demandas de autocuidados terapéuticos de personas socialmente dependientes de ellas, o para regular el desarrollo o ejercicio de la agencia de estas personas.

Agencia de Autocuidado.- Compleja habilidad, adquirida por la persona adulta o en proceso de maduración, de conocer y satisfacer sus requerimientos continuos mediante acciones deliberadas, con un propósito concreto, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.

Agencia.- Facultad para emprender una acción con el fin de lograr objetivos específicos.

Agente.- La Persona que emprende una acción o tiene la facultad para hacerla.

Autocuidado.- La Práctica de actividades que las personas maduras y en proceso de maduración inicial y realizan, dentro de un marco temporal concreto, en su propio beneficio para lograr el mantenimiento de la vida, un funcionamiento saludable, el continuo desarrollo personal y su bienestar.

Bienestar.- Condición subjetiva de la existencia personal que incluye las experiencias de satisfacción, el placer y la felicidad de la persona, así como las

experiencias espirituales en la satisfacción del propio ideal, y el desarrollo personal continuo.

Capacidades de Autocuidado.- Constituye de las habilidades desarrolladas que juntan forman la agencia de autocuidado de las personas para realizar de manera efectiva, dentro del marco temporal adecuado, la investigación, juicio y toma de decisiones, y las operaciones reguladoras o de tratamiento necesarias para mantener su propio funcionamiento y desarrollo dentro de las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar. El desempeño de las tres operaciones de autocuidados descansa en el conocimiento, habilidades y motivación, desarrollados y ejercitados, específicos para el autocuidado, y en el conjunto de capacidades y disposiciones humanas fundamentales.

Capacidades de Autogobierno.- Capacidades de los individuos en las diversas etapas del desarrollo humano para controlar su posición y movimiento en el espacio y para dirigir sus propios asuntos.

Conceptualización.- Nivel de actividad cognitiva en el que las ideas forman actos de comprensión basados en datos de los sentidos o del conocimiento, que son formulados y expresados como conceptos para dar forma externa a lo que se comprende (a lo que es comprendido).

Contenido.- En experiencias humanas, lo que se experimenta distinguiéndolo del acto.

Contrato.- Compromiso entre dos o más partes competentes sobre asuntos específicos, creando una mutualidad de acuerdos y obligaciones expresados en términos comprobables.

Control.- Proceso de mantener las cosas dentro de los límites de lo esencial, correcto y adecuado.

Coordinado.- Combinado en relaciones armoniosas; unificado para la acción.



**Criterio.-** Medida usada para hacer el juicio correcto sobre algo que se ha conseguido.

**Cuidado Dependiente.-** Práctica de actividades que personas responsable maduras y en proceso de maduración inician y ejecutan en beneficio de personas socialmente dependientes durante cierto tiempo, o de manera continuada, para mantener su vida y contribuir a su salud y bienestar.

**Déficit de Autocuidado.-** Relación entre las propiedades humanas de la demanda de autocuidados terapéuticos y de la agencia de autocuidados terapéuticos en la que los elementos de las capacidades de autocuidado desarrolladas dentro de la agencia de autocuidados son operativos o adecuados para conocer y satisfacer algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o prevista.

**Desarrollo.-** Secuencia de disposiciones y patrones dinámicos y crecientemente diferenciados orientados a la realización de las posibilidades ocultas o latentes de una cosa.

**Diseño.-** Forma que se propone para hacer algo con la explicación de la disposición de los elementos individuales o detalles de los elementos en el proceso de producción.

**Empírico.-** Derivado de la experiencia o guiado por ella.

**Enfermera Profesional.-** Persona profesionalmente educada y calificada para practicar la enfermería, que está comprometida en el cuidado regular de las personas individualmente o en unidades multipersonales a nivel de práctica profesional inicial, avanzada o científica.

**Estado.-** Forma de existencia; combinación citada de circunstancias que afectan a una persona o cosa en un momento determinado.

**Estándar.-** Regla, patrón, o modelo que sirve de guía para hacer algo, de forma que lo hecho tendrá una cualidad particular.

Estructura.- Disposiciones de las partes de un todo; algo que está compuesto de partes.

Finalidad Propia.- Lo que las personas de un campo específico del arte o la ciencia estudian, observan, o hacia lo que se dirige la acción para producir una nueva condición o forma.

Finalidad.- Hacia lo que se dirige la acción o por lo que se ejecuta la acción.

Juicio.- El acto mental de expresar algo (afirmando o negando) basándose en la suficiencia de evidencias y actos de comprensión reflexiva.

Limitaciones de Autocuidado.- Conjunto de influencias humanas y ambientales restrictivas, dentro de los arcos temporales, para el desempeño temporal de la investigación juicio y producción de operaciones de autocuidado.

Modelo.- Grupos de términos (unidos, trabados, entrelazados, engranados) que son útiles, para guiar las investigaciones, enmarcar hipótesis, y escribir los postulados de una entidad o proceso no observable con los elementos usados en la representación parcialmente comprendida por su presencia en otra entidad.

Modo.- Aspecto, forma de disposición de una cosa, o una de sus propiedades o atributos esenciales.

Orden.- Relación en un grupo de elementos o miembros (individuos, hechos, objetos de cualquier clase) que dispone los elementos de ese grupo o los miembros de esa clase de una forma determinada.

Organizado.- Formado por, o dentro de un todo constituido por partes interdependientes o coordinadas para asegurar una acción armoniosa o unificada.

Patrón.- Combinación de cualidades o actos que forman una disposición objetiva o característica.

Plan.- Específicamente de la organización y disposición en el tiempo de las tareas esenciales para formar un diseño para que se produzca algo en la realidad.

Conjunto de especificaciones relativas al tiempo y lugar de la acción; requisito de condiciones ambientales, y equipo y suministros; número de personas requeridas en tiempos y lugares determinados; y medidas de control a utilizar.

Proceso.- Serie o secuencia de acciones y operaciones implicadas en el logro de algo pasando de un estado inicial al estado de hacer, producir, o cambiar realmente algo (el fin u objetivo perseguido).

Propiedades.- Características o atributos de las cosas.

Reflexión.- Proceso usado para dar respuesta a preguntas de una investigación mediante una presentación exacta del problema, que conduce a indicaciones, opiniones y conocimientos.

Regular.- Controlar, dirigir, o ajustar de acuerdo con un principio o regla.

Relación.- Conexión entre dos cosas recíprocamente dependientes.

Requisitos de autocuidado.- Reflexión formulada y expresada sobre acciones a realizar que se sabe o se supone que son necesarias en la regulación de uno o más aspectos del funcionamiento y desarrollo humano continuamente o en condiciones y circunstancias específicas. La formulación de un requisito de autocuidado designa (señala, cita, nombra, denomina): 1) el factor que hay que controlar o manejar para mantener uno o varios aspectos del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los límites compatibles con la vida, a salud y el bienestar personal, y 2) la naturaleza de la acción requerida. El requisito de autocuidados formulados y expresados constituyen los propósitos correctos de autocuidado. Son razones por la que se llevan a cabo el autocuidado; expresan los resultados pretendidos o deseados; los objetivos del autocuidado.

Servicio.- Provisión de recursos o cursos de acción requeridos por las personas u organizaciones.

Sistema.- Cualquier cosa que pueda ser vista como un todo individual; disposición ordenada resultante o comprendida a partir del descubrimiento de conexiones entre las cosas.

Situación.- Estado o condición que representa una combinación de circunstancias concretas dispuestas con referencia a relaciones de circunstancias de otra combinación; esto incluye relaciones entre propiedades y circunstancias de personas implicadas que afectan a estas personas de forma positiva o negativa.

Social.- Perteneciente a grandes grupos de personas asociadas con diversos propósitos o las actividades o costumbres de estas personas.

Valor.- El bien, lo deseado como objeto posible de elección racional de los individuos; los valores se tornan conocidos preguntándose si esto o aquello es realmente bueno y no sólo aparentemente bueno, o sí aquello merece la pena.

## **10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Banmonde Granados Guadalupe, Morales Vidaña Hermelinda, López Sánchez Guadalupe, “Nivel de Aplicación de las acciones de autocuidado de la Salud por personal de una unidad médica”, En la Revista Enfer. IMSS. Núm. 2 Vol. 11, Veracruz, México, 2003, Pág. 77 – 81

Cavanagh Stephen J. Modelo de Orem, Aplicación Práctica. Masson - Salvat Enfermería. Barcelona España, 2006, Pág.167

Colliere MF. Promover la Vida. Madrid: Interamericana. Madrid España, 1993, Pág. 385

Elizondo Torres Magdalena. Asertividad y Escucha Activa en el Ámbito Académico. Trillas. México, DF 1997, Pág. 120

Foucault M. Historia de la Sexualidad: La Inquietud de sí Mismo. Editorial México: Siglo XXI. España, 1987. Pág. 237

Guerra Cristóbal, Rodríguez Karla, Morales Grace, *et al.* “Validación Preliminar de las Escala de Conducta de Autocuidado para Psicólogos Clínicos”. En la Revista Psykhe. Núm. 002 Vol. 17, Chile, 2008. Pág. 67 – 78

Hernández – Tezoquipa Isabel, Arenas – Monreal Luz María, Catalina Martínez Patricia, *et al.*, “Autocuidado en Profesionistas de la Salud y Profesionistas Universitarios”, En la Revista Acta Universitaria. Núm. 003 Vol. 13, Guadalajara, México, 2003. Pág. 26 – 32

López de Tkachenko Gloria, L de Lameda Belkis. “Análisis de los Constructos Teóricos: Vida Cotidiana, familia, autopercepción, y Motivación”. En Revista Laurus. Núm. 26 Vol. 14, Venezuela, Enero – Abril 2008. Pág. 243 – 261

Orem Dorothea Elizabeth. Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. Masson - Salvat Enfermería. 4<sup>a</sup> ed. Barcelona España, 1993, Pág. 352

Ronald H. Forgas, Lawrence E. Melamed. Percepción Estudio Del Desarrollo Cognoscitivo. Editorial Trillas. Nueva York, EUA, 1989, P. 517

Taylor SG. Dorothea E. Orem. Teoría del Déficit de Autocuidado, En: Marriner A, Raile M. Modelos y Teoría en Enfermería. Elsevier. 6ª ed. España, 2007, Pág.420

Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina [.http://www.facmed.unam.mx/sss/nom/normas%20oficiales.htm](http://www.facmed.unam.mx/sss/nom/normas%20oficiales.htm). Consultado 12 Agosto 12

Velandia - Arias Anita, Rivera-Álvarez Luz N. “Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular” En la Revista Salud pública. Núm. 11 Vol. 4, Colombia, 2009. Pág. 538-548

Wesley R. L. Teorías y Modelos de Enfermería. Mc Graw-Hill Interamericana. México, 1997, Pág. 173

Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 Para La Prevención, Tratamiento Y Control De La Diabetes Mellitus En La Atención Primaria. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>. Consultado el 10 Agosto 12

Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para La Prevención, Tratamiento Y Control De La Hipertensión Arterial <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/030ssa29.html>. consultado el 12 Agosto 12

Vázquez Carmelo, Gonzalo Hervas. Psicología Positiva Aplicada. 2ª edición. Editorial Desclée De Brouwer. España, 2008 Pág. 450