



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO PARA LA SALUD
INTEGRAL EN EL PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL
METROPOLITANO

T E S I S

PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRIA EN ENFERMERÍA

(CON ORIENTACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA)

PRESENTA

MARIA DE LOS ÁNGELES HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

Directora de Tesis: Dra. María Guadalupe Rosete Mohedano
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Cotutora: Dra. Martha A. Sánchez Rodríguez
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Ciudad de México, Enero 2018



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.

AGRADECIMIENTOS

A la Coordinación de Posgrado en Enfermería

Por darme la oportunidad de realizar en esta institución “la máxima casa de estudios de México”, los estudios de Maestría en Enfermería, lo cual representa no nada más un sueño sino un desarrollo profesional.

A la Dra. María Guadalupe Rosete Mohedano:

Por ser mi asesora de tesis, gracias por todo el tiempo, compromiso, dedicación, por sus valiosas aportaciones y enseñanzas que día a día dedicaba hacia mi persona y a este trabajo de tesis.

A la Dra. Martha A. Sánchez Rodríguez:

Gracias al compromiso y dedicación que mostró en este trabajo de tesis, sobre todo a su valiosa asesoría y experiencia que se transmitió día con día.

Al Centro Médico Ecatepec ISSEMYM:

Por el apoyo brindado y la facilidad en tiempo que se me otorgó para poder acudir a las clases, asesorías y trabajos extra clase que se presentaron en estos dos años, así como el permiso para poder realizar la investigación en el hospital.

DEDICATORIAS

A Dios:

Primeramente, al señor de señores por haberme dotado de dones y virtudes, las cuales han formado a esta persona que ahora soy. Por haberme llenado de su bendita gracia y paciencia para poder concluir con una etapa más de mi vida profesional.

A mis padres: Celedonia y Jesús

Los cuales son mi guía, ya que siempre están presentes cuando más los he necesitado y por haberme apoyado, incondicionalmente estos dos años de mi vida sin pedir nada a cambio, sólo con su desvanecido susurro de que ya falta poco para que este sueño sea una realidad.

A mis tres pequeños hijos: Santy, Regis y Pao.

Por ser tan pequeños, no entendían la insistencia de mamá para poder realizar estos estudios de posgrado, cuando ellos sólo sabían y querían estar conmigo. Pero sin duda, ellos son mí mejor motor e inspiración y son parte de mi vida, de mis proyectos y de ser el mejor ejemplo para ellos.

A mi esposo: Luis Alberto:

Por ser el mejor esposo, ya que siempre apoyo este proyecto personal, incondicionalmente, desde el primer momento sólo escuchaba de su boca expresiones de elogio y motivaciones, donde decía: ***a buenos pensamientos, buenos resultados.***

GRACIAS

Lo que más me sorprende del hombre occidental es que pierde la salud para ganar dinero, después pierde el dinero para recuperar la salud. Y por pensar ansiosamente en el futuro no disfrutan del presente, por lo que no viven ni el presente ni el futuro. Y viven como si no tuviesen que morir nunca, y como si nunca hubieran vivido.

Dalai Lama

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
I.-INTRODUCCIÓN.....	3
II.-MARCO TEÓRICO.....	5
2.1 Importancia de la Salud.....	5
2.1.1 Antecedentes.....	5
2.2 Prevención de la Enfermedad.....	10
2.3 Modelo Biomédico.....	12
2.4 Autocuidado a través de la historia.....	13
2.4.1 Tipos de cuidado.....	14
2.4.2 Concepto de autocuidado.....	15
2.4.3 Autocuidado desde una visión de enfermería.....	16
2.4.4 Teoría del autocuidado.....	17
2.4.5 Requisitos de autocuidado.....	17
2.4.6 Teoría del déficit de autocuidado.....	18
2.5 Autocuidado como principio fundamental en el escenario laboral.....	19
2.5.1 El trabajo y la salud.....	20
2.5.2 Autocuidado y personal de salud una responsabilidad.....	22
2.5.3 Concepto general de la profesión.....	24
2.5.4 Generalidades del sexo.....	25
2.6 Prácticas de autocuidado.....	27
2.6.1 Tipos de prácticas.....	27
2.7 Estilo de vida en el personal de salud.....	33
2.8 Calidad de vida en el personal de salud.....	34
2.9 Revisión de la literatura.....	36
2.9.1 Cuadro I. Estudios sobre prácticas de autocuidado aplicados en la salud Integral en personal de salud.....	38
III.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	45

IV.-HIPÓTESIS.....	47
V.-OBJETIVOS.....	48
VI.-MATERIAL Y MÉTODOS.....	49
6.1 Tipos de Estudio.....	49
6.2 Universo de estudio: sujetos y muestra.....	49
6.3 Criterios de inclusión.....	49
6.4 Criterios de exclusión.....	50
6.5 Variables de estudio.....	50
6.6 Operacionalización de variables.....	51
6.7 Recolección de la información.....	54
6.7.1 Integración del instrumento.....	54
6.7.2 Validación del instrumento.....	54
6.8 Aplicación del instrumento.....	56
6.9 Aspectos éticos y legales.....	56
VII.-RESULTADOS.....	57
VIII.-DISCUSIÓN.....	78
IX.-CONCLUSIONES.....	88
X.-RECOMENDACIONES.....	89
XI.-APORTACIONES.....	90
XII.-LIMITACIONES DE ESTUDIO	91
XIII.-REFERENCIAS.....	92
ANEXOS.....	109

RESUMEN

Introducción: el personal de salud es considerado como un grupo de profesionales relativamente sanos, a los cuales se les prepara para promover la salud, sin embargo, el concepto del autocuidado se ha desvalorizado en ellos.

Objetivo: analizar las prácticas de autocuidado aplicadas en la salud integral del personal de salud en un hospital del área metropolitana generales y estratificadas por sexo y profesión.

Metodología: se realizó estudio transversal, analítico, observacional y comparativo en una población de 192 profesionales de la salud de ambos sexos y diferentes profesiones, de un hospital del área metropolitana. Se diseñó y validó un instrumento de prácticas de autocuidado para evaluación de la salud integral, conformado por tres dimensiones (física, social y psicológica). Los datos se analizaron con medidas de tendencia central y dispersión, frecuencias, porcentajes y como prueba de comparación se utilizó X^2 .

Resultados: del total de profesionales incluidos en el estudio, 131 (68%) fueron mujeres y la edad promedio fue 38.6 ± 8.2 años. Con relación a la profesión, enfermería resaltó con 70 participantes, seguido de médicos/as, trabajadoras sociales, químicos laboratoristas y 4 nutriólogos/as. En el autocuidado físico, el 64% manifiesta un autocuidado óptimo; sin embargo, en la parte preventiva el 53% no realiza una actividad física extra y el 75% no practica ningún deporte. De las mujeres, el 22% se realiza la mastografía de control, 74% se realiza la auto-exploración mamaria y sólo el 21% la densitometría ósea; de los hombres el 41% no se realiza el antígeno prostático. En el autocuidado global se cuidan más los hombres que las mujeres. En general, son pocos los profesionistas con déficit de autocuidado, independientemente de la profesión, aunque en el aspecto físico, sólo 36 (54%) de los médicos(as) tienen buen autocuidado, comparado con más del 60% de las otras profesiones.

Conclusión: El buen autocuidado en todas las dimensiones está por debajo del 50% indistintamente del sexo y profesión, las dimensiones social y psicológica son las más descuidadas con regular autocuidado. En la parte preventiva las prácticas que más se descuidan en las mujeres son: la actividad física, la auto-exploración mamaria, la mastografía y la densitometría ósea, y en los hombres la medición del antígeno prostático.

Palabras clave: Prácticas de autocuidado, salud integral, personal de salud.

ABSTRACT

Introduction: the health personnel is considered as a group of relatively healthy professionals, who are prepared to promote health, however, the concept of self-care has been devalued in them.

Objective: to analyze the self-care practices applied in the integral health of health personnel in a general metropolitan hospital and stratified by sex and profession.

Methodology: a cross-sectional, analytical, observational and comparative study was conducted in a population of 192 health professionals of both sexes and different professions, from a hospital in the metropolitan area. An instrument of self-care practices was designed and validated for comprehensive health assessment, consisting of three dimensions (physical, social and psychological). The data were analyzed with measurements of central tendency and dispersion, frequencies, percentages and X² was used as comparison test.

Results: Of the total number of professionals included in the study, 131 (68%) were women and the average age was 38.6 ± 8.2 years. Regarding the profession, nursing highlighted with 70 participants, followed by doctors, social workers, laboratory chemists and 4 nutritionists. In physical self-care, 64% manifest optimal self-care; However, in the preventive part 53% do not perform an extra physical activity and 75% do not practice any sport. Of the women, 22% performed the control mammography, 74% performed the breast self-examination and only 21% performed the bone densitometry; of men, 41% do not have prostate antigen. In global self-care men are more taken care of than women. In general, few professionals with self-care deficit, regardless of the profession, although in the physical aspect, only 36 (54%) of doctors (as) have good self-care, compared with more than 60% of other professions.

Conclusion: Good self-care in all dimensions is below 50% regardless of sex and profession, the social and psychological dimensions are the most neglected with regular self-care. In the preventive part, the practices that are most neglected in women are: physical activity, breast self-exploration, mammography and bone densitometry, and in men the measurement of prostate antigen.

Key words: Self-care practices, integral health, health personnel.

I. INTRODUCCIÓN

Al referirse sobre las conductas de autocuidado es indispensable hablar del proceso enseñanza- aprendizaje, donde las necesidades humanas se manifiestan a través de conductas, las cuales se fundamentan en una toma de conciencia, de la misma manera, estas necesidades se encuentran a lo largo de nuestra vida y van desde las necesidades fisiológicas básicas hasta la autorrealización.

Sin embargo, en el contexto de los profesionales de la salud una realidad particular que se ha observado es un incremento de las exigencias que debemos asumir como empleados. A menudo nos vemos sometidos a una gran presión laboral, ya que hemos visto en nosotros y en el resto del equipo de salud, una enorme despreocupación hacia nuestra propia persona, lo que ha ocasionado un aumento en el ausentismo laboral, un alto número de licencias médicas por estrés, problemas de salud mental, sedentarismo, una alimentación inadecuada, obesidad, desinterés a la realización de estudios de prevención (papanicolaou, mastografía, antígeno prostático), la falta de comunicación y de relaciones interpersonales, inestabilidad laboral, etc.).

Como parte del equipo de salud que convive más de ocho horas diarias en el mismo trabajo, es de suma importancia comprender los problemas que se han mencionado anteriormente, tomar conciencia sobre el concepto de autocuidado, es decir las prácticas que el propio individuo realiza en pro de sí mismo, ya que existe una gran desvalorización de éste dentro del equipo de salud.

Por ello, el presente estudio titulado ***prácticas de autocuidado aplicadas en la salud integral en el personal de salud***, se realiza con la finalidad de analizar las prácticas de autocuidado aplicadas en la salud integral, de modo que los resultados permitan la formulación de estrategias para favorecer o modificar e incrementar conductas saludables.

En este sentido el estudio se organizó en diferentes apartados donde se plasma el marco teórico, el cual incluye la importancia de la salud, sus antecedentes, así como se ha llevado la evolución o transformación de este concepto, por otro lado, se da una generalidad de la prevención y enfermedad, así mismo se establece la influencia del modelo biomédico el cual construye la base de la medicina científica moderna, otro apartado que se realizó es el autocuidado a través de la historia, los diferentes tipos de éste, y su concepto desde la perspectiva de diferentes organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y más aún la visión que tiene la propia disciplina de enfermería, ya que el concepto de autocuidado fue originado en el campo de la enfermería por la teórica Dorothea Orem así mismo plasmó toda una teoría la cual se describe durante el desarrollo del trabajo.

Por otro lado también se desarrolló el autocuidado como principio fundamental en el escenario laboral, como la OMS maneja salud ocupacional y la importancia que tiene la salud y el trabajo, más adelante se desarrollan los diferentes tipos de prácticas, su concepto y las repercusiones que se tienen, no obstante se plantea una visión general del estilo de vida y la calidad de vida en los profesionistas de la salud, de la misma se da una revisión de la literatura donde en este marco se han llevado algunos estudios con el propósito de conocer cuáles son las prácticas que se realizan con frecuencia en esta población de estudio.

Posteriormente, se plantea el problema a tratar con su respectiva hipótesis de trabajo, los objetivos generales y específicos a cumplir, también se desarrolla la metodología como es: el tipo de estudio, población, las muestras, las variables identificadas, la recolección y el análisis de datos. Por último se presentan resultados con su comprobación de hipótesis, la discusión de los mismos, las conclusiones, recomendaciones y limitaciones del trabajo al final se plasman referencias bibliográficas y los anexos.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Importancia de la Salud

Cuando el personal de salud fue interrogado acerca de la importancia que tiene para ellos la salud en su vida propia, su respuesta por lo general es que la consideran de alta prioridad, no obstante, en el día a día, la situación es distinta. La salud es un tema que pocas veces se valora, porque se cree que es algo normal y que se puede controlar, en cambio, cuando se piensa en enfermedades o ante un peligro de epidemia, las personas reaccionan y emprenden acciones para protegerse.

Es así que el personal de salud desea gozar de buena salud, pero creen que lo pueden lograr en automático, sin tener que realizar mayores esfuerzos, ni cambiar comportamientos nocivos. En la salud influyen los genes, si bien, algunas investigaciones señalan que en la gran mayoría de los casos son más determinantes otros factores como lo es el autocuidado y la prevención.

2.1.1 Antecedentes

Mientras tanto ¿Qué es salud? ¿Qué hemos entendido por salud en la historia reciente? Existen muchos conceptos sobre la salud, pues en la mayoría de las concepciones, este es un producto social, dinámico y con transformaciones a través del tiempo.

Desde las culturas primitivas hasta las más modernas, todas han manejado creencias y prácticas sobre la salud, ya fuera para mantenerla o para evitar enfermarse. En la época de los griegos, los romanos, el cristianismo, la edad media, el renacimiento, los siglos XVII al XIX, tuvieron su concepción de salud que evolucionó, cambió y dio sus contribuciones para posteriores desarrollos en la sociedad occidental del siglo XX y parte del actual.¹ En el siglo pasado diversos teóricos escribieron acerca del concepto de salud y su evolución histórica. En la revisión realizada para este documento, se encontró que diversos autores coinciden en mencionar algunos momentos de la evolución o transformación de este concepto.

Se plantean cinco etapas en la evolución histórica del concepto de salud:

La salud como lo contrario a la enfermedad

Esta etapa, como su nombre lo indica, concibe a la salud como “no estar enfermo”, es decir, asume que si la persona no está enferma entonces está sana. Esta concepción está ligada a que la enfermedad es más fácil. Sin embargo, hoy se sabe que se puede estar enfermo y sentirse saludable, como es el caso de enfermedades como el cáncer de cuello uterino, en el que puede pasar mucho tiempo antes de identificar que la persona está enferma. También sucede lo contrario, que la persona esté sana físicamente pero se siente enferma. Esta concepción fue manejada a principios del siglo XX hasta la década de los 40, la cual ha sido relegada.¹

La salud como ideal de bienestar

Surge a partir de la promulgación del concepto de salud que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946. Al mismo tiempo, ***define a la salud como el estado completo de bienestar biológico, psicológico y social, lo cual implica una valoración del propio individuo o de otros, de las condiciones de su estado momentáneo, en el flujo del binomio salud/enfermedad en el tiempo y en el espacio.***^{2, 3}

En este orden de ideas, se manifiesta que: La salud implica algo más que una "situación de bienestar", se extiende hacia un concepto global de la vida. Una vida saludable incluye tener cubiertas las necesidades fundamentales para el mantenimiento de la misma, para la recreación y el desarrollo intelectual, tener sentimientos de pertenencia y aceptación en un grupo determinado de convivencia, estar vinculado a causas consideradas buenas por la persona y a desarrollar la capacidad de optar y decidir lo que uno quiere para sí mismo y llevarlo a cabo.⁴

✚ La salud como equilibrio con el entorno

Este concepto resalta a partir de la década de los 60, cuando se dice que la salud es “el estado puntual de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en dicho medio”.^{1,5} En esta concepción aparece la importancia de la adaptación de las personas con el ambiente, no solamente físico, sino también mental y social.

✚ La salud como un estilo de vida

Mientras tanto en la década de los 70, se considera al individuo como protagonista de su propia salud y lo hace responsable de las acciones que realice o no a su estado de salud. Asimismo, se le da mayor importancia al comportamiento y a la conducta de las personas como derivadas de ellas, por ejemplo: los accidentes de tránsito, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, entre otras.¹

✚ La salud como desarrollo personal y social

La salud como construcción del propio individuo pero también de la sociedad en la que está inmerso. Está basado en los factores determinantes de la salud como son: los factores biológicos, el comportamiento, el medio ambiente y los servicios de salud influyen en la propia salud, y dentro de ellos el comportamiento de las personas y el medio ambiente físico y psicosocial, son los que más pesan en la producción de la salud.⁶

A su vez, esta concepción está basada en lo mencionado en la Carta de Ottawa, cuando dice: que la salud es un recurso para la vida y que ésta se crea cuidando de sí misma y de otros, en la medida que se tiene la capacidad para tomar decisiones, controlar las circunstancias y el entorno que afecten la vida y la salud de las personas. *Del mismo modo, enfatiza la necesidad de visualizar la salud desde un enfoque socio sanitario y donde señale líneas de acción para que los distintos sectores de la sociedad, incluido el sector salud diseñen y realicen actividades para promover la salud de las poblaciones.*^{7, 8}

Además, habría que mencionar que la conceptualización de la salud dada en Ottawa fue reiterada y ampliada veinte años después en Bangkok, mediante la Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado, en la cual se menciona que **la salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin discriminación alguna, que la promoción de la salud se basa en este derecho humano fundamental y refleja un concepto positivo e incluyente de la salud como un factor determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar mental y espiritual.** Con esto se inicia un nuevo significado en la conceptualización de la salud como un derecho humano fundamental, determinado socialmente que incluye otras dimensiones como lo es la espiritual.⁹

✚ **En la sexta etapa del concepto de la salud, también se enfatiza que la salud es determinada socialmente.**

Lo cual hizo que crearan intervenciones de educación sanitaria individual y de comunicación social, centradas en el cambio de conductas de las personas. No obstante, en los países desarrollados, diversos autores como lo es Wilkinson R, Marmot M, *han recabado evidencias científicas que muestran cómo los determinantes sociales tienen que ver no sólo con las decisiones individuales, sino también con la salud y la vida de los seres humanos.*¹⁰

La Promoción de la Salud (OMS) define los determinantes de la salud como **el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones.**¹

Por lo tanto, hay determinantes de la salud que están bajo control del individuo: comportamientos y estilos de vida orientados al cuidado de la propia salud y el uso de los servicios sanitarios; y otros que están fuera del control de la persona e incluyen condiciones sociales, económicas y el entorno, así como la prestación de los servicios sanitarios.¹¹

La salud es el fundamento esencial que apoya y nutre el crecimiento, el aprendizaje, el bienestar personal, la plenitud social, el enriquecimiento de los demás, la producción económica y la ciudadanía constructiva.¹²

✚ **Esta última etapa plantea un gran reto para todos los actores del desarrollo pero, especialmente para los sectores de salud y educación, con el fin de compaginar el pensar global con el actuar de la persona.**¹

El reto es como hacemos realidad en la vida cotidiana, comportamientos más sanos y favorables, así como más prácticas saludables para fortalecer nuestra salud individual.

Además, existen tres condiciones generales de salud: ¹²

✚ **Personas Saludables:** Son individuos que aparentan buenas condiciones de salud, sin presentar síntomas de algún padecimiento.

✚ **Personas con sospecha de padecimiento:** Se han detectado ciertas condiciones anormales, y es recomendable acudir con el médico para desechar las sospechas.

✚ **Personas con un padecimiento confirmado:** Se ha confirmado una enfermedad, para la cual se debe prescribir un tratamiento.

La OMS en 1983 planteó que la salud es el resultado de los cuidados que se dispensa a uno mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones, de controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en la que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.¹³

Conviene subrayar que la **Salud Física** se trata de un nivel de susceptibilidad a una enfermedad, al peso corporal, agudeza visual, fuerza, potencia, coordinación, nivel de tolerancia y rapidez de recuperación que posee un individuo. Entre las características de la salud física destacan: funcionamiento eficaz del cuerpo, resistencia a enfermedades, capacidad física de responder apropiadamente a una diversidad de eventos y el nivel adecuado de salud física.¹⁴

Además, la **Salud Mental** es más que ausencia de enfermedad y la OMS la describe como: un estado de bienestar en donde el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, donde puede afrontar las presiones normales de la vida, el trabajar productivamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad.¹⁴

De la misma manera, la **Salud Social** es la habilidad de relacionarse con la gente y el medio ambiente, así como de satisfacer las relaciones interpersonales. Características de que la persona se encuentra integra en su medio social.¹⁴

Sin embargo, la salud desde la óptica profesional implica un trabajo de prevención y promoción de conductas, hábitos y entornos, lo más favorecedor posibles para poder optar al máximo nivel de salud.

2.2 Prevención de la Enfermedad

A lo largo de sus 100 años de trabajo en pro de la salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha abogado por la prevención de las enfermedades y la mejora de la salud. A partir de esto, ha trabajado, para cumplir *el fomento de las políticas públicas saludables, la creación de entornos favorables, el fortalecimiento de las acciones comunitarias y el desarrollo de las capacidades individuales.*¹¹

La prevención es la disposición de anticiparse a determinados acontecimientos para evitar o minimizar un riesgo, el objetivo de prevenir es lograr que un perjuicio eventual no se concrete.¹⁵

Cuando se habla de prevención de enfermedades se refiere a tres diferentes tipos:

✚ **Primaria:** Consiste en evitar la enfermedad con la reducción de factores de riesgo mediante las medidas preventivas como son: vacunación, actividad física regular, alimentación saludable, evitar el tabaquismo, moderar el consumo de alcohol, entre otros.

✚ **Secundaria:** Se basa en la detección oportuna de enfermedades. Algunos ejemplos son la detección precoz de cáncer de mama y cuello útero, la diabetes mellitus y enfermedades del corazón.

✚ **Terciaria:** Consiste en impedir que una enfermedad tratada provoque complicaciones por sus secuelas. Un ejemplo, es la rehabilitación de pacientes con cáncer.

La adopción de prácticas preventivas de la salud exige un profundo cambio cultural de las personas, no existen fórmulas mágicas para vivir más años y con mayor calidad. Se necesita esfuerzo diario en varios aspectos: ejercicio, alimentación, manejo apropiado del estrés, evitar hábitos nocivos, exámenes regulares, visitas periódicas al médico, etc.

Por lo cual, la medicina preventiva requiere de la enseñanza de prácticas saludables, no es sencillo eliminar o modificar hábitos y más en el personal de salud, ya que como individuos estamos enraizados a lo largo de toda la vida, en ocasiones apoyados en mitos o costumbres familiares erróneas, que propician prácticas incorrectas sobre el cuidado de la propia salud.

Es importante mencionar que en los años recientes, ha habido un cambio en la forma de comprender al ser humano en general y a las emociones en particular. Distintos investigadores como Góngora, Seligman, Paterson, Gillham y col., han señalado que las ciencias de la salud física y mental hicieron excesiva redundancia en los aspectos negativos, la enfermedad, y poco en los aspectos salutogénicos que fortalecen y permiten un estado de salud óptimo e integral.¹⁶⁻¹⁹

A pesar de este énfasis, al ser humano le aquejan más patologías no transmisibles y lesiones. Es decir, padecimientos que son resultado de su estilo de vida, que lo llevan al malestar crónico y a la muerte. Es el caso de la población en México, el 84% de los fallecimientos responde a ellos. Las primeras tres causas de muerte en el adulto medio, que va de los 40 a 65 años de edad, están ligadas a procesos patológicos no contagiosos: diabetes, enfermedades crónicas del hígado y las enfermedades isquémicas del corazón, tal como ha quedado registrado en el *Programa Nacional de Salud 2007-2012*.²⁰

2.3 Modelo Biomédico

A lo largo de la historia el desarrollo de la biología ha sido paralelo al de la medicina. Por lo tanto, es natural que la visión mecanicista de la vida, una vez establecido firmemente en el campo de la biología, haya dominado también la actitud de los médicos y el resto del personal de salud ante la salud y la enfermedad. De la influencia del paradigma cartesiano en el pensamiento médico resultó el llamado **modelo biomédico**, el cual constituye la base conceptual de la medicina científica moderna.

En donde el cuerpo humano es considerado como una máquina que puede analizarse desde el punto de vista de sus partes; la enfermedad es el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos, la tarea del médico es intervenir, física o químicamente, para corregir las disfunciones de un mecanismo específico. No obstante, tres siglos después la ciencia de la medicina sigue basándose, en el “concepto del cuerpo como máquina de la enfermedad, como consecuencia de la máquina defectuosa, y de la tarea del médico, principalmente de la reparación de esta máquina”.²¹

Es preciso puntualizar, que la medicina ha sido una actividad eminentemente recreativa y curativa, por lo cual resulta imperativo cambiar el modelo absoluto de medicina curativa basada en la enfermedad, por uno nuevo de medicina preventiva fundamentado en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; con ellos se obtendrían enormes ahorros para los gobiernos y la sociedad, y lo más importante, que se gozaría de mejor salud y bienestar.¹²

2.4 Autocuidado a través de la historia

Como antecedente de importancia el autocuidado de la salud se inscribió dentro del concepto de promoción de la Salud, el cual fue enunciado de manera precisa en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud que se llevó a cabo en Ottawa desde 1986.⁸

La forma de cuidado a través de la historia ha sido una construcción cultural realizada en un patrimonio de prácticas, ritos, creencias, actitudes, representaciones y conocimientos, que una cultura tiene alrededor del cuidado. De acuerdo con la cultura griega, el auge de corrientes filosóficas como el estoicismo generaron ideas importantes en torno al autocuidado, con la práctica llamada por ellos **cultivo de sí**, la cual hace énfasis y valoriza la importancia de las relaciones del individuo consigo mismo.²²

Como podemos ver el **cultivo de sí** se basaba en el principio que hay que cuidarse y respetarse a uno mismo, en tanto al intensificar la relación con uno mismo se construye sujeto de sus actos. Los griegos tenían una visión integral de lo que debía ser el cuidado de sí y enfatizaban la necesidad de cuidar no sólo el cuerpo, sino también el alma.

Los avances científicos y tecnológicos, especialmente, los relacionados con la medicina, de igual manera, influyeron en el concepto y formas de promocionar el cuidado. Si bien, en el campo de la medicina entre las razones que influyeron en el concepto y prácticas de cuidado y autocuidado, se pueden mencionar las siguientes:

✚ La medicina diseñó un sistema de salud para curar la enfermedad y no para promover la salud.

✚ Con la parcelación que hace el modelo biomédico del cuerpo y sus funciones y la separación entre cuerpo y espíritu, se comenzó a confundir los cuidados con los tratamientos, hasta el punto de utilizar los términos cuidar y tratar como sinónimos.²⁰

Sin embargo, es importante tener claro que el cuidar proviene de la palabra *coidar*, discurrir, donde, a su vez, proviene del latín *cogitare*, pensar; su etimología también la relaciona con sentir una inclinación, preferencia o preocupación, es decir, para cuidar no sólo se requiere hacer cosas; se hace necesario, antes que eso, pensar, discurrir. Es un acto tanto intelectual y teórico, como práctico.²³

Es una interacción humana de carácter interpersonal, intencional, único, que se sucede en un contexto sociocultural, tiene un fin determinado y que refuerza o reafirma la dignidad humana. Por consiguiente, es un proceso intersubjetivo y simétrico, en el cual ambos, cuidado y cuidador, establecen una relación de doble vía que parte del reconocimiento del otro como ser humano pero diferente, e implica estar con la persona (s) a quien (es) se cuida.²³

2.4.1 Tipos de cuidado²³

En el proceso de cuidar la vida y la salud se dan tres tipos de cuidado:

✚ **Cuidado o asistencia a otros (los cuidamos):** Esta forma de cuidado corresponde a la atención sanitaria, que se presta a la persona enferma en una institución de salud; es el cuidado científico, sistemático y aprendido que se lleva a cabo mediante el empleo de prácticas curativas, que los profesionales de la salud realizan con el fin de ayudarlo a restablecer su salud y alcanzar mayores niveles de bienestar.

✚ **Cuidado entre todos (nos cuidamos):** El cuidado entre todos es denominado autocuidado colectivo y se refiere a las acciones que son planeadas y desarrolladas en cooperación entre los miembros de una comunidad, familia o grupo, quienes procuran un medio físico y social afectivo y solidario.

✚ **Cuidado de sí (me cuido):** Corresponde al autocuidado individual y está conformado por todas aquellas medidas adoptadas por uno mismo, como gestor de su autocuidado. Dicho de otra manera, consiste en mirar por su propia salud y darse buena vida.

2.4.2 Concepto de autocuidado

El concepto de autocuidado es un constructo teórico conceptual. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar.

Mientras tanto el **Concepto básico del autocuidado** se refiere al conjunto de acciones intencionales, realizadas por el individuo, con el fin de controlar los factores internos o externos que pueden comprometer su vida y desarrollo.¹³

También, para la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, el **autocuidado** se refiere a *todo aquello que todas las personas hacen por sí mismas con el propósito de restablecer y preservar la salud o prevenir y tratar las enfermedades.*²⁴

Así mismo, la **Organización Panamericana de la Salud (OPS)** define el **autocuidado** como *"un instrumento efectivo y eficiente para el fomento, preservación y restauración de la salud, por lo que debe ser promovido en lo individual y en lo colectivo".*^{25, 26}

En los objetivos reflejados en política de salud en el siglo XXI, donde adquiere relevancia el autocuidado como uno de los principales ejes de promoción y lo describe como las *actividades que los individuos, familiares y comunidades emprenden con la intención de mejorar la salud, prevenir o controlar la enfermedad y restaurar la salud.*²⁷ Estas actividades se derivan del conocimiento y habilidades técnicas y de la propia experiencia de la vida y son emprendidas por las personas por decisión propia o en colaboración con los profesionales sin embargo, para estos implica una responsabilidad y una tarea continua de coherencia donde está inmerso su trabajo de ahí su importancia en este trabajo de investigación.

2.4.3 Autocuidado desde una visión de enfermería

Orem usó por primera vez la idea de autocuidado en su definición de enfermería de 1956, y posteriormente en 1959, al hablar de cuándo y por qué las personas requieren y pueden ser auxiliadas por la enfermería. El concepto de autocuidado se formalizó y validó en los 60's por medio del trabajo de miembros del Grupo de Conferencia del Desarrollo de la Enfermería (NDCG).²⁸

Tanto el concepto como la teoría de autocuidado asumen a los humanos como seres que se ocupan de ellos mismos. Este punto de vista es importante y complejo porque el individuo mismo es al mismo tiempo el **agente de acción** (quien ejecuta la acción) y el **objeto de acción** (quien recibe la acción), en los que el agente actúa en bien de otra persona, pero para estos últimos es verdaderamente fundamental el conocimiento teórico y práctico del autocuidado. Desde esta perspectiva teórica es esencial que los enfermeros tengan conocimiento real sobre el autocuidado y entiendan que los seres humanos son tanto el centro de sus propias acciones como los agentes de estas.²⁹

A lo largo de su profesión, fue acumulando una serie de conocimientos, que bien le ayudaron para la elaboración de su teoría déficit de autocuidado; en sus inicios se describieron conceptos globales de interés conocidos como metaparadigmas, que durante el progreso de la ciencia han ido variando en su concepción.²⁶

Así que, Orem describe cuatro metaparadigmas significativos:^{30, 31}

✚ **Persona:** la define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas, sociales y con potencial para aprender y desarrollarse. Orem denominó también a la persona como agente.

✚ **Entorno:** son los factores físicos, químicos, biológicos y sociales que pueden influir o interactuar con la persona.

✚ **Salud:** es el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental.

✚ **Enfermería:** es quien presta asistencia directa en su autocuidado según sus requerimientos debido a las incapacidades que se tienen.

Es una de las autoras que aportó grandes conocimientos para el desarrollo de esta ciencia, a través de su trabajo como enfermera privada, pública y como docente. Durante su carrera, trabajó en conjunto con otras colegas, para el desarrollo conceptual de la reconocida **teoría del déficit de autocuidado** publicado en 1971, como una teoría general que abarca a su vez tres sub teorías de gran importancia como son: *la teoría de autocuidado, déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas enfermeros*.^{32, 33}

Es una teoría que sirve como guía para el mejoramiento de la profesión y como base de investigación que aumente el cuerpo de enfermería y hace de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

Con fines de investigación solo se desarrolló la teoría de autocuidado y déficit de autocuidado.

2.4.4 Teoría del autocuidado^{34 - 36}

Explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: “El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo”, se conceptualiza como una acción deliberada.

Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas por sí mismas, 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 bienestar.

2.4.5 Requisitos del autocuidado^{33, 37}

Dentro de esta teoría, se detallan ciertos requisitos que son criterios sobre las acciones que se consideran necesarias, para regular los diversos aspectos del funcionamiento y desarrollo humano de forma permanente o en condiciones específicas.

✚ **Requisitos del autocuidado universales:** corresponde a las acciones destinadas a satisfacer las necesidades humanas básicas, físicas, psicológicas, sociales y espirituales, para un funcionamiento humano. Distingue seis requisitos:

- ✚ Mantenimiento de un consumo de agua, aire y alimentos suficientes.
- ✚ Prestación de la asistencia, relacionada con los procesos de eliminación y los excrementos.
- ✚ Preservación del equilibrio entre actividad y reposo.
- ✚ Equilibrio entre soledad e interacción social.
- ✚ Preservación de los riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal.
- ✚ Promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de los grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones que son conocidas y el deseo de ser normal en lo que corresponde a sus cualidades y características genéticas y constitutivas del individuo.

2.4.6 Teoría del déficit del autocuidado

Es una expresión que expone la relación entre la capacidad de acción de una persona y sus necesidades de autocuidado. Para conclusión de este trabajo, se describirá déficit de autocuidado como ausencia de autocuidado.

Con respecto a la **ausencia de autocuidado** podemos definirla como *la falta o una capacidad no adecuada del individuo para realizar todas las actividades necesarias, que garanticen un funcionamiento pro saludable.*^{31, 38}

Esta teoría tiene como **supuesto** principal que **el autocuidado no es innato, esta conducta se aprende, se vive durante el crecimiento y desarrollo del ser humano, en un comienzo a través de las relaciones interpersonales que se establecen con los padres, quienes son los modelos a seguir por los niños, y posteriormente con amigos, familia, es decir, el entorno que los rodea.**³²

Cabe resaltar que se extiende el concepto de autocuidado al escenario laboral como es:

2.5 Autocuidado como principio fundamental en el escenario laboral

El concepto de salud ocupacional considera las relaciones establecidas por el ser humano en su ámbito de trabajo, lo que implica los medios y modos de producción, así como las relaciones sociales y de la organización, que de ellos se derivan.

La **salud laboral**, también conocida como **salud ocupacional**, por lo general está relacionada con los riesgos de trabajo, debido a su orientación desde la visión de la empresa. La **OMS** la define como una **actividad multidisciplinaria dirigida a promover y proteger la salud de los/as trabajadores/as mediante la prevención, control de enfermedades, accidentes, la eliminación de los factores y condiciones que ponen en peligro la salud y la seguridad en el trabajo.**³⁹

Además, procura generar y promover el trabajo seguro y sano, así como buenos ambientes y organizaciones de trabajo, realzar el bienestar físico, mental y social de los trabajadores/as y respaldar el perfeccionamiento y el mantenimiento de su capacidad de trabajo. A la vez, busca habilitar a los/as trabajadores/as para que lleven vida social y económicamente productivas y así contribuir efectivamente al desarrollo sostenible, la salud ocupacional permite su enriquecimiento humano y profesional en el trabajo.⁴⁰

De la misma manera, el propósito de la salud ocupacional es servir a la salud de los trabajadores en forma individual o colectiva, para aportar las soluciones que puedan contribuir al constante mejoramiento de la salud y vida de la clase trabajadora.⁴¹ Por esta razón, se hace necesario discutir sobre el estrés ocupacional como un tema prevalente en la sociedad actual, que aunque es de baja incidencia cada vez afecta a mayor número de individuos y es la causa de un sin número de enfermedades que influyen en el rendimiento y vida de los trabajadores.⁴²

El trabajo no cura ni enferma a nadie sino las condiciones de este, que puede ser eugénicas o patogénicas. Lo cierto es que el trabajo no siempre atrae condiciones que favorecen la salud; en muchas ocasiones propician la exposición a situaciones de riesgo que ponen en peligro la salud, integridad y en el peor de los escenarios la vida de los trabajadores. Por ser así, para la psicología positiva, es importante tener elementos favorables que incrementen la calidad de vida laboral y la satisfacción por el trabajo; como el involucramiento, una autoestima saludable, habilidades sociales para mejorar el afrontamiento a estresores laborales como la asertividad, las redes de apoyo social y la espiritualidad en el trabajo, entre otros.⁴³

En este orden de ideas, la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores son fundamentales para la empresa en términos de productividad, sostenibilidad y competitividad, para el contexto personal y familiar de los trabajadores y para la economía en general. Por lo anterior, en la evaluación de las condiciones de trabajo de una determinada organización productiva es necesario considerar los aspectos de bienestar, calidad de vida e indicadores positivos de salud laboral.⁴⁴

2.5.1 El trabajo y la salud

Aunque, existen datos de la magnitud de las afecciones originadas por el trabajo, es importante reconocer la posibilidad de realizar acciones para mantener y desarrollar la salud en el entorno laboral.

Sin embargo, es necesario tener en cuenta que la salud está sujeta a diferentes **factores de riesgo**, se entiende este como un **conjunto de fenómenos de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social que involucra la capacidad potencial de provocar daño**, es decir, son los eventos que aumentan o crean la posibilidad de enfermar.⁴⁵

✚ **De tipo físico:** Una persona está en **riesgo** cuando se enfrenta a la proximidad, la inminencia o la cercanía de un daño eventual. La noción, por lo tanto, se vincula a la posibilidad de que un daño se materialice. Un riesgo físico está asociado a la probabilidad de sufrir un daño corporal e incluso un accidente que puede provocar la muerte.⁴⁶

✚ **De tipo químico:** Es aquel **riesgo** susceptible de ser **derivado por una exposición** no controlada a agentes **químicos**, la cual puede producir efectos agudos o crónicos y la aparición de enfermedades.⁴⁷ Ejemplo: Inhalación, Absorción cutánea, Inflamables Irritantes, etc.

✚ **De tipo biológico:** Son todos aquellos microorganismos que tienen la capacidad de causar enfermedades a las personas expuestas directa o indirectamente a su contagio.⁴⁸

✚ **De tipo ergonómico:** Son los sobres esfuerzos, que producen trastornos o lesiones músculo-esqueléticos en los trabajadores, por ejemplo; dolores y lesiones inflamatorias o degenerativas, generalmente en la espalda y en las extremidades superiores.⁴⁹

✚ **De tipo Psicosocial:** Son condiciones que influyen en la aparición de estrés laboral que afecta la salud de los trabajadores, más prevalentes son la atención al público y la monotonía del trabajo.^{50,51}

Los factores de riesgo psicosociales comprenden los aspectos intralaborales que identifican cuatro dominios: Demandas que impone el trabajo, control sobre el trabajo, relaciones entre los superiores y trabajadores y la recompensa o retribución que el trabajador obtiene a cambio de sus contribuciones.⁵²

Por otra parte, la organización Internacional del Trabajo (OIT) desarrolla y aplica una cultura de seguridad y salud preventiva en el lugar de trabajo. En el 2003, la OIT instituyó el 28 de abril como día mundial de la Seguridad y la Salud en el Trabajo, para destacar la necesidad de prevención de enfermedades y accidentes laborales, para lo cual utilizó el diálogo social.^{53, 54}

Al mismo tiempo, la **Organización Panamericana de la Salud (OPS)**, considera que el **lugar de trabajo** es un entorno prioritario para la promoción de la salud en el siglo XXI; plantea que la salud en el trabajo y los ambiente de trabajo saludables son los bienes más preciados de las personas, comunidades y países.⁵⁵

Un ambiente de trabajo saludable es esencial, no sólo para lograr la salud de los trabajadores, sino también para hacer un aporte positivo a la productividad, la motivación laboral, el espíritu de trabajo, la satisfacción y la calidad general de la vida. No obstante, pese a los beneficios comprobados que tiene, el lugar de trabajo saludable no es una realidad para la gran parte de trabajadores de América Latina y el Caribe.⁵⁶

2.5.2. Autocuidado y personal de salud una responsabilidad

Al personal de salud también es llamado **personal sanitario**: *Son todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud.*²⁴

Sin embargo, la concepción actual de la ética nos llama a tomar conciencia acerca de la responsabilidad de la dirección de nuestras acciones, así como de las consecuencias derivadas de ellas. **Los profesionales de la salud, como agentes de cuidado directo de las personas, se ven especialmente llamados a procurar no solo la prevención de daño en uno mismo, sino también el ofrecimiento de una atención de calidad.**^{57,}

De acuerdo con ello, y parafraseando al profesor Juan Pablo Beca: ***El médico, y todo profesional de la salud, necesita tener incorporadas como carácter o virtudes personales, ciertas condiciones de valores, equilibrio y salud mental, simplemente ser ejemplo a seguir, ya que son los responsables de la salud de los demás y para ser capaz de ayudar a otros en sus propios procesos de curación.***^{55, 59}

Uno de los propósitos primordiales del autocuidado en los profesionales de la salud es disminuir comportamientos nocivos, lograr reducir los factores de riesgo y complicaciones, así como proteger un buen vivir, desde la vida laboral hasta su entorno.

De esta manera, es importante resaltar que el personal de salud ha adquirido nuevos conocimientos científicos y tecnológicos. Durante esta evolución y ampliación en los campos de la práctica clínica de estos profesionales de salud, se han adecuados a las necesidades del paciente, se han saturado de información y actividades que implican desempeño de su trabajo, al cual le han dado prioridad, han modificado su estilo de vida y han dejado de lado sus necesidades biológicas, que se reflejan en el desconocimiento de su estado salud, en la actualidad, en el personal de salud predomina el sexo femenino, que cumple con diferentes roles en su vida diaria y social.⁶⁰

Es de suma importancia que el personal de salud sea capaz de reconocerse como un ser vulnerable, en riesgo de ser afectado emocionalmente por su trabajo y su dedicación, y que sea capaz también de encontrar las mejores herramientas para su cuidado personal, esto es parte ineludible de su responsabilidad.⁶¹

2.5.3 Concepto general de la profesión

A lo largo de la historia, la evolución de las fuerzas productivas ha ido configurando la **formación económico-social (FES)** y, dentro de ella, la manera de cómo se prestan los servicios especializados. Las características de las profesiones actuales tienen su origen en la constitución de la FES a que da lugar el nacimiento y la evolución del capitalismo.⁶² Al transformarse las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción por el crecimiento de las empresas, la división social del trabajo adquiere mayor complejidad y se multiplican los lazos de interdependencia funcional. Pero el proceso capitalista permite extender el concepto de **“trabajo productivo”** a toda actividad humana que puede ser pagada, aunque la situación laboral sea profundamente distinta de la del trabajador industrial que genera plusvalía.⁶³

Por otro lado, la **profesión** significa **“ocupación u oficio que requiere estudios especiales” y que es remunerada.**⁶⁴ Max Weber,⁶⁵ afirma que la palabra alemana *beruf*, *profesión*, denota un sentido de posición en la vida, de una esfera delimitada de trabajo y contiene, al igual que la inglesa *calling*, la idea de una misión impuesta por Dios.

Dentro de la nueva organización de la división del trabajo social, con el título universitario, se formalizó el estatus de **profesionista** para quien hubiese hecho una carrera.^{66, 67} Díaz Barriga⁶⁸ considera que el campo profesional surge en la estructuración de nuestro sistema escolar como una forma de regular el acceso al conocimiento y, además ordena, esto es, incluir y excluir a la persona en un ejercicio ocupacional.

La **profesión** resulta entonces una forma dentro de la **estructura social** reconocida por el estado y sujeta a normas jurídicas que regulan y sancionan su ejercicio; un área del conocimiento transmitida mediante la educación; una actividad caracterizada por el predominio del esfuerzo racional, y un producto de la investigación y la interacción de los profesionales con las exigencias de desarrollo que genera su entorno social, económico y político, para llevar a formar parte de la clase dominante.

Formal o informal, remunerado o no, el trabajo ocupa un lugar central en la vida de las personas, en todas partes del mundo. A través del trabajo, hombres y mujeres definen su identidad y su función en la sociedad. Pero a pesar de los ingresos y satisfacciones personales que a muchos proporciona, también puede entrañar peligros y riesgos para la salud y la seguridad. De ahí la importancia de concientizar al personal de salud para el cuidado de su propia salud.

Por consiguiente cada profesión que se estudió en este trabajo de tesis, como es la enfermería, medicina, trabajadoras sociales, químicos laboratoristas y nutriólogos elabora una ideología que cumple diversas funciones. En primer lugar, la ideología les da identidad. Los elementos principales de la identidad profesional son de dos clases: unos residuales, recogidos de la tradición histórica, y otros añadidos. Entre los primeros figuran: ética laboral, una idea de servicio universal, una jerarquía entre el trabajo culto y manual o servil, el prestigio de la profesión, la competencia profesional, el ideal de servicio, el concepto de mercado libre, la autonomía. *Es decir la ideología sirve también para legitimar la profesión entre la sociedad.*

2.5.4 Generalidad del sexo

La división sexual del trabajo

Básicamente la diversificación de funciones en el proceso productivo por razón del sexo tiene su fundamento en la división social o natural del trabajo; es decir, las características biológicas y psicológicas de cada **sexo donde se define que son las características fenotípicas del sujeto**, según son valoradas e interpretadas en cada cultura inducen una diferenciación de roles. Pero esta división “natural” ha sido también moldeada por el proceso capitalista.⁶²

En el plano de la división social del trabajo resulta explicable que en la mayor parte de las culturas conocidas a la mujer se haya asignado funciones importantes relacionadas con la atención a la salud.

Por su estrecha relación con los hijos y por sus responsabilidades hogareñas, vigila por la salud de la familia y administra los remedios caseros. Así que las mujeres se inclinan más por los estudios relacionados con el cuidado y la atención a las personas, como son la carrera de enfermería, trabajo social que hay más personal del sexo femenino. A diferencia con medicina que hay más del sexo masculino.

Si bien los últimos 15 o 20 años se ha alcanzado tasas de escolarización particularmente iguales para ambos sexos en la educación primaria. El acceso de la mujer a la educación profesional tiende a concentrarse en algunas carreras como: ciencias humanas, psicología, educación, trabajo social, odontología y la propia enfermería. A diferencia de otras profesionales que evidentemente hay más hombres como es la medicina, y las profesiones físico-matemáticos.⁶² Cabe mencionar con fines de investigación solo se tomaron algunas profesiones como son: enfermería, medicina, trabajo social, químicos laboratorista y nutrición.

En los últimos años la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo no ha traído de la mano la inclusión de la mayoría de los hombres al espacio de la reproducción doméstica y del cuidado. Por ello, las mujeres están asumiendo multiplicidad de roles y una doble o triple jornada laboral.

Esta sobrecarga de funciones no sólo tiene efectos perjudiciales en la salud de las mujeres (Informe Salud y Género 2006), sino que impide el normal acceso de las mujeres a puestos de poder y toma de decisiones, lo cual limita su capacidad para aumentar sus horas en un empleo remunerado, formal y asalariado.⁶⁹

La situación que se vive en la universidad, la investigación o las publicaciones científicas puede equipararse a la existente en los servicios de atención sanitaria: las mujeres son mayoría en los servicios sanitarios, aunque ocupan puestos de trabajo menos cualificados que los hombres. Es de reafirmar que las **ciencias de la salud** siguen siendo una prioridad para las mujeres, aunque a diferencia de 2001, se ven superada por las sociales y jurídicas.⁷⁰

Es preciso advertir a profesionales de la salud, en su periodo de formación académica, sobre los mecanismos de acción de los estereotipos. Ya que estos condicionarán sus opiniones, valores y expectativas profesionales sobre cuestiones claves, como los modos de enfermar de hombres y mujeres, las enfermedades o los puestos de trabajo propios de cada sexo, las profesiones masculinas y femeninas, el valor de los cuidados, las innovaciones, o el diferente uso del tiempo profesional.⁷¹

Es fundamental que los profesionales de la salud retomen su propio autocuidado la realidad es que este es una esencial función regulatoria humana, es un comportamiento aprendido. Como una función regulatoria, forma parte de la vida cotidiana de los individuos y el personal de salud no es la excepción.

2.6 Prácticas de autocuidado

Más aún, el personal de salud está obligado a llevar a cabo prácticas de autocuidado, muchas veces sin darse cuenta por ser parte de su rutina diaria y a la vez transformándolas en hábitos saludables. Con respecto a este punto podemos decir que ***son acciones que el personal de salud realiza para curar y promover su salud, evitar la enfermedad o recuperarse de ella.***²³

2.6.1 Tipos de prácticas

En el estilo de vida de las personas se presentan dos tipos de prácticas: las **positivas** o favorecedoras de la salud y las **negativas** o de riesgo, que caen en déficit de autocuidado.

Algunas prácticas de autocuidado que se establecieron para esta investigación son: alimentación adecuada, las consultas periódicas con el médico, manejo del estrés, actividad física, ejercicio, la automedicación, recreación y manejo del tiempo libre, descanso-sueño, evitar el consumo de tabaco, por mencionar algunas, realizar prácticas preventivas como la de la exploración de mamas, la mastografía, papanicolaou y la realización del antígeno prostático.

A continuación se describen algunas prácticas más importantes en esta investigación como son:

a) Alimentación

México tiene un serio problema de exceso de peso. En una reciente evaluación, uno de cada cuatro niños en edad escolar, uno de cada tres adolescentes, y siete de cada diez adultos presentó sobrepeso u obesidad.⁷²

El desarrollo del sobrepeso y la obesidad se debe al consumo de alimentos y bebidas altos en energía y el menor consumo de alimentos y bebidas bajo en energía (agua simple, frutas, verduras, granos enteros, carnes negras).^{73, 74} Por lo tanto, el resultado es la acumulación de grasa corporal.

Actualmente, muchas enfermedades se deben a una alimentación poco saludable, por lo que varios países han desarrollado sus propias recomendaciones nutricionales. En México se utiliza la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios Básicos de Salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria, la mejor guía alimentaria en la actualidad se basa en las recomendaciones de la Harvard School of Public Health Nutrition, World Cancer Research Fund y el American Institute For Cancer Research.⁷⁵

Todo cambio de conducta alimentaria implica un proceso en el que, poco a poco y con una serie de modificaciones en el día a día, se logra incorporar una nueva conducta como parte del estilo de vida propio. Este proceso de cambio establece cinco etapas en las que los individuos encuentran y adoptan un nuevo hábito alimentario. Pre-contemplación, contemplación, decisión/preparación, acción y mantenimiento.⁷⁶

En las modificaciones del día a día para moverse de una etapa a la siguiente, se encuentran cambios en la forma de pensar, percibirse a uno mismo y a los alimentos, la relación con los demás y con los propios alimentos, lo cual nos permite establecer metas a corto y largo plazo, identificar barreras y estrategias para conservar una nueva conducta.⁷⁷

b) Actividad física y ejercicio

Definitivamente, el cuerpo humano está diseñado para moverse y por lo tanto requiere realizar ejercicio de forma regular para mantenerse funcionando en forma adecuada. La actividad física en su sentido más amplio y el ejercicio estructurado son la mejor medicina para retardar el envejecimiento, conservar el cuerpo saludable, disminuir las probabilidades de enfermedades crónicas no transmisibles, reducir el estrés, la ansiedad y la depresión, mejora el estado de ánimo, tener un peso adecuado prolonga los años de vida. Esta hermosa medicina está al alcance de cualquier persona y es gratuita, si bien, es claro que se requiere de esfuerzo y perseverancia, adicionalmente al realizar actividad física se estimula la producción de endorfinas, catalogadas como la hormona de la felicidad por generar sentimientos de bienestar.¹⁴

El sedentarismo se considera igual o más perjudicial para la salud que el mismo tabaquismo, pero es factible modificar su tendencia en forma gradual, dedicar a la actividad física entre 30 a 60 minutos al día.

La **actividad física** se define como *todo movimiento corporal, producido por los músculos que logra un gasto energético*. El ejercicio físico es un tipo de actividad referido al movimiento corporal programado, estructurado y repetitivo que se efectúa para mejorar o mantener uno o más de los componentes del estado de forma física.⁷⁸

La actividad física puede llevarse a cabo: al realizar el lavado del automóvil, barrer la casa, bailar, caminar, subir y bajar escaleras o hacer cualquier tipo de actividad que haga latir el corazón con mayor intensidad. La “**falta de tiempo**” mencionada con frecuencia como obstáculo para no ejercitarse debe ser superada.⁶⁰

c) El sueño y sus beneficios^{14, 60}

Es una etapa en que las personas presentan un estado de conciencia. Distinto al de la vigilia y una reducción en el nivel de respuesta a los estímulos ambientales.

Está demostrado que la calidad del sueño es un factor importante para el mantenimiento de un buen estado de salud. La privación de sueño produce sensación de fatiga, somnolencia, trastornos cognoscitivos y problemas de salud diversos, que influyen en trastornos cardiacos, diabetes e incluso la muerte. El sueño es el pilar del bienestar del ser humano, al conciliar regularmente un sueño de calidad y cantidad adecuada se propicia el control y mantenimiento del peso corporal.

La salud mejora en gran medida si se tiene un sueño apropiado, la frecuencia cardiaca disminuye, las células y tejidos se reparan, el sistema cardiovascular se beneficia y disminuyen las posibilidades de padecimientos como la hipertensión arterial. Dormir ayuda a consolidar la memoria, a reorganizar la información y a extraer los datos más relevantes, lo cual favorece la creatividad, la autoestima y las relaciones externas.

Mejora la concentración para realizar correctamente las actividades, un sueño reparador disminuye sustancialmente todo tipo de accidentes vehiculares y los ocasionados por maquinas. Cuando una persona ha dormido es capaz de trabajar a su máximo potencial y permanece activo en sus labores más tiempo.

El sueño se considera la medicina más barata y la mejor receta para curar enfermedades.⁷⁹

La prevención de los trastornos del sueño mediante la adopción de una adecuada higiene del sueño ayudara no sólo a tener un mayor estado de salud físico sino que mejorará la eficiencia y la calidad de vida en el personal de salud.

d) Descanso y su importancia¹⁴

La fatiga es un mecanismo de defensa del organismo que indica la necesidad de descansar, es una respuesta normal e importante al esfuerzo físico, al estrés emocional, al aburrimiento y a la falta de sueño. Es un síntoma común y por lo regular no se debe a una enfermedad, sino a un trastorno físico o mental. La fatiga puede deberse a situaciones diversas, algunas son:

- ✚ Física o biomecánica, derivadas de esfuerzos musculares o movimientos repetitivos.

- ✚ Psíquica, debida principalmente a la sobrecarga mental, presiones externas y cualquier forma de estrés.

- ✚ La derivada de condiciones externas o ambientales adversas por agentes físicos como: calor, frío, ruido, vibraciones, radiaciones, falta de iluminación etc.

La acumulación de fatiga genera la llamada fatiga crónica, la cual puede iniciar con una simple gripa y durar algunos meses, normalmente esto se remedia con un simple descanso. La causa principal es la falta de pausas, o periodos breves de reposo durante el día, acorde al esfuerzo realizado y su duración.

Haber tenido un sueño reparador es la mejor forma de iniciar las actividades cotidianas. Si bien, el descanso a lo largo del día es fundamental para la salud física, emocional, y mental, además favorece un mejor desempeño de nuestras actividades.

Hoy en día se subestima la importancia del descanso y a veces la sociedad lo califica como signo de flojera. Pero, hay que reconocer la importancia del descanso para mejorar la salud en forma integral y ser más productivos, aumentar el nivel de atención y lograr una mejor eficiencia de las actividades.

e) Manejo de estrés^{14, 60}

“Estoy estresado” es un de las frases más escuchadas en el personal de salud. Entender la forma de manejar el estrés es muy importante para el bienestar físico y emocional. Pero el estrés no es necesariamente negativo, es más, gracias a él hemos sobrevivido, es una reacción natural, no sólo de los humanos sino también de los animales en general, por lo cual el organismo se activa mediante una descarga masiva de hormonas como la adrenalina y el cortisol, para alejarse de un peligro o bien optar por encararlo, reacciones conocidas como “de huida o enfrentamiento”.⁸⁰

Hay una gran variedad de definiciones del estrés, como son:

✚ Es la respuesta natural del organismo ante una situación percibida como amenazante. Esta reacción ocurre en los estratos físicos, emocionales y mentales.

✚ Es la respuesta de cada persona ante las situaciones que se le presentan.

Es un hecho que el estrés es parte de la vida y resulta imposible erradicarlo, lo importante es aprender a controlarlo, hacer de este un “amigo” y obtener los beneficios de un buen manejo. Pero qué pasa con él **estrés laboral**, a este se le denomina como al conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento del trabajador antes los aspectos adversos y nocivos, originados por el entorno y por la organización del trabajo.^{14, 81}

Al mismo tiempo, el estrés laboral es un fenómeno cada vez más frecuente en el ámbito de la salud ya que las condiciones en el trabajo han cambiado drásticamente en los últimos años. Efectos percibidos como amenazadores derivan de la aparición de nuevos actores como son: la globalización, que ejerce presiones en los países y organizaciones para lograr costos competitivos, los recortes de personal, las fusiones de hospitales, la necesidad de realizar las mismas o más tareas con menos personal, la integración de la mujer al trabajo, los largos tiempos de traslado en las grandes ciudades, entre otros, que afectan el bienestar físico y psicológico del trabajador y deterioran el clima organizacional.⁸¹

Igualmente, este tipo de estrés influye negativamente en las relaciones interpersonales, el rendimiento y la productividad; propicia ausentismo laboral, accidentes de trabajo, enfermedades e incapacidad, y genera costos en la organización.

En casos extremos el trabajador sufre, por ejemplo; desmotivación continua, percibe interminables las jornadas de trabajo que, al sumarse, puede generar el síndrome de **burn-out**, que se interpreta como estrés excesivo en el trabajo. Esto se ha observado en trabajadores con obligaciones permanentes, como lo es el personal de salud.

Pero resulta contraproducente “escondarse” del estrés, al contrario, se debe afrontar en forma proactiva, algunas sugerencias son: Identificar los estresores personales, desarrollar un plan de acción personal, practicar la tolerancia, con uno mismo y con los demás, control de las emociones, pensamientos positivos que ayudan a identificar errores y nuevas alternativas, aprender y fortalecer comportamientos asertivos, tener un buen humor, realizar ejercicios de relajación, si se necesita pedir ayuda profesional, tener paciencia y sobre todo reforzar el autocuidado.

f) Manejo de la medicación:

Es importante, no auto-medicarse y hacer mal uso de la medicina y sentirnos que porque somos personal de salud tenemos libertad de auto-medicarnos, no actuar de manera irresponsable, así como crear conciencia de que la base del autocuidado está en uno mismo.

g) Check-up:

Chequeo médico (**check-up**), también conocido como un examen completo, es una herramienta preventiva y de diagnóstico. Esto se recomienda que se realice anualmente, cada dos o tres años de acuerdo la edad. Así como la realización de la mastografía, el estudio del papanicolaou, la exploración de las mamas en mujeres, y el antígeno prostático en hombres. Pero que tanto lo hacemos el propio personal de salud, algunos estudios revelan que en la parte preventiva es donde menos actuamos el personal de la salud.

2.7 Estilo de vida en el personal de salud

Sin embargo, las habilidades personales para vivir determinan el estilo de vida del personal de salud y del resto de las personas, así como la manera de como ellas se cuidan. El término **estilo de vida** se refiere a la manera de vivir y a las pautas personales de conducta, que están determinadas por factores sociales, culturales y personales; equivale a las actitudes, hábitos y prácticas individuales o familiares, que pueden influir positiva o negativamente sobre la salud.⁸²⁻⁸⁴

El estilo de vida es el resultante de una serie de prácticas de las personas, Bourdieu se centra previamente en los condicionantes de tales prácticas: las condiciones de existencia están condicionando un habitus, que a su vez induce a esquemas generadores de prácticas y gustos, por lo tanto, éstos condicionan prácticas que equivalen a estilos de vida.⁸⁵

Un elemento fundamental para entender el estilo de vida es el *gusto*, pues éste *unifica los estilos de vida de las clases*, y más en concreto de las fracciones de clase. Así, vemos que el gusto es el operador práctico de la transmutación de las cosas en signos individuales y distintos, de las distribuciones continuas en oposiciones discontinuas; el gusto hace penetrar a las diferencias inscritas en el orden físico de los cuerpos, en el orden simbólico de las distinciones significantes. Transforma unas prácticas objetivamente enclasadadas en prácticas enclasantes, es decir, expresión simbólica de la oposición de clase, por el hecho de percibir las en sus relaciones mutuas y con arreglo a unos sistemas de clasificación social.⁸⁶

2.8 Calidad de vida en el personal de salud

De la misma manera el autocuidado tiene que ver con aquellos cuidados que se proporciona la persona para tener una mejor calidad de vida. No empero, este concepto combina componentes subjetivos y objetivos, donde el punto común es el ***bienestar individual***; pero para la OMS la define como “la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto del sistema cultural y de valores en el que vive, en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.”⁸⁷

De modo similar, Amartya Sen y Martha Nussbaum dan otro enfoque desde la perspectiva economista sobre la ***calidad de vida*** que está ***en función del desarrollo de las capacidades humanas***, lograr hacer o servir del vivir con libertad, donde estas capacidades van de acuerdo a la experiencia, a la cultura y a los estilos de vida.⁸⁸

El término capacidad es utilizado por Sen en sus propuestas teóricas sobre el bienestar, como la ventaja que posee una persona para efectuar actos valiosos.⁸⁹

La capacidad de un individuo muestra combinaciones alternativas de funcionamientos que puede alcanzar; así, la calidad de vida deberá evaluarse en términos de la capacidad para lograr funcionamientos valiosos (buena salud, buena nutrición, etc.).

Es posible considerar la vida que lleva una persona como una combinación de varios quehaceres y seres, a los que genéricamente se les puede llamar funcionamientos, estos están íntimamente ligados a las capacidades de una persona, como: la libertad que un ser humano tiene para elegir la clase de vida que quiere para sí mismo.

La calidad de vida es hoy concebida como un concepto multidimensional que comprende un número de dominios, considerados con diferente peso por cada persona, de acuerdo a la importancia que cada sujeto le asigna a cada uno de ellos.⁹⁰

Es importante resaltar que cada tema desarrollado en el marco teórico de este trabajo de investigación nos lleva hacer conciencia y retomar todas las bases conceptuales, replantear la importancia que tiene el autocuidado como base teórica y por las que nos hemos formado durante la vida escolar y laboral los profesionales de la salud ya que como ente social estamos inmersos en nuestra propia cultura, Sin embargo, los profesionales de salud estamos obligados a cuidar la salud del resto de la población ya que somos parte importante de la economía de nuestro país.

De la misma manera, la salud desde la óptica profesional implica un trabajo de prevención y promoción de conductas, hábitos y entornos, el ser humano, donde quiera que se encuentre, siempre está inmerso con la cultura que lo rodea. Este es un poderoso legado que el hombre mismo ha ido construyendo a través de su historia y que, en relación dinámica con él, lo influye y lo moldea. Sin duda para los profesionales del cuidado de la salud no podría pasar desapercibida la cultura, como una variable que no solo afecta a los receptores del cuidado, sino también a ellos mismos.

La cultura influencia nuestro desarrollo como seres humanos desde lo biológico, lo psicológico, lo social y, por supuesto, la cultural en sí mismo. Se puede considerar, entonces, la cultura como un elemento que condiciona el comportamiento y las decisiones de quienes están inmersos en ella, de ahí la importancia que tenemos como profesionales de la salud el cuidado a uno mismo.⁹¹

2.9 Revisión de la literatura

En este marco se han llevado a cabo algunos estudios con el propósito de identificar cuales prácticas de autocuidado realizan los profesionales de la salud, para mantener una salud integral más adecuada, los cuales se presentan en el **cuadro I**.

Después de hacer una búsqueda bibliográfica tanto a nivel nacional como internacional, sobre las prácticas de autocuidado que realizó el personal de salud, Hernández⁷ y Báez⁹² encontró que los profesionales de la salud proporcionan más autocuidado en comparación con otros profesionistas universitarios, pero en estos últimos se incrementa el tabaquismo, en cuanto a las visitas ginecológicas, urológicas, exploración de mamas, y área emocional, los profesionistas universitarios de otras áreas presentan porcentajes más elevados que los de la salud. Otro aspecto que destaca es que el 53.5% no realizan ejercicio, refieren tener un familiar con enfermedades crónicas degenerativas, pero en otro estudio realizado en Colombia⁹³, resalta que las mujeres presentan más prácticas de autocuidado que los hombres, como son: cepillado de dientes después de la comida, baño diario, pero en cuanto a la exploración del cuerpo los hombres las realizan más que las mujeres.

En comparación con otro estudio realizado en Colombia pero con trabajadores de la salud⁹⁴, donde como objetivo se tuvo que implantar la frecuencia de comportamientos saludables en una muestra de profesionales de la salud y establecer si existe relación con el modelo biomédico y estilos de vida, se encontró que sólo el 11.5 % de los médicos y 6.73% de las enfermeras presentan un estilo de vida saludable y que el problema es la actividad física y el deporte.

En un estudio realizado en México,⁹⁵ subrayan las acciones de autocuidado de la salud que aplica el personal de 40 años, donde el autocuidado para la salud fue suficiente en el personal de salud, en especial en el sexo femenino, enfocado principalmente en el cuidado de su alimentación, el control médico y la práctica de ejercicio.

Las principales enfermedades reportadas fueron: obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus. Sin embargo, en otro estudio realizado en Cuba por Rodríguez⁹⁶ confirma lo que otros estudios han aportado, que predominan los profesionales de edades comprendidas entre 40-50 años y las mujeres aportan más padecimientos crónicos y los factores de riesgo están presentes, más del 50% de trabajadores son portadores de enfermedades crónicas.

En cuanto a investigaciones con trabajadores de la salud en México^{97, 98} se encontró dos estudios cualitativos donde los hallazgos fueron en ambos, que los médicos en dos niveles de atención tienen dificultades para otorgarse cuidados, ya que laboran jornadas prolongadas y realizan multicontratación institucional. Las dificultades están relacionadas con el estrés, la alimentación, el descanso y el esparcimiento. Los médicos no se someten a revisiones médicas de rutina y afectan y efectúan consultas de pasillo con sus colegas, por otro lado las instituciones no están diseñadas ni estructuradas para promover e impulsar el autocuidado de quienes ahí laboran.

2.9.1 Cuadro I. Estudios sobre prácticas de autocuidado aplicadas en la salud integral en personal de salud.

AUTOR	PAIS	POBLACIÓN	OBJETIVO	HALLAZGOS
Hernández TI, Arenas Monreal, et al. (2003) ⁷	México	204 Profesionistas universitarios y profesionales de la salud.	Conocer el nivel de autocuidado de dos sectores de la población: los profesionista de salud y universitarios de otras áreas.	En cuanto a la salud física los profesionistas de la salud se proporcionan más autocuidado que sus contrapartes pero está más presente el tabaquismo. En otros aspectos como visitas ginecológicas urología, auto exploración de mamas y aérea emocional, los profesionistas universitarios de otras áreas presentan porcentajes más elevados que los de la salud.
Báez HJ, et al. (2012) ⁹²	México	114 Estudiantes universitarios de enfermería.	Identifica la relación de las capacidades y acciones de autocuidado como indicadores de salud.	Se encontraron medidas de 17, 24 y 24.56 para los valores de capacidades y acciones de autocuidado; en cuanto a los resultados de laboratorio se obtuvieron medidas de colesterol 169,61 mg/dl, triglicéridos 161,96 ml/dl, glucosa capilar 70,30 ml/dl, promedio de IMC23,55, circunferencia cintura 82,42 cm, presión arterial 111,35, 71,04 mm/hg. Se encontró correlación entre las acciones de autocuidado y los valores de glucosa. Es evidente realizar más acciones de Autocuidado en este rango de edad.

Cuadro I. Estudios sobre prácticas de autocuidado aplicadas en la salud integral en personal de salud.

AUTOR	PAIS	POBLACIÓN	OBJETIVO	HALLAZGOS
Escobar PM, Pico MM. (2013) ⁹³	Colombia.	353 estudiantes universitarios de medicina.	Describir algunas características de las prácticas de autocuidado de la salud, en jóvenes universitarios.	Las mujeres presentan más prácticas de autocuidado relacionadas con: baño diario y cepillado de dientes después de las comidas.
Sanabria FP, et al. (2007) ⁹⁴	Colombia	606 profesionales de la salud.	Establecer la frecuencia de comportamientos saludables en una muestra de profesionales de la salud colombianos y establecer si existe alguna relación entre su nivel de acuerdo con el modelo biomédico y su estilo de vida	Se encontró que en médicos y enfermeras presentan un estilo de vida saludable, No se encontró relación entre el nivel de acuerdo con el modelo biomédico y el estilo de vida de los profesionales.

Cuadro I. Estudios sobre prácticas de autocuidado aplicadas en la salud integral en personal de salud.

AUTOR	PAIS	POBLACIÓN	OBJETIVO	HALLAZGOS
Bamonde GM, et al.(2003) ⁹⁵	México	En 138 trabajadores del personal de salud que laboran en el hospital general de zona # 11. Xalapa, Veracruz, de diferentes categorías.	Describir las acciones de autocuidado de la salud que aplica el personal de 40 años y más que labora en el hospital de especialidades No. 14 IMSS en Veracruz.	Predominó el sexo femenino y el grupo de edad de 40 a 49 años. El autocuidado fue óptimo en 36.9%, suficiente en 62.4%, e insuficiente en 0.7%. Se observó que las mujeres aplican más el autocuidado a nivel óptimo en 26.8%, enfocado, principalmente en el cuidado de su alimentación y de forma suficiente en 37.7%, demostró el interés por su salud, el control médico y la práctica de ejercicio. Las principales enfermedades reportadas fueron: la obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus.
Rodríguez RT, Muñiz CD. (2014) ⁹⁶	Cuba	187 trabajadores de la salud.	Determinar el comportamiento de las principales enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en trabajadores de la salud.	Predominaron las mujeres como portadoras de enfermedades crónicas donde resalta la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la ansiedad, la depresión y el tabaquismo.

Cuadro I. Estudios sobre prácticas de autocuidado aplicadas en la salud integral en personal de salud.

AUTOR	PAIS	POBLACIÓN	OBJETIVO	HALLAZGOS
Arenas ML, et al. (2004) ⁹⁹	México.	Participaron 204 profesionistas de la salud.	Conocer el nivel de autocuidado de dos sectores de la población: los profesionales de la salud y el universitario de otras áreas.	Hay prevalencia de tabaquismo, en profesionales de la salud 31.6% en comparación con universitarios de otras áreas el 23.5%.
Guerrero LG, et al. (2007) ⁹⁸	México	10 Médicos. Estudio cualitativo.	Analizar la influencia que la profesión ejerce sobre el autocuidado de la salud en personal médico de un hospital.	Muestran que los médicos no se prodigan cuidados. Porque además de la institución trabajan de tiempo completo en forma privada, lo cual dificulta la alimentación, tiempo de ocio, y la actividad física, por lo que favorece el estrés.

Cuadro I. Estudios sobre prácticas de autocuidado aplicadas en la salud integral en personal de salud.

AUTOR	PAIS	POBLACIÓN	OBJETIVO	HALLAZGOS
Arenas ML, et al. (2004) ⁹⁹	México.	Participaron cuatro médicos. Estudio Cualitativo.	Analizar la influencia que la profesión y la institución laboral ejerce sobre el autocuidado de la salud de los médicos.	Los médicos tienen dificultades para prodigarse cuidados, se acentúan más en los médicos del segundo nivel de atención, quienes laboran jornadas prolongadas y realizan multicontrataciones institucionales, no se someten a revisiones médicas, las instituciones de salud carecen de políticas, programas y espacios que promuevan el autocuidado.
Umaña M.(2007) ¹⁰⁰	México.	47 Profesionales de enfermería.	Analizar esta relación y los estilos de vida considerados tanto intra laborales y extra laborales.	Un alto porcentaje de los profesionales presentan estilos de vida no saludables. El perfil de morbilidad incluye: sobrepeso u obesidad, elevación de lípidos, trastornos gastrointestinales, agotamiento físico y mental, alteraciones del estado de ánimo y del sueño.

Cuadro I. Estudios sobre prácticas de aplicadas en la salud integral en personal de salud.

AUTOR	PAIS	POBLACIÓN	OBJETIVO	HALLAZGOS
Barrios RG, Contreras LG. (2013) ¹⁰¹	México	46 Enfermeras	Conocer el estado de salud del personal de enfermería a cargo del programa preventivo “5 pasos por tu salud”, mediante pruebas antropométricas y clínicas.	Presenta sobrepeso y algún tipo de obesidad a diferencia de los varones, donde ellos presentan hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.
Ansoleaga E, et al. (2011) ¹⁰²	Chile	Participaron 80 Médicos y 110 Enfermeras.	Examinar la presencia de síntomas psicofisiológicos de los profesionales de los hospitales públicos de la región metropolitana y su asociación con las condiciones de trabajo actuales.	Las enfermeras tienen mayor malestar que los médicos. Presentan puntajes altos: la angustia emocional, fatiga física, trastornos digestivos, dolor de cabeza, insomnio, dolor de espalda y la tensión muscular.

Cuadro I. Estudios sobre prácticas de autocuidado aplicadas en la salud integral en personal de salud.

AUTOR	PAIS	POBLACIÓN	OBJETIVO	HALLAZGOS
Rodríguez C, Dotti GC, Cuesta A. (2014). ¹⁰³	Uruguay	1620 trabajadores entre auxiliares y licenciados en enfermería.	Caracterizar la prevalencia de tabaquismo y sedentarismo en una muestra no aleatoria de enfermeros de Montevideo, discriminación en función de sexo, edad y existencia de múltiple empleo (ME).	Prevaleció el tabaquismo en ambos sexos y el sedentarismo en mujeres.
Aguado MJ, et al. (2013) ¹⁰⁴	España	Meta análisis 26 artículos.	Conocer el estado actual del estrés en el personal hospitalario e identificar los principales métodos de evaluación.	Los niveles de estrés son elevados en el personal sanitario del hospital, sobre todo en algunas áreas y especialidades, existen una serie de moderadores del grado de estrés, como los factores individuales y el ambiente físico y no existe un consenso internacional en el método utilizado para su evaluación.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Habitualmente en el área de trabajo se ha observado que continuamente el personal de salud manifiesta un deterioro progresivo en su estado de salud, se entiende por salud según la OMS “El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”. En este deterioro de la salud se hacen visibles las enfermedades crónicas degenerativas. En México, más del 50% de la población entre 20 y 69 años de edad es portadora por lo menos de una de estas enfermedades.

Esas enfermedades constituyen un problema creciente a nivel mundial y se atribuyen a cambios, entre lo que destacan, la práctica de estilos de vida no saludables introducidos por la modernización y la globalización; tales como: la inapropiada alimentación en los centros de trabajo, los altos costos de algunas comidas, las grandes distancias que hay entre los centros de trabajo y los domicilios, servicios médicos deficientes, aumento en los productos “milagro”, servicios médicos privados con alto costo, el sedentarismo, el constante estrés, el exceso de trabajo físico e intelectual, las cargas de trabajo se ven afectadas, así como el deterioro progresivo en la salud física, laboral, emocional y por supuesto la social.

Por tal situación, interesa conocer las prácticas de autocuidado que realiza el personal de salud que brinda atención al individuo, familia y comunidad, así como conocer el déficit de autocuidado que existe en este personal de salud, ambos aspectos son los responsables personales a considerar para realizar o no el cuidado de sí mismo, de acuerdo a la manera en que la población debe de comportarse para cuidar de su salud, además de que el personal de salud posee amplio conocimiento sobre la salud humana.

No obstante, podemos observar que hay una incongruencia en nuestro actuar, lo cual probablemente repercute en la ejecución de los programas de salud, que se manifiesta con aumento o disminución en el peso corporal, el uso y abuso del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, estrés laboral, ausencia o retraso en medidas de detección temprana de enfermedades crónico no transmisibles, falta de recreación, malos hábitos alimenticios, vida sedentaria como consecuencia de la falta de ejercicio, así como el bajo rendimiento laboral, ausencia laboral, que repercute en la calidad de atención al paciente.

Por otro lado, la formación académica del personal de salud contribuye de manera importante para tener una visión biologicista en el proceso salud-enfermedad, la cual va más dirigida al proceso curativo, no sólo en las acciones que se realizan con la población, sino también consigo mismo, donde la promoción y prevención quedan en segundo lugar.

De igual manera, las instituciones de salud no están diseñadas ni estructuradas para promover e implementar el autocuidado de quienes ahí laboran. En este sentido, resulta esencial identificar no solo las prácticas de autocuidado que realiza el personal de salud, sino es fundamental, identificar cuáles son esas prácticas que inciden en su falta de realización, con el fin de fortalecer y promoverlas, de ahí la importancia de este estudio. Sin embargo, a la fecha, son escasos los estudios que abordan aspectos de autocuidado en los profesionistas de la salud, la literatura reciente aborda los daños a la salud que presentan y los hábitos que tienen en comparación con la población en general. Por lo cual, planteamos la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son las prácticas de autocuidado aplicadas en la salud integral del personal de salud en un hospital del área metropolitana según su sexo y profesión?

IV. HIPÓTESIS

El personal de salud conoce las repercusiones que tiene el practicar hábitos no adecuados, por lo cual debe tener prácticas de autocuidado beneficiosas, sin embargo, en México no hay reportes concluyentes. El autocuidado se puede analizar en diferentes dimensiones, y visto de esta manera, se esperaría que el personal de la salud tuviera prácticas de autocuidado generales que incluyan una alimentación adecuada y la realización de actividad física; además de las prácticas específicas por sexo, en donde para el femenino contenga la realización de la exploración mamaria y la mastografía, y para el sexo masculino la medición del antígeno prostático. Desde el punto de vista social, un buen autocuidado sería la realización de actividades en sus tiempos libres, la convivencia con su familia y en el aspecto psicológico si cuenta con algún recurso para el manejo de estrés, de ahí que se supondría que el personal de salud estudiado y separado por sexo y profesión debiera tener estas prácticas.

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

✚ Analizar las prácticas de autocuidado aplicadas en la salud integral del personal de salud en un hospital del área metropolitana, así como estratificar por sexo y profesión.

Objetivo Específico:

✚ Establecer el nivel de autocuidado del personal de salud por sexo.

✚ Establecer el nivel de autocuidado del personal de salud por profesión.

✚ Identificar las dimensiones de autocuidado más descuidadas por el personal de salud, de acuerdo al sexo, la profesión y ambas.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1.-Tipo de Estudio

Se llevó a cabo un estudio de tipo transversal analítico, observacional, prolectivo y comparativo.

6.2.-Universo de Estudio: sujetos y muestra

Se estudió una población de 192 profesionales de la salud donde fueron 70 enfermeras, 67 médicos, 25 trabajadoras sociales, 4 nutriólogos y 26 laboratoristas clínicos (QFB), con una edad promedio 38 ± 8 años de edad. Los cuales laboran en diferentes turnos en un hospital de segundo nivel de atención “Centro Médico ISSEMYM Ecatepec”.

La muestra fue calculada con base en la fórmula para poblaciones finitas, las cuales $n = Nz^2Pq/d^2(n-1) + Z^2Pq$, se aplicó para cada profesión con un total de 192 sujetos en estudio. La muestra se determinó bajo los criterios de un muestreo por conveniencia, no probabilístico, ya que la población fue homogénea.

Los sujetos establecidos dentro de la investigación. La investigadora realizó una invitación al personal de salud de los diferentes turnos, para la participación en este estudio, informó a los objetivos establecidos y garantizó el anonimato de sus respuestas, así como la confidencialidad de los datos.

6.3 Criterios de inclusión

- ✚ Personal de salud (enfermeras, médicos, trabajadores sociales, nutriólogos, laboratoristas), sin distinción de turno, servicios y categoría.
- ✚ Que tengan la firma del consentimiento informado.
- ✚ Sin distinción de sexo.

6.4. Criterios de exclusión

- ✚ Personal de salud que se encuentre ausente por enfermedad, vacaciones e incapacidad.

- ✚ Personal de salud que no quisiera participar en el estudio.

6.5. Variable de Estudio

- ✚ **Independiente:** Sexo y profesión.

- ✚ **Dependiente:** Prácticas de autocuidado divididas en físicas, sociales y psicológicas.

- ✚ **Variables Intervinientes:** Sociodemográfica: edad, estado civil, nivel de escolaridad, servicio donde labora, turno en que labora, si labora en otra institución, total de horas que trabaja al día, tiempo que tarda en transportarse de su casa al trabajo, número de integrantes en su familia, si es el principal proveedor.

6.6 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	PROPIEDADES Y OPERACIONES
<p>Prácticas de autocuidado</p>	<p>Conjunto de acciones de que se hacen por uno mismo, con el propósito de restablecer y preservar la salud física, social y psicológica, así como prevenir y tratar las enfermedades.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Alimentación, ejercicio y actividad física, sueño y descanso, hábitos nocivos, control médico, tiempo libre, actividad de convivencia con familia, amigos, actividades de recreación, estrés, identidad, autoestima, relación con amigos, jefe y familia etc. Si y No</p> <p>Físico: Alimentación, ejercicio y actividad física, sueño y descanso, hábitos nocivos, control médico y las prácticas preventivas etc. Si y No</p> <p>Social Tiempo libre, actividad de convivencia con familia, amigos, actividades de recreación. Si y No</p> <p>Psicológico Estrés, identidad, autoestima, relación con amigos, jefe y familia, etc. Si y No</p>

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	PROPIEDADES Y OPERACIONES
Sexo	Son las características fenotípicas del sujeto.	Cualitativa nominal	Femenino Masculino
Profesión que ejerce	Es el empleo o trabajo que alguien ejerce y por lo que recibe una retribución económica.	Cualitativa nominal	Enfermera Medicina Trabajadores sociales Nutriología Laboratoristas (QFB)
Edad	Es el tiempo transcurrido en años desde el nacimiento de un ser vivo.	Cuantitativa discreta	Años cumplidos
Estado civil actual	Es la situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Cualitativa nominal	Soltero/a Casado/a
Nivel de escolaridad	Se refiere al grado otorgado por una institución educativa, al término de un programa educativo.	Cualitativa nominal	Preparatoria Licenciatura Especialidad Maestría Doctorado Otros
Servicio donde labora	Es el área que se asigna a los trabajadores de salud para desempeñar su actividad profesional.	Cualitativa nominal	Todos los Servicios donde hay personal de enfermería, medicina, laboratorio, trabajadoras sociales, nutriólogos.

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	PROPIEDADES Y OPERACIONES
Turno en que labora.	Es la cantidad de horas que el trabajador de salud debe prestar sus servicios, en un horario estipulado de entrada y salida.	Cualitativa nominal	Matutino Vespertino Nocturno Jornada acumulada
Cuenta con otra jornada de trabajo en otra institución.	Tiene que ver con la actividad o trabajo que se ejerce en otro lugar, está desempeñando su actividad profesional, aparte del actual.	Cualitativa nominal	Sí y No
Total de horas que trabaja al día.	Tiempo que transcurre en el que se encuentra el trabajador desempeñando su actividad profesional.	Cuantitativa continua	Cuantitativa continua
Tiempo que tarda en transportarse de su casa al trabajo.	Se refiere al número de horas que transcurren de un lugar a otro.	Cuantitativa discontinua	Menos de 30 minutos De 30 a 60 minutos De 60 a 120 minutos Más de 60 minutos.
Número de integrantes en su familia.	Se refiere a la cantidad de personas que pertenecen a su núcleo familiar.	Cuantitativa discontinua	De 2 a 5 integrantes. De 5 a 8 integrantes. Más de 8 integrantes.
Es el principal proveedor de la familia.	Se refiere a la persona que aporta los recursos Económicos en la familia.	Cualitativa nominal	Sí y No

6.7 Recolección de la Información

6.7.1 Integración del Instrumento

Inicialmente, existía un instrumento de autocuidado aplicado a la salud integral que realizó la pasante en enfermería Nancy Felicitas García Mundo, con asesoría de la Dra. Rosete de la FES Zaragoza, a este instrumento le faltaba su validación, más tarde se ajustó con otro instrumento llamado prácticas de autocuidado en adolescentes, el cual se realizó en Perú en el 2014, que obtuvo una validación de .81. Posteriormente, de ambos instrumentos se hizo un último instrumento que agrupó las prácticas de autocuidado con base a la salud integral pero en trabajadores de la salud, en donde el primer apartado del instrumento consta de 12 ítems, que contiene los datos sociodemográficos, el segundo apartado consta de 38 ítems donde se refiere a las prácticas de autocuidado desde el aspecto físico, el tercer apartado es de 9 ítems para explorar el aspecto social y el cuarto apartado es de 14 ítems donde se visualiza el aspecto psicológico, con un total de 73 ítems. Todas las preguntas tienen dos categorías de respuesta. Están codificadas y se les asignó una puntuación de 1 y 0, de modo que la puntuación más alta indica siempre la conducta más saludable de la variable.

6.7.2 Validación del Instrumento

Para realizar la validación del instrumento se llevó a cabo de primera instancia una evaluación de contenido, a través del jueceo de expertos donde se tomaron en consideración a cinco expertos los cuales fueron: una enfermera en salud pública, un nutriólogo, un médico general, un médico en salud en el trabajo y un psicólogo.

Posterior a su ajuste, se realizó una prueba piloto donde se tomó como parámetro un hospital con características similares al del hospital donde se llevó a cabo el estudio. Se aplicó el instrumento Prácticas de Autocuidado a 36 sujetos del personal de salud del hospital Coatepec de segundo nivel de atención. Más tarde, se procesó esta información a través del programa versión SPSS-21.

A través de la prueba piloto se crearon tres dimensiones: déficit de autocuidado, regular autocuidado y autocuidado satisfactorio, a su vez se establecieron parámetros de rango en cada categoría por medio de los percentiles, los cuales permitieron poder evaluar la salud integral (física, social y psicológica), los cuales se describen en el siguiente cuadro.

Categoría	Salud Física	Salud Social	Salud Psicológica	Salud Global
Déficit	< 18	< 4	< 7	< 32
Regular	18-21	4-7	7-11	32-39
Autocuidado	>21	>7	>11	>39

Del mismo modo, se empleó la fórmula de Kuder Richardson para comprobar su confiabilidad. Ya que este instrumento es de forma dicotómica. Donde K Richardson alcanzo un puntaje de 0.64 de confiabilidad, **Anexo 1**

6.8 Aplicación del Instrumento

Previó a la aplicación del instrumento se realizó una solicitud de permiso al Centro Médico ISSEMYM Ecatepec, al área de Investigación y ética para aplicar el instrumento antes mencionado al personal de salud (enfermeras, médicos, trabajadoras sociales, nutriólogos y químicos laboratoristas), **Anexo 2.**

El Instrumento fue aplicado por la investigadora en diferentes turnos mediante una encuesta individual, donde se les explico la forma de llenado, así como la importancia que tiene el consentimiento informado, esto se llevó acabo aproximadamente en seis meses.

6.9 Aspectos éticos y legales

Consentimiento informado

Cada participante recibió información acerca de los objetivos del estudio, se informó a cada sujeto el derecho de participar o no en la investigación, después de asegurarse de que todos los sujetos comprendieron la información, el consentimiento informado se obtuvo por escrito, con la firma de los participantes y del responsable del estudio, se observó con esto lo dispuesto en la Ley General de Salud¹⁰⁵ y los principios éticos para las investigaciones en seres humanos contemplados en la Declaración de Helsinki.¹⁰⁶

Anexo 3.

VII. RESULTADOS

Dentro de las características sociodemográficas de la población de estudio, se observó un predominio del sexo femenino con un 68%, la edad promedio fue 38.6 ± 8.2 años, en el estado civil la población muestra que el 60% son casados/as. Con respecto al nivel de escolaridad la mayoría de la población encuestada cuenta con licenciatura 45% y con especialidad el 38%. En cuanto a la rama profesional, enfermería muestra mayor participación con 37%, y el área de medicina con un 35%. En lo que compete al turno, la mayor parte corresponde al matutino 34%. **(Cuadro 1a).**

Con respecto al servicio en el cual se concentra la población encuestada, el área de hospitalización presenta un 29% de participación, las unidades críticas tuvieron más participación con una muestra de un 42%. En cuanto a conocer si trabajan en otra institución de salud, el personal señala que el 34% si labora en otra institución de salud. Asimismo, esta misma población reporta que el 37% trabaja de 6 a 8 horas al día, sin embargo, la mayor parte de ellos tiene un horario de trabajo entre 9 a 12 horas al día, que da un resultado del 40%; por consiguiente, sólo el 23% trabaja más de 12 horas al día. El tiempo invertido en transportarse de su domicilio a su campo laboral y viceversa reporta que una mayor proporción de los encuestados ocupa entre 30 a 60 minutos con un 44%.

La mayoría de las familias de los encuestados están constituida entre 2 y 5 integrantes, esto es el 86%. En cuanto a lo que se refiere a quien es el proveedor principal de la familia se identifica que el 55% del personal de salud entrevistado no es el proveedor principal **(Cuadro 1b).**

Con relación a las prácticas de autocuidado relacionadas con la alimentación, el 77% del personal de salud realiza su desayuno en las primeras horas del día, solo el 30% no realiza sus comidas principales, el 96% si consume frutas y verduras y solo el 6% no consume pollo, pescado, carnes, leche y sus derivados y el 83% ingiere agua; pero, el 66% consume dulces, refrescos, golosinas. De este mismo personal, el 65% no presenta peso adecuado según su estatura y edad. Dentro de las prácticas de autocuidado que no realiza este personal de salud están la actividad física extra, por lo que el 53% no lo hace y el 75% no practica ningún deporte. **(Cuadro 2)**

En lo que concierne con las prácticas de autocuidado de prevención, el personal femenino realiza con frecuencia la detección oportuna de cáncer cérvico uterino en un 58%, el 74% se realiza una vez al mes la exploración de mama, el 22% se realiza la mastografía de control y el 21% no se efectúa la densitometría ósea. De la misma forma, se ve presente en esta población en estudio que en el sexo masculino no es frecuente que se realice el antígeno prostático con regularidad, ya que el 41% no lo hace.

En lo que compete si el personal de salud realiza actividades en sus tiempos libres el 97% si lo hace, al mismo tiempo que el 91% si realiza actividades de convivencia con su familia, pero el 73% no pertenece a grupos sociales. Otra situación que se presentó alterada en los profesionales de salud es que el 67% quizás no tiene ningún recurso para el manejo del estrés **(Cuadro 2)**.

Para tener un análisis más integral de las actividades de autocuidado, se realizó un análisis, en el que se englobaron las prácticas en tres dimensiones: salud física, salud social y la salud psicológica, a su vez se realizó una cuarta dimensión en la salud integral donde se conjuntaron estas tres dimensiones.

Nivel de autocuidado en el personal de salud.

Tras analizar la dimensión física en el personal de salud, resalta que del total de la población estudiada sólo un 8% presentan un déficit de autocuidado, y el 64% mantienen un autocuidado. También, es importante mencionar que en el campo de la salud social, el personal de salud estudiado muestra que sólo el 12% se mantiene en autocuidado, por lo cual la frecuencia de este personal es mayor, es un regular autocuidado con un 87%. En el campo de la salud mental sólo el 15% se encuentra en déficit de autocuidado y el 52% se mantiene en regular autocuidado. Con respecto a la salud global, el total de la población estudiada sólo el 11% se encuentra en déficit de autocuidado, el resto del personal se mantiene en regular autocuidado con un 42% **(Gráfica 1)**.

Comparación de autocuidado físico por sexo.

Con respecto al **autocuidado físico por sexo**, se observó que el 10% del sexo masculino presenta déficit de autocuidado, lo mismo que el 8% del sexo femenino, De igual manera, se encontró que el 62% del sexo masculino y el 64% del sexo femenino se preocupan por cuidar su salud física, sin importar la profesión ejercida. **(Cuadro 3)**.

Comparación de autocuidado social por sexo

Acerca del autocuidado social por sexo, se aprecia que el 1% del sexo femenino se mantiene con déficit de autocuidado en comparación con el sexo masculino, y sólo el 18% del sexo masculino se mantiene en autocuidado en comparación con el sexo femenino que se encuentra con un 10% de autocuidado satisfactorio. Es primordial mencionar que más del 80% tanto del sexo femenino como masculino se mantienen en regular autocuidado social. **(Cuadro 4)**.

Comparación de autocuidado psicológico por sexo

Por lo que se refiere al autocuidado psicológico por sexo se encontró que las mujeres tienen un mayor déficit de autocuidado con el 17%, a diferencia de los hombres con el 10%, en el autocuidado bueno, nuevamente en las mujeres la puntuación es más baja con el 30% y los hombres con un 39%, estos resultados revelan que una tercera parte de la población se ocupa de su salud mental, el resto no lo hace. **(Cuadro 5).**

Comparación de autocuidado global por sexo

En lo que se refiere al autocuidado global por sexo, se tomaron en cuenta los tres campos de la salud, se encontró que el 44% de las mujeres se encuentran en autocuidado a diferencia de los hombres en un 54%. En el déficit de autocuidado de nuevo las mujeres fluctúan con una apreciación más alta. **(Cuadro 6).**

Comparación de autocuidado físico por profesión, fue importante investigar qué pasaba en cada una de las profesiones, por lo tanto, se observó que el personal de enfermería tiene autocuidado en un 71% a diferencia de los médicos que están con un 54%, no obstante, al aplicar la prueba de chi cuadrada no existe diferencia estadísticamente significativa con un valor de $p= 0.301$. **(Cuadro 7)**

Comparación de autocuidado social por profesión

Tras el análisis que se realizó sobre el autocuidado social por profesión, se constató que más del 80% los médicos, las enfermeras y las trabajadoras sociales se encuentran en un regular autocuidado, a diferencia con los químicos laboratoristas que están con un 92%, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. **(Cuadro 8)**

Comparación de autocuidado psicológico por profesión

En un análisis sobre el autocuidado psicológico por profesión resaltó que los profesionistas de salud como son los médicos y las enfermeras tienen un 30% de autocuidado, estas dos profesiones son las más importantes en el ámbito laboral, y aproximadamente el 50% de la población en estudio se mantiene en regular autocuidado, independientemente de la profesión **(Cuadro 9)**

Comparación de autocuidado global por profesión

Con respecto al autocuidado global por profesión, en estos tres campos estudiados se encontró que alrededor del 45% de los profesionistas tienen buen autocuidado y el 13% del personal de enfermería y el 15% de medicina tienen un déficit en el autocuidado **(Cuadro 10)**.

Comparación de autocuidado físico por profesión y sexo

Por lo que se refiere a la comparación de autocuidado físico por profesión y sexo, la mayoría de los encuestados tienen este tipo de autocuidado, independientemente de la profesión y sexo **(Cuadro 11)**.

Comparación de autocuidado social por profesión y sexo

Con respecto al análisis sobre el autocuidado social por profesión y sexo, se observó que sin importar el sexo ni la profesión, la mayoría de los participantes tienen un autocuidado regular **(Cuadro 12)**.

Comparación de autocuidado psicológico por profesión y sexo

En la comparación del autocuidado psicológico por profesión y sexo, las mujeres tanto de la profesión de enfermería como de medicina tienden a practicar un autocuidado regular, con una prevalencia entre el 52 y 60%. En las profesiones de trabajo social y QFB, los hombres y mujeres también tienen un autocuidado psicológico regular **(Cuadro 13)**.

Comparación de autocuidado global por profesión y sexo

Tras el análisis del autocuidado global en comparación por profesión y sexo, se resaltó que los hombres tienden a mantener un autocuidado mejor que las mujeres, las cuáles practican un regular autocuidado, independientemente de la profesión, aunque no hay una diferencia estadísticamente significativa **(Cuadro 14)**.

Cuadro 1 a. Características sociodemográficos de la población en estudio

VARIABLE (n=192)	FRECUENCIA (%)
SEXO	
Femenino	131 (68%)
Masculino	61 (32%)
EDAD	
	38.6 ± 8.2*
ESTADO CIVIL	
Soltero/a	77 (40%)
Casado/a	115 (60%)
ESCOLARIDAD	
Preparatoria	19 (10%)
Licenciatura	86 (45%)
Especialidad	73 (38%)
Maestría	9 (5%)
Otros	5 (2%)
PROFESIÓN	
Enfermería	70 (37%)
Medicina	67 (35%)
Trabajo Social	25 (13%)
Nutriología	4 (2%)
QFB	26 (13%)
TURNO	
Matutino	66 (34%)
Vespertino	46 (24%)
Nocturno	50 (26%)
Jornada Acumulada	30 (16%)

*Media ± DE

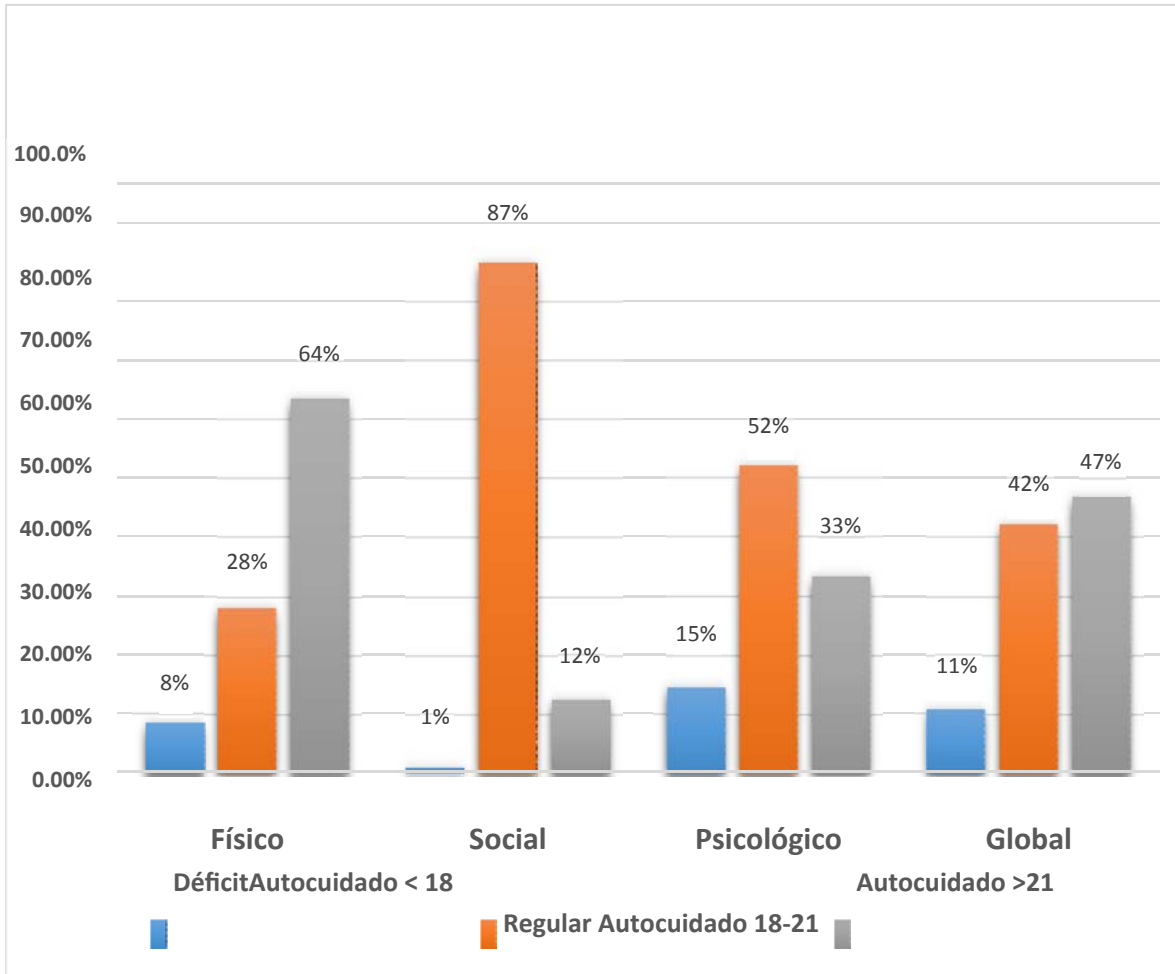
Cuadro 1 b. Características sociodemográficos de la población en estudio.

VARIABLE (n=192)	FRECUENCIA (%)
SERVICIO	
Áreas de hospitalización	55 (29%)
Áreas Críticas	80 (42%)
Consulta Externa	12 (6%)
Laboratorios	35 (18%)
Trabajo Social	5 (3%)
Imagen	3 (1%)
Supervisión	2 (1%)
Labora en otra institución	
Sí	65 (34%)
No	127 (66%)
Horas de trabajo al día	
De 6 a 8 horas.	71 (37%)
De 9 a 12 horas.	76 (40%)
Más de 12horas.	45 (23%)
Tiempo en transportarse	
Menos de 30 min.	72 (37%)
De 30 a 60 min.	85 (44%)
De 60 a 120 min.	26 (14%)
Más de 120 min.	9 (5%)
Integrantes de la familia	
De 2 a 5	165 (86%)
De 5 a 8	25 (13%)
Más de 8	2 (1.0%)
Proveedor de la Familia	
Sí	86 (45%)
No	106 (55%)

Cuadro 2.- Prácticas de autocuidado que realiza el personal de salud

VARIABLE	SI Frecuencia (%)	NO Frecuencia (%)
Realiza en las primeras horas del día el desayuno	148 (77%)	44 (23%)
Realiza las comidas principales	134 (70%)	58 (30%)
Consume frutas y verduras.	185 (96%)	7 (4%)
Consume pollo, pescado, carne, leche y derivados	181 (94%)	11 (6%)
Consume dulces, refrescos, helados, golosinas.	126 (66%)	66 (34%)
Ingiere agua	158 (83%)	34 (18%)
Peso adecuado por estatura y edad.	68 (35%)	124 (65%)
Actividad física moderada.	90 (47%)	102 (53%)
Practica deporte.	49 (25%)	143 (75%)
Realiza cada año el Papanicolaou.	76 (58%)	55 (42%)
Realiza una vez al mes la exploración mamaria.	97 (74%)	34 (26%)
Realiza la mastografía mamaria.	29 (22%)	19 (14%)
Realiza la densitometría ósea.	22 (17%)	27 (21%)
Realiza estudios para cáncer de próstata.	11 (18%)	25 (41%)
Realiza actividad en sus tiempos libres	187 (97%)	5 (3%)
Realiza actividades de convivencia con su familia	175 (91%)	17 (9%)
Pertenece a grupos sociales	51 (27%)	141 (73%)
Manejo de estrés.	63 (33%)	129 (67%)

Grafica 1. Nivel de autocuidado en el personal de salud global y por dimensión



Cuadro 3. Autocuidado físico por sexo

Variable	Masculino (n = 61)	Femenino (n = 131)	Valor p*
Déficit < 18	6 (10%)	10 (8%)	0.875
Regular 18-21	17 (28%)	37 (28%)	
Autocuidado >21	38 (62%)	84 (64%)	

*Prueba χ^2

Cuadro 4. Autocuidado social por sexo

Variable	Masculino (n = 61)	Femenino (n = 131)	Valor p*
Déficit < 4	0 (0%)	2 (1%)	0.189
Regular 4-7	50 (82%)	116 (89%)	
Autocuidado >7	11 (18%)	13 (10%)	

*Prueba χ^2

Cuadro 5. Autocuidado psicológico por sexo

Variable	Masculino (n = 61)	Femenino (n =131)	Valor p*
Déficit < 7	6 (10%)	22 (17%)	0.305
Regular 7-11	31 (51%)	69 (53%)	
Autocuidado >11	24 (39%)	40 (30%)	

*Prueba χ^2

Cuadro 6. Autocuidado global por sexo

Variable	Masculino (n = 61)	Femenino (n = 131)	Valor p*
Déficit < 32	4 (7%)	17 (12%)	0.255
Regular 32-39	24 (39%)	57 (44%)	
Autocuidado >39	33 (54%)	57(44%)	

*Prueba χ^2 .

Cuadro 7. Autocuidado físico por profesión

VARIABLE	ENFERMERÍA (n = 70)	MEDICINA (n = 67)	TRABAJO SOCIAL (n = 25)	NUTRIOLOGÍA (n = 4)	QFB (n = 26)	VALOR p*
Déficit < 18	3 (4%)	9 (13%)	3 (12%)	0 (0%)	1 (4%)	0.301
Regular 18-21	17 (24%)	22 (33%)	7 (28%)	0 (0%)	8 (31%)	
Autocuidado >21	50 (72%)	36 (54%)	15 (60%)	4 (100%)	17 (65%)	

*Prueba χ^2

Cuadro 8. Autocuidado social por profesión

VARIABLE	ENFERMERÍA (n = 70)	MEDICINA (n = 67)	TRABAJO SOCIAL (n = 25)	NUTRIOLOGÍA (n = 4)	QFB (n = 26)	VALOR p*
Déficit < 4	1 (1%)	0 (0%)	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	0.782
Regular 4-7	60 (86%)	59 (88%)	20 (80%)	3 (75%)	24 (92%)	
Autocuidado >7	9 (13%)	8 (12%)	4 (16%)	1 (25%)	2 (8%)	

*Prueba χ^2

Cuadro 9. Autocuidado psicológico por profesión

VARIABLE	ENFERMERÍA (n = 70)	MEDICINA (n = 67)	TRABAJO SOCIAL (n = 25)	NUTRIOLOGÍA (n = 4)	QFB (n = 26)	VALOR p*
Déficit < 7	13 (19%)	11 (17%)	3 (12%)	0 (0%)	1 (4%)	0.755
Regular 7-11	36 (51%)	35 (52%)	13 (52%)	2 (50%)	14 (54%)	
Autocuidado >11	21 (30%)	21 (31%)	9 (36%)	2 (50%)	11 (42%)	

*Prueba χ^2 .

Cuadro 10. Autocuidado global por profesión

VARIABLE	ENFERMERÍA (n = 70)	MEDICINA (n = 67)	TRABAJO SOCIAL (n = 25)	NUTRIOLOGÍA (n = 4)	QFB (n = 26)	VALOR p*
Déficit < 32	9 (13%)	10 (15%)	1 (4%)	0 (0%)	1 (4%)	0.323
Regular 32-39	28 (40%)	27 (40%)	13 (52%)	0 (0%)	13 (50%)	
Autocuidado >39	33 (47%)	30 (45%)	11 (44%)	4 (100%)	12 (46%)	

*Prueba χ^2

Cuadro 11. Autocuidado físico con profesión y sexo

PROFESIÓN	MASCULINO Frecuencia (%)	FEMENINO Frecuencia (%)	VALOR p*
ENFERMERÍA	(n = 3)	(n = 67)	0.883
Déficit < 18	0 (0%)	3 (4%)	
Regular 18-21	1 (33%)	16 (24%)	
Autocuidado >21	2 (67%)	48 (72%)	
MEDICINA	(n = 39)	(n = 28)	0.873
Déficit < 18	5 (13%)	4 (14%)	
Regular 18-21	12 (31%)	10 (36%)	
Autocuidado >21	22 (56%)	14 (50%)	
TRABAJO SOCIAL	(n = 7)	(n = 18)	0.635
Déficit < 18	1 (14%)	2 (11%)	
Regular 18-21	1 (14%)	6 (33%)	
Autocuidado >21	5 (72%)	10 (56%)	
NUTRIOLOGÍA	(n = 2)	(n = 2)	
Déficit < 18	0 (0%)	0 (0%)	
Regular 18-21	0 (0%)	0 (0%)	
Autocuidado >21	2 (100%)	2 (100%)	
QFB	(n = 10)	(n = 16)	0.711
Déficit < 18	0 (0%)	1 (6%)	
Regular 18-21	3 (30%)	5 (31%)	
Autocuidado >21	7 (70%)	10 (63%)	

*Prueba χ^2

Cuadro 12. Autocuidado social por profesión y sexo

PROFESIÓN	MASCULINO Frecuencia (%)	FEMENINO Frecuencia (%)	VALOR p*
ENFERMERÍA	(n = 3)	(n = 67)	0.549
Déficit < 4	0 (0%)	1 (1%)	
Regular 4-7	2 (67%)	58(87%)	
Autocuidado >7	1 (33%)	8(12%)	
MEDICINA	(n = 39)	(n = 28)	0.073
Déficit < 4	0 (0%)	0 (0%)	
Regular 4-7	32 (82%)	27 (96%)	
Autocuidado >7	7 (18%)	1 (4%)	
TRABAJO SOCIAL	(n = 7)	(n = 18)	0.800
Déficit < 4	0 (0%)	1 (5%)	
Regular 4-7	6 (86%)	14(78%)	
Autocuidado >7	1 (14%)	3 (17%)	
NUTRIOLOGÍA	(n = 2)	(n = 2)	0.248
Déficit < 4	0 (0%)	0 (0%)	
Regular 4-7	1 (50%)	2 (100%)	
Autocuidado >7	1 (50%)	0 (0%)	
QFB	(n = 10)	(n = 16)	0.727
Déficit < 4	0 (0%)	0 (0%)	
Regular 4-7	9 (90%)	15 (94%)	
Autocuidado >7	1 (10%)	1 (6%)	

*Prueba χ^2

Cuadro 13. Autocuidado psicológico por profesión y sexo

PROFESIÓN	MASCULINO Frecuencia (%)	FEMENINO Frecuencia (%)	VALOR p*
ENFERMERÍA	(n = 3)	(n = 67)	0.335
Déficit < 7	0 (0%)	13 (20%)	
Regular 7-11	1 (33%)	35 (52%)	
Autocuidado >11	2 (67%)	19 (28%)	
MEDICINA	(n = 39)	(n = 28)	0.328
Déficit < 7	6 (15%)	5 (18%)	
Regular 7-11	18 (46%)	17 (61%)	
Autocuidado >11	15 (39%)	6 (21%)	
TRABAJO SOCIAL	(n = 7)	(n = 18)	0.511
Déficit < 7	0 (0%)	3 (17%)	
Regular 7-11	4 (57%)	9 (50%)	
Autocuidado >11	3 (43%)	6 (33%)	
NUTRIOLOGÍA	(n = 2)	(n = 2)	0.046
Déficit < 7	0 (0%)	0 (0%)	
Regular 7-11	2 (100%)	0 (0%)	
Autocuidado >11	0 (0%)	2 (100%)	
QFB	(n = 10)	(n = 16)	0.684
Déficit < 7	0 (0%)	1 (6%)	
Regular 7-11	6 (60%)	8 (50%)	
Autocuidado >11	4 (40%)	7 (44%)	

*Prueba χ^2

Cuadro 14. Autocuidado global por profesión y sexo.

PROFESIÓN	MASCULINO Frecuencia (%)	FEMENINO Frecuencia (%)	VALOR p*
ENFERMERÍA	(n = 3)	(n = 67)	0.708
Déficit < 32	0 (0%)	9 (14%)	
Regular 32-39	1 (33%)	27 (40%)	
Autocuidado >39	2 (67%)	31 (46%)	
MEDICINA	(n = 39)	(n = 28)	0.428
Déficit < 32	4 (10%)	6 (22%)	
Regular 32-39	16 (41%)	11 (39%)	
Autocuidado >39	19 (49%)	11 (39%)	
TRABAJO SOCIAL	(n = 7)	(n = 18)	0.629
Déficit < 32	0 (0%)	1 (5%)	
Regular 32-39	3 (43%)	10 (56%)	
Autocuidado >39	4 (57%)	7 (39%)	
NUTRIOLOGÍA	(n = 2)	(n = 2)	
Déficit < 32	0 (0%)	0 (0%)	
Regular 32-39	0 (0%)	0 (0%)	
Autocuidado >39	2 (100%)	2 (100%)	
QFB	(n = 10)	(n = 16)	0.444
Déficit < 32	0 (0%)	1 (6%)	
Regular 32-39	4 (40%)	9 (56%)	
Autocuidado >39	6 (60%)	6 (38%)	

*Prueba χ^2

VIII. DISCUSIÓN

El presente estudio proporciona una visión de las prácticas de autocuidado que realizan el personal de salud, se encontró que en las características sociodemográficas predominó el sexo femenino con un 68%, está visto que en el campo de la salud y la profesión de medicina, trabajo social, básicamente la de enfermería es una profesión feminizada como lo dice Olga Bustos¹⁰⁷ y Norma Blazquez¹⁰⁸. La edad promedio predominó entre 38.6 ± 8.2 años, esto indica que es una población adulta joven.

En la rama profesional, la muestra se definió en el personal de enfermería con un 37%, y el personal de medicina con un 35%, lo cual representó un alto porcentaje en estas dos áreas de la salud, ya que ellos constituyen una parte numerosa del personal estudiado, esto coincide con lo que reporta Portero de la Cruz¹⁰⁹ en su estudio sobre desgaste profesional, estrés y satisfacción laboral en un hospital universitario de España, el 77% de su muestra estudiada eran enfermeras y tenían más desgaste profesional similar a esta investigación, para Van Stolk¹¹⁰ en Luxemburgo investigó la gestión de los riesgos psicosociales en el trabajo, donde el personal de salud femenino presentaba más riesgos psicosociales, para Franca FM¹¹¹, su estudio manejaba los aspectos de burnout y el trabajo en los equipos de enfermería de dos hospitales era similar, por lo tanto resaltó con más participación la profesión de enfermería, igualmente para Albar¹¹² mostró el burnout en enfermería.

Lo que predomina es que la profesión de enfermería debe ser más estudiada por presentar más desgaste laboral, posiblemente la profesión de enfermería es feminista, enfermería al igual a otros oficios tienen un trabajo rutinario, se tiende a doblar turno, hay que realizar doble jornada, el poco personal de salud que existe en las áreas de trabajo, la falta de material, la movilidad de personal por ausencia, etc.

En diferentes investigaciones el personal sanitario, principalmente enfermería y medicina está expuesto a una serie de riesgos como daños a la salud, el paciente es el objeto de trabajo de este personal, el contacto con la enfermedad y muerte es una carga mental. Estos factores aunados a las condiciones y estilos de vida configuran perfiles de malestar, desgaste físico y emocional, así como insatisfacción e incapacidad personal.¹¹³ De acuerdo con lo mencionado por Orem, en donde resaltan ciertos requisitos universales, los cuales son acciones que se consideran vitales para el buen funcionamiento y desarrollo humano, sin embargo los profesionistas de la salud de esta investigación no cumplen con la mayoría de estos requisitos que establece Orem, para su autocuidado.

Otro factor importante en esta población trabajadora es que la mayor parte de ellos cumple con una jornada de trabajo de 9 a 12 horas, con un 40%, y a su vez presenta cansancio progresivo el 73% en esta población en estudio, esto es similar a otras investigaciones, donde se menciona la exposición prolongada al estrés laboral y por consiguiente se junta con el desgaste profesional que presentan los trabajadores de la salud, como lo dice Khamisa.¹¹⁴ Asimismo, para Suñer-Soler,¹¹⁵ donde prevalece que las consecuencias derivadas del desgaste profesional que mencionan otros autores incluyen fatiga mental¹¹⁶ el incremento de padecer enfermedades cardiovasculares, trastornos esqueléticos,¹¹⁵ además la falta de motivación que menciona Wang¹¹⁷ bajo nivel de rendimiento, baja productividad y ausentismo.¹¹⁸

Con respecto a las prácticas de autocuidado en la alimentación estos profesionistas de la salud manifestaron tener un nivel óptimo, lo cual coincide con lo que reporta Bamonde⁹⁵ y sus col., en el 2003, en su estudio nivel de aplicación de las acciones de autocuidado muestran que el personal estudiado reporto un 88% de autocuidado en su alimentación, pero este mismo estudio resalto que en el ejercicio esta población reporto un 60% de autocuidado suficiente, al compararlo con esta investigación con lo que respecta a la actividad moderada solo el 47% si la hace y el 75% no practica ningún deporte, al mismo tiempo el 65% no presenta peso adecuado y talla, para Umaña¹⁰⁰ en su estudio llamado

relación entre estilos de vida y condiciones de salud de los profesionales de enfermería, mostró que un 45% no realiza ejercicio físico, por lo cual es similar a esta investigación.

Se observa que en otros estudios sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad en trabajadores de la salud, se obtiene un resultado similar a esta investigación con un 44%.¹¹⁹ Al comparar los resultados con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, aunque, las prevalencias son menores a la encuesta, se observa que tiende a seguir las mismas tendencias.^{120, 101} Habría que decir también que a pesar que el personal conoce y debe promover las Normas Oficiales sobre los Servicios Básicos de Salud, Promoción y Educación, así como la Norma para el Tratamiento Integral del Sobrepeso y la Obesidad, en la población de estudio no lo realizan para sí mismos, cómo promover estas normas oficiales si el propio personal de salud no da ejemplo de ellas.^{121, 122}

Por otro lado, debido a los cambios en los hábitos y estilos de vida que han tomado los profesionales de la salud en la actualidad, con la elevada disponibilidad de alimentos con elevadas calorías y la disminución de la actividad física, el sobrepeso y la obesidad están en aumento. Es importante mencionar que el ejercicio físico como práctica no está incluida como formación profesional, ni mucho menos una asignatura curricular que promueva la actividad física en busca de hábitos saludables. Por otra parte, posiblemente tienen que ver las dobles jornadas de trabajo y los diferentes turnos que se llevan a cabo.

Otros autores mencionan, que la interiorización del valor de la vida sana es una estrategia fundamental para mejorar el estilo de vida y el trabajo saludable, como el comportamiento saludable.^{123, 124} En esta estrategia se sugiere un abordaje más amplio de la dieta y el ejercicio, así como considerar las concepciones de los empleados y los trabajadores sobre la salud, factores de riesgo y comportamiento, pues las diferencias de estos términos entre ellos impactan su desarrollo.¹²⁵

Bajo el modelo médico en el cual han sido entrenados los profesionistas de la salud, el papel que juega la prevención de la salud en estos profesionales de estudio resaltan las acciones preventivas dirigidas a la población en general, y a uno mismo. quedan relegadas en un segundo término como es la exploración mamaria con un 26% que no lo hace, en cuanto a la mastografía el 22% si la realiza en comparación a un 14 % no lo hace y la densitometría ósea con un 21% que no lo hace, esto corresponde al sexo femenino y el antígeno prostático con un 41% que no lo realiza, solo un 18% si lo hace esto es específicamente para los hombres, estos resultados son similares a lo que reporta Umaña¹⁰⁰ donde mostró un 27% de la población femenina no se realiza el examen citológico cérvico-uterino y un 30% no se examina mensualmente las mamas y no realiza la mastografía. En el grupo de hombres, de cinco individuos, cuatro no se realizan anualmente el examen de próstata, esto es similar a nuestra investigación a pesar de que las normas de salud establecen los lineamientos para poder realizarlas, se sigue marginando la parte preventiva de la salud. 7, 126-128

También, en el concepto de autocuidado que establece la OMS, hace presente todo aquello que las personas hacen por sí mismas con el propósito de restablecer y preservar la salud o prevenir y tratar las enfermedades, sin embargo, esto es contradictorio, ya que en este personal estudiado no cumple con la parte preventiva²⁴, en lo que se refiere a las actividades en sus tiempos libres y si realizan convivencia con su familia más del 90% de estos profesionistas estudiados reportan que si realizan esta práctica, pero el 73% no pertenece a grupos sociales, para Umaña¹⁰⁰ en su estudio realizado afirma que el trabajo es una de las principales situaciones que afecta la vida familiar, especialmente por la propia organización del mismo turno. Los estudios aportan evidencias, que quienes disfrutan de apoyo social tienen mejor salud y viven más tiempo. El amor y la amistad fortalecen el sistema inmunológico, reducen el estrés, la ansiedad y ayudan en los casos de depresión.

En cuanto a la presencia de estrés quizás el 67% no cuenta con algún recurso para el manejo del mismo, por consiguiente este personal se mantiene en situación de riesgo, posiblemente presentara consecuencias en el organismo como la ansiedad y más tarde desarrollara enfermedades cardiovasculares. Los factores de riesgo psicosociales son condiciones que influyen en la aparición de estrés laboral que afecta la salud de los trabajadores, entre los más prevalentes la atención al público y la monotonía del trabajo.¹²⁹ La mayor parte de los autores coinciden en que los niveles de estrés a los que se encuentran sometidos los trabajadores sanitarios del ámbito hospitalario son elevados y repercuten negativamente en su salud.¹³⁰ De aquí la importancia del estrés ocupacional previamente mencionado en el marco teórico es la causa de diferentes enfermedades, las cuales repercuten sin duda en el rendimiento de los trabajadores.

Algunas investigaciones asociaron áreas determinadas como hospitalización y servicio con un mayor grado de estrés, como son las unidades de cuidados intensivos.¹³¹ En cuanto a esta investigación es similar, ya que las áreas críticas mostraron más participación con un 42%, y hospitalización con un 29%, lo cual muestra lo que resaltan otros autores. Otras investigaciones reportan algo similar a la exposición al estrés en distintas especialidades, áreas o servicios del hospital.^{132, 133} De esta forma hay diferencia entre áreas estresantes y no estresantes, que sigue una serie de características demográficas y organizativas del trabajo, en las que además se tiene en cuenta; la edad, la experiencia, el género, el trabajo a turnos y la carga de trabajo.¹³⁴

El apoyo social y las características individuales son moderadores de los riesgos psicosociales, lo que se encuentra descrito en diferentes trabajos incluidos en esta investigación. Agudo¹³⁵ y Voltmerl mencionan que el mantener buenas relaciones personales y profesionales, entre colegas, así como relaciones de pareja, grupos de amistad y de apoyo, podrían contribuir a la prevención de situaciones como Burnout y la aparición de diferentes patologías o síntomas derivadas de las situaciones de estrés.^{104,135}

Según la Organización Internacional para el manejo del estrés, la reducción del estrés en el lugar de trabajo, no es meramente una cuestión de reducir las cargas de trabajo, es cuestión de crear una atmósfera donde los empleados estén motivados, comprometidos y entusiasmados con su trabajo.¹³⁶

Para Hernández⁷ en su estudio llamado autocuidado en profesionales de la salud y universitarios, reporta que en la salud física el 78% de su población en estudio presento un autocuidado óptimo a diferencia de los profesionales universitarios, quienes dan mayor importancia al cuidado de la salud física, lo cual puede estar relacionado por el entrenamiento que se ha establecido con los profesionales de la salud, lo cual es algo similar a este estudio, ya que el 64% se mantuvo en un autocuidado satisfactorio.

En otro estudio se analizó el sexo, el estilo de vida, y el proceso de trabajo de los profesionales de salud, que tienen implicaciones negativas en su salud integral. Para Umaña¹⁰⁰ reporto que un alto porcentaje de profesionales de la salud presentan estilos de vida no saludables, similar a estos resultados, ya que estos profesionales de la salud recaen más en un regular autocuidado tanto en la salud social como mental, indistintamente de su sexo y profesión. Lo que confirma que la medicina biologicista sigue siendo predominante.

En el estudio sobre el nivel de aplicación de las acciones de autocuidado de la salud a personal de una unidad médica hecho por Bamonde⁹⁵ y sus col., en la ciudad de México, aproximadamente el 50% de los trabajadores de la salud aplican en forma óptima el autocuidado y corresponden al sexo femenino, no obstante en esta investigación en lo que respecta a la Salud Global de los profesionales de la salud el sexo masculino presento mejor autocuidado de su salud, sin importar la profesión que ejercen, lo que demuestra que el sexo femenino es quien tiene menor cuidado en su salud, también resalto que los de trabajo social presentan mayor autocuidado.

Acerca del autocuidado social en esta investigación, resalta que el autocuidado social por sexo, más del 80% se mantiene en regular autocuidado social. Asimismo, quien tiene mejor interés en esta área social son los químicos laboratoristas y las trabajadoras sociales a diferencia de las enfermeras y médicos, es decir, los profesionistas de la salud son más aislados y exploran menos la parte social. Por otra parte, se encuentra que el autocuidado es mayor para el sexo masculino que para el sexo femenino, prácticamente el doble, los hombres tienen mejores relaciones sociales, interactúan más que las mujeres, se dice que, es por su condición de género, muchas de las mujeres tienen una doble y triple jornada, una de ellas muy importante son las labores domésticas, por lo tanto, el déficit de autocuidado en las mujeres se encuentran en este campo con 1.5%.

Es importante mencionar que el ser humano es eminentemente social lo cual dependerá de ser integral, sin duda está demostrado que las personas que son más aisladas son menos sociales y posiblemente se depriman más.

Del mismo modo, Arias y González¹³⁶ reportan en su estudio realizado sobre estrés, agotamiento profesional y salud en profesionales de acuerdo al tipo de contrato; entre los resultados obtenidos se señala que las mujeres percibieron más agotamiento profesional que los hombres. Esta investigación en lo que se refiere al sexo masculino tiene un mayor autocuidado a diferencia del sexo femenino quien tiene un menor cuidado de su salud psicológica, esto tiene que ver posiblemente con el poco tiempo que las mujeres trabajadoras se dedican a ellas mismas, por las múltiples actividades que realizan.

Bocanument¹³⁷ define a los factores de riesgo psicosocial como el conjunto de circunstancias inherentes a las condiciones no materiales, o sea a la forma como el trabajo se organiza y se divide, lo cual también puede llegar a generar daño en el trabajador.

Al hacer la comparación de autocuidado físico con profesionales de enfermería, ésta presenta un autocuidado de 71%, así como los nutriólogos y los que presentan menos cuidados son los/as médicos/as, lo cual es similar a la investigación que realizó Rodríguez y Muñiz,⁹⁶ en Cuba donde predominaron las mujeres como portadoras de enfermedades crónicas con un 61%, en comparación del autocuidado físico con sexo y profesión, en este estudio sobresale que independientemente de la profesión el sexo masculino tiene mayor autocuidado físico que el sexo femenino.

Por otro lado, los QFB muestran aparentemente un regular autocuidado psicológico, es importante mencionar que por su actividad no permite hacer una buena comparación, ya que no se encuentran en constante trato con factores estresantes, como es el trato prolongado con pacientes, la gran diferencia es trabajo social, ya que a pesar de que por lo regular se enfrentan a situaciones muy rípidas en la mayoría de sus actividades muestran un gran porcentaje de autocuidado psicológico. Si bien, podemos resaltar que los profesionistas de salud como son los médicos y enfermeras, más del 50% presentan un regular interés en cuidar de su salud psicológica.

Al mismo tiempo, la OMS define a la salud como el estado completo de bienestar biológico, psicológico y social, es clara la OMS cuando especifica que la salud implica algo más que una "situación de bienestar", se extiende hacia un concepto global de la vida. Donde promueve que todo individuo tenga una vida saludable, de igual forma, debe cubrir todas sus necesidades, lo cual causa contradicción en estos profesionales de la salud, ya que se les prepara para el cuidado de la salud de los individuos, y por qué no interiorizan esto, para decidir y optar por una vida más saludable y con menos riesgos.²

Por otro lado, para Nussbaum¹³⁸ plantea un nuevo enfoque con una base en lo social, señala que el enfoque de las capacidades son los elementos más importantes de la calidad de vida de las personas, son plurales y cualitativamente distintos por ejemplo: la salud, la integridad física, en donde para cada individuo existen problemas de desarrollo humano y luchas personales por alcanzar un calidad de vida plena, adecuada y con un mínimo de justicia social. El enfoque concibe “a cada persona como un fin en sí misma y no se pregunta solamente por el bienestar total o medio, sino también por las oportunidades disponibles para cada ser humano”; por tal razón, dicho enfoque, se centra en **“la elección o en la libertad”**. Asimismo, menciona las capacidades y los funcionamientos físicamente para no enfermarse.

A su vez, para el campo de la enfermería el concepto de autocuidado lo establece Dorothea Orem, refiriéndose como parte de las necesidades humanas, define este concepto como la conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno, para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar, donde se vuelve a reiterar que esta conducta se aprende y uno elige tomar conductas de autocuidado positivas o negativas que dependen de uno mismo.^{35, 36}

Es importante resaltar, que al estar dentro del campo de la salud, estos profesionales no se ocupan de su salud integral y como solicitar que este personal se ocupe de la propia salud integral del usuario, si ellos mismos no lo hacen, el médico esta para restablecer la parte enferma de la salud física y el personal de enfermería se ocupa sólo de proporcionar cuidado físico como: la aplicación del enema, colocación de venoclisis, dar medicamentos etc., por mencionar algunos, pero cuántos de estos profesionales de la salud dejan en segundo término la esfera social y psicológica.

Es de resaltar que sigue prevaleciendo la medicina biologicista, sin duda la medicina ha ejercido una actividad evidentemente sólo curativa, basada en la enfermedad y no en la medicina holística y preventiva, que sin duda nos traería mejores beneficios en nuestra calidad de vida.¹²

Finalmente, se debe considerar que a diferencia de la población en general, los profesionistas de la salud que no llevan comportamientos nocivos, contribuyen a practicar una mejor medicina de prevención y a tener mejor éxito en las recomendaciones al usuario externo.⁹⁴

IX. CONCLUSIONES

El autocuidado en el personal de salud de un hospital metropolitano no es común, ya que la mitad mantiene prácticas adecuadas en todas sus dimensiones, indistintamente del sexo y la profesión. Las dimensiones social y psicológica son las más descuidadas, teniendo en ellas un autocuidado regular. En la parte preventiva, las mujeres no tienen el cuidado de realizarse la auto-exploración mamaria, mastografía ni la densitometría ósea, así como no acostumbran actividad física; y los hombres no se miden frecuentemente el antígeno prostático, pero su práctica de autocuidado es mejor que en las mujeres. Con relación a la profesión, los profesionales de la medicina son los que menos práctica la actividad física. Con lo anterior, se cumplió parcialmente la hipótesis planteada.

X. RECOMENDACIONES

- ✚ Replicar en diferentes centros de trabajo este estudio y concientizar al personal de salud del poco cuidado que se tiene.

- ✚ Sugerir que en las políticas públicas se involucre al personal de salud en estos programas de autocuidado.

- ✚ Dentro de estas políticas públicas facilitar tiempo a los trabajadores para su autocuidado.

- ✚ Orientar en programas especiales a los trabajadores que estén con sobrepeso, hacer seguimiento de los que tienen problemas de hipertensión o diabéticos, darles un trato como pacientes, de igual forma monitorizar que los programas den resultados.

- ✚ Realizar más estudios sobre la salud del trabajador, los cuales estén encaminados a mejorar sus prácticas de autocuidado y en consecuencia contribuir al mantenimiento y mejoramiento en su propia salud, mediante programas de educación para el cuidado como actividad física, alimentación, etc., de manera conjunta con otras disciplinas.

- ✚ Plantear la necesidad de reeducar a los profesionistas de la salud para el autocuidado de su salud, como parte de su proceso de formación integral.

- ✚ Solicitar el apoyo de los jefes de área, supervisores para implementar actividades, como son: material audiovisual, charlas, etc., que permitan hacer conciencia sobre las prácticas de autocuidado menos realizadas.

- ✚ Realizar afiches publicitarios que ayuden a mostrar hábitos saludables en diferentes partes del hospital.

XI. APORTACIONES

✚ El estudio aporta que el personal de salud no está cumpliendo con el autocuidado, lo cual amerita realizar un programa de intervención para retomar la concientización del personal, que retomen el interés de su propio autocuidado personal.

✚ El instrumento que se realizó se podría retomar para otros estudios ya que es perfectible.

XII. LIMITACIONES DE ESTUDIO

- ✚ El tamaño de muestra de los grupos no fue del todo homogénea, ya que la cantidad de sujetos y del sexo no son similares, por lo que es importante homogenizar la muestra para tener resultados más precisos.
- ✚ Es un estudio transversal ya que se realizó solo una medición del tiempo, pero siendo un estudio descriptivo, puede servir para la generación de nuevas hipótesis de trabajo.
- ✚ No se implementó ningún programa de intervención en los grupos estudiados.

XIII. REFERENCIAS

¹Mantilla Uribe BP. Salud Integral: Evolución del concepto y propuesta actual. [Consultado el 14 de noviembre de 2016]: Disponible en: http://escpromotorasdesalud.weebly.com/uploads/1/3/9/4/13940309/salud_integral_evolucin_y_propuesta.pdf. 1-12.

²OMS. Promoción de la salud mental. Ginebra: 2004. [Consultado el 22 de mayo de 2015]: Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/promoción_de_la_salud_mental.pdf.

³Seligman Martin. Positive interventions: more evidence of effectiveness. En Authentic Happiness Newsletter. Pennsylvania: University of Pennsylvania. 2004. [Consultado el 13 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.authentichappiness.sas.upenn.edu/newsletter.aspx?id=45.pdf>.

⁴Hernández OC, Salazar M. El constructo "cuidar" como valor complejo vinculado a la salud y la ética en enfermería. Rev. Educación en valores [rev. en internet]. 2009; 11: p 79-96.

⁵Gavidia Catalán V. Salud, Educación y Calidad de Vida. De cómo las concepciones del profesorado inciden en la salud. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio. 1998; p 31.

⁶Málaga H, Restrepo H. Promoción de la Salud: Como construcción de vida saludable. Editorial Panamericana; Bogotá 2001: p 25.

⁷Hernández TI, et al. Autocuidado en Profesionista de salud y Profesionistas universitarios. Acta universitaria. 2003; 13 (3): p 26-32.

⁸Organización Mundial de la Salud. Salud y Bienestar Social. Canadá, asociación canadiense de salud pública. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre la promoción de la Salud. Ottawa: OMS. 1986; Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaChapterSp.pdf>.

⁹Organización Mundial de la Salud, Ministerio de la Salud Pública de Tailandia. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Sexta conferencia mundial de promoción de la salud, Bangkok: OMS; 2005.

¹⁰Wikinson R, Marmot M. Social Determinants of Health. The Solid Facts. Ginebra: OMS, 2003.

Disponible en: [http://Social Determinants of Health. The Solid Facts. Ginebra: OMS; 2003](http://SocialDeterminantsofHealth.TheSolidFacts.Ginebra:OMS;2003).

¹¹Nutbeam D, Eficacia de la Promoción de la Salud. Las preguntas que debemos responder. En: UIPES. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud: Configurado de la salud pública en una nueva Europa. Madrid; 2000; p 3.

¹²Jenkins CD. Mejoremos la Salud de todas las edades. Un manual para el cambio de comportamiento. Washington. D.C. OPS. 2005; p3-10.

¹³Villalobos A. Gestión del cuidado de enfermería en el adulto mayor. Facultad de ciencias económicas y administrativas, instituto de administración en salud. OPS; Chile: 2002.

¹⁴Godoy MA, Vargas E. Autocuidado de la salud de los profesionales de enfermería que prestan sus servicios en la unidad de gineco-obstetricia del hospital central universitario Dr. Antonio María Pineda. Revistas médicas. [rev. en internet] 2013 [consultado noviembre 2016] 29 (5); p 1-27: Disponible en: <http://www.revistaportalesmédicos.com/revistas-medicas/autocuidado-salud-profesionales-enfermeria/>.

¹⁵Diéguez Agraz C. Decídete a tener una vida sana. Una guía práctica del autocuidado y la prevención de la salud. Vida Sana: 2016; p 1-12.

¹⁶Góngora V, Casullo M. Factores protectores de la salud mental: un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población en general. En Interdisciplinaria. 2009; 26 (2): p 448-458.

¹⁷Seligman Martin. Positive health. En *Applied Psychology: An International Review*. 2008; 57(1): p 3-18. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/oi.1111/j.1464-0597.2008.00351.x/full>

¹⁸Peterson, Christopher, Seligman M. Character strengths and virtues. A handbook and classification. Nueva York: Oxford. University Press. 2004; p 58-68.

¹⁹Gillham, Jane, et al. The science of optimism and hope. Research of Martin E.P. Seligman. Filadelfia: Templeton Foundation Press. 2000; p 34-39.

²⁰Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México: Secretaría de Salud. 2007.

²¹Capra Fritjof. El Punto Crucial: Ciencia, sociedad y cultura naciente: Influencia del pensamiento cartesiano, newtoniano y modelo biomédico. Editorial Estaciones, México; 1982.

²²Uribe T et al. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Investigación y educación en enfermería. 1999; 18(2).

²³Tabón CO et al. El autocuidado. Una habilidad para vivir. Salud Pública. Universidad de Celdas. 2014; p.1- 16.

²⁴Organización Mundial de la Salud. Definición de Autocuidado. Monografía en internet; [consultado mayo 2016]: Disponible en: <http://www.safyb.org.ar/wp/oms-autocuidado/>.

²⁵Organización Panamericana de la Salud. Autocuidados en Salud Mental. Washington; 2014: Monografía en internet [consultado octubre 2016]; Disponible en:<http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/ManualAutocuidado.pdf>.

²⁶Sillas González DE, Jordán Jinez LM. Autocuidado, elemento esencial en la práctica de enfermería. *Práctica Clínica. Desarrollo Cientif Enferm.*2011; 19 (2): p1- 35.

²⁷Merino ND et al. Impacto del programa integrado de autocuidado específico en mujeres afectadas de cáncer de mama. [Tesis Doctoral], [Tesis Español] Universidad de Alicante, España: Taller digita; 2012.

²⁸Orem D. E. Nursing Developmnt Conference Grupo (NDGC).Concept formalization in nursing: 1973. Process and product.Boston:Little,Brown Co.

²⁹Orem D.E. Nursing: Concepts of practice. 5 th ed; 2001. St. Louis: Mosby. p 443.

³⁰Orem D.E. Nursing: Concepts of practice. 2 nd ed; 1980. New York: McGraw Hill.p 28, 31, 118-119, 204.

³¹Orem D.E. Nursing: Concepts of practice. 6 th ed; 2001. St. Louis: Mosby. p 320, 141.

³²Francoise C. Bases históricas y teóricas de la enfermería. [Online]. [Citado noviembre 2016]. Disponible en <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema12.pdf>.

³³Prado SA, et al. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev. Médica* 2014; 36(6).

- ³⁴Orem D.E. Nursing: Concepts of practice. 6 th ed; 2001. St. Louis: Mosby. p 62, 63, 522.
- ³⁵Vega AO, González ED. Teoría del déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Ciencia y cuidado. 2007; 4(4): p 29-33.
- ³⁶Severino RD. Teorías y modelos para la atención de enfermería. 2nd ed. Ortiz Téllez, Sara Esther, editor. México, D.F: Dr. División Universidad Abierta Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia UNAM; 2008; p 130-145
- ³⁷J.Denyés M et al, consultante Orem D.E et al. Self- care: A foundational Science. Nursing Sciencia Quarterly.2001; 14(1): p 48-54.
- ³⁸Alligood MR. Marriner TA. Modelos y teorías. Introducción a las teorías en enfermería: historia, importancia y análisis.7ªedición.Elsevier Mosby; 2011; p 265- 271.
- ³⁹La Organización Mundial de la Salud. Definición de salud ocupacional. [Consultado junio2016]Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/index.php/home/salud-ocupacional>.
- ⁴⁰Hernández MR. Autocuidado y Promoción de la Salud en el ambiente laboral. Rev. Salud. Cuba. 2015; 5(2): p 79-88.
- ⁴¹De Rivera Luis. Los síndromes de estrés. Madrid: Síntesis. 2010.
- ⁴²Posada EJ. La relación trabajo-estrés laboral en los colombianos. Rev. CES Salud Pública. 2011; 2(1): p 66-73
- ⁴³Moreno Pando M, et al. Factores psicosociales y salud mental en el trabajo. Universidad de Guadalajara. México.2006; p 25-32.

⁴⁴Metabanchoy Tulcán SM. Salud en el Trabajo. Rev. Univ. Salud. 2012; 15(1): p 87-102.

⁴⁵Organización Mundial de la Salud. Definición de Factores de Riesgo. Monografías en internet. [Consultado diciembre 2016]; Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/.

⁴⁶Pérez Porto, Garde y Ana. Definición de riesgo físico.2016 [consultado junio 2016] Disponible en: <http://definicion.de/riesgo-fisico/>.

⁴⁷Guirado Juan. Riesgo químico. [Monografías en internet] 2013 [consultado junio 2017]; Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Riesgo_químico y Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Discusi%C3%B3n:Riesgo_qu%C3%ADmico.

⁴⁸Cruz Blanca CA, Llanos ML, et al. Factores de Riesgo Biológicos. [Monografías en internet] 2009; Disponible en: <https://www.riojasalud.es/.riesgos/1104-riesgos-biologicos-accidentes-biologicos>.

⁴⁹Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales. Riesgos Ergonómicos y Medidas Preventivas. [rev. en internet] 2016 [consultado junio 2017]; Disponible en: http://www.ajemadrid.es/wp_content/uploads/eje_ergonomicos.pdf.

⁵⁰Díaz DL. Estrés laboral y sus factores de riesgo psicosocial. Rev. Salud Pública. 2011; 2 (1): p 80-84.

⁵¹Uribe IE. Diplomado en Salud Ocupacional. SENA. 2014; <https://es.slideshare.net/oscarreyesnova/psicosocial-sena>.

⁵²López L, Solano A, et al. El estrés laboral y los trastornos psiquiátricos en profesionales de la medicina. Revista CES Salud Pública. 2012; 3(2): p 280-288.

⁵³Organización Internacional del Trabajo OIT. Declaración relativa a los principios y Derechos fundamentales en el trabajo. Ginebra. Suiza. 1998), Disponible en: <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc86/com-dtxt.htm>.

⁵⁴Organización Internacional del Trabajo OIT. Ginebra. 2008. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/dgreports/stat/documents/meetingdocument/wcms_100337.pdf.

⁵⁵Organización Panamericana de la Salud OPS. Estrategia de promoción de la salud en los lugares de trabajo de América latina y del Caribe. Anexo 6. Ginebra. Suiza 2000. Disponible: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_ops_fortalecimiento_promocao_de_saude.pdf.

⁵⁶Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de promoción de la salud en los lugares de trabajo de América Latina y el Caribe. Washington. OPS; 2000.

⁵⁷Beca JP. El sentido de las profesiones de la salud. Rev. Academia S. V. Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo 2006; 1.

⁵⁸Rosselot E. El derecho a una atención médica de buena calidad. Rev. Méd Chile. 2000; 128 (12): p 1385-1388.

⁵⁹Oltra S. El autocuidado, una responsabilidad ética. Rev. Psiquiatría Universitaria. 2013; 9 (1): p 85-90.

⁶⁰Giraldo OA, et al. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción de la Salud*. BVS.2010; 15(1): p 128- 143.

⁶¹Aarón AM, Llanos MT. Cuidar a los que cuidan. Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*. 2004; 20 (1-2): p 5- 15.

⁶²Martínez BM, Latapi P, Hernández TI, Rodríguez VJ. Sociología de una profesión. El caso de enfermería. Centro de Estudios Educativos, A.C. Segunda edición 1993; p 25-30

⁶³Braverman Harry. Trabajo y capital monopolista: la degradación del trabajo en el siglo XX, Ed. Nuestro Tiempo, Cuarta edición, México, D.F; 1981. p 470-484

⁶⁴Díaz Piña A. El concepto de profesión, su presencia en los textos legales en México, y una propuesta de definición. México 2013; 83: p 239- 253

⁶⁵Max Weber. La ética protestante y el espíritu del capitalismo, de los antiguos idiomas, sólo el hebreo posee expresiones de matiz semejante, http://www.opuslibro.org/Index_libro/Recensiones_1/weber_eti.htm

⁶⁶Diccionario de la lengua española. Edición electrónica versión 21. Real Academia Española, 1998.

⁶⁷ Diccionario de las ciencias de la educación. México, Santillana, 1996.

⁶⁸Díaz Barriga, A. La profesión como referente de la educación superior, de la formación profesional y del empleo. UNAM. Centro de Estudios sobre la Universidad. Porrúa. México, 1997.

⁶⁹Informes, Estudios e investigación. Salud y Género. 2007-2008. Mujeres y hombres en las profesiones sanitarias. Ministerio de sanidad y consumo. 2009: p 43-61.

⁷⁰ Organización Internacional del trabajo. Resumen Ejecutivo. Las mujeres en el trabajo. Unesco, Tendencias 2016. p 3.-13.

⁷¹ Verde Flota E et al. Motivos de elección de carrera en mujeres estudiantes de profesiones de la salud. Educación Médica 2007; 10(1): p 44-51.

⁷² Gutiérrez JP, et al. Encuesta Nacional de Salud y nutrición. Cuernavaca: Instituto Nacional Salud Pública.2012.

⁷³ Popkin, et al. The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants. En International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders. 2004; 28(3): p 52-59.

Disponibile en: <http://www.nature.com/ijo/journal/v28/n3s/full/o8o28o4a.html>.

⁷⁴ Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso. Ginebra; 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es>.

⁷⁵ Harvard University. The Healthy eating plate. Boston: Harvard Health Publications. 2012; Disponible en: <http://www.health.harvard.edu/plate/healthy-eating-plate/>.

⁷⁶ Greene, et al. Dietary applications of the stages of change model. En Journal of the American Dietetic Association. Maryland Heights: Elsevier. 1999; 99 (6): p 673-678.

⁷⁷ Di Noia, Jennifer, et al. Dietary stages of change and decisional balance: a meta-analytic review. En American Journal of Health Behavior. Oak Ridge: PNG Publications. 2010; 34 (5): p 618-632.

⁷⁸ Camacho Gutiérrez E, Vega Michel C. Autocuidado de la salud. México: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente. ITESO.Ed.2014: p 45-54,81- 100.

⁷⁹Benington J, G. Frank M. Cellular and molecular connections between sleep and synaptic plasticity. En progress in neurobiology. Elsevier. Londres. 2003; 69 (2): p 77-101.

⁸⁰Thayer Julian F, Sternberg E. Neural aspects of immunomodulation: focus on the vagus nerve. En Brain Behavior and Immunity 2010; 24 (8): p 1223-1228.

⁸¹Nakao M. Work-related stress and psychosomatic medicine. BioPsychoSocial Medicine. 2010 [citado 2012 Abr]; 4(4). Disponible en: <http://www.bpsmedicine.com/content/4/1/4>.

⁸²Gómez RMA, Camargo BA, et al. Estilo de vida y problemas de salud de los docentes universitarios. México. Revista Médica. [rev. eninternet]2016 [consultado diciembre 2016]; p 216- 232. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/estilo-vida-problemas-salud-docentes-universitarios/>.

⁸³Hewitt Ramírez Nohelia. Estilos de vida en profesionales de la salud del municipio de zipaquipá. Colombia. Redalyc. Psicología. 2007 [consultado diciembre 2016]; 1(1): p 61-97. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297224869008.pdf>

⁸⁴Braudel F. “La larga duración”, en Fernando Braudel. La historia y las ciencias sociales, Madrid, Alianza Editorial. España. 2000; (2): p 60-97.

⁸⁵Giménez, Gilberto. La Sociología de Pierre Boudeau. Instituto de Investigación Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México. [rev. en internet] 2002 [consultado noviembre 2016]; p 1-23. Disponible en: <https://www.google.com.mx/#q=la+sociolog%C3%ADa+de+pierre+bourdieu+gilberto+gim%C3%A9nez>.

⁸⁶Bourdieu, Pierre. La distinción: Criterio y bases sociales del gusto.2002. México: Taurus: p 97-113.

⁸⁷Levy L. Anderson L. La tensión psicosocial, población, ambiente y calidad de vida. Ed. Manual moderno. México 1980:7.

⁸⁸La Calidad de Vida, Martha C. Nusbaum y Amartya. Fondo de Cultura Económica. México: 1993.

⁸⁹Nusbaum MC. Sen A. La Calidad de Vida. Ed. Fondo de Cultura Económica. México D.F., 1993.

⁹⁰Nava GMG. La calidad de vida: Análisis multidimensional. Enf. Neurol. [rev. en internet] 2012; [citado 20 de noviembre 2016], 11(3): 129-137 en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123c.pdf>

⁹¹Referencia: Melguizo HE, Alzate PM. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. Enfermería. 2008; 26 (1): p 112-123.

⁹²Báez HF, et al. Capacidades, acciones de autocuidado e indicadores de salud en adultos jóvenes universitarios de enfermería. Cultura del cuidado. 2012; 9 (2): p 10- 21.

⁹³Escobar PM, et al. Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios, Manizales, 2010-2011. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2013; 31(2): p 178-186.

⁹⁴Sanabria FP, et al. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos: estudio exploratorio. Rev .Medica. 2007; 15 (2): p 207-217.

⁹⁵Bamonde GM, et al, Nivel de aplicación de las acciones de autocuidado de la salud por personal de una unidad médica. Enferm IMSS 2003; 11 (2): p 77-81.

⁹⁶Rodríguez RT, Muñiz CD. Presencia de enfermedades crónicas no transmisibles en trabajadores de la salud: un enfoque multidisciplinario. Rev. Finlay [rev. en internet.] 2014; 4 (3): p 158-171.

⁹⁷Arenas ML, et al. Prevalencia de tabaquismos en médicos y enfermeras en los estados de Morelos y Guanajuato. Rev. Inst.Nal.Enf.Resp.2004; Vol. 17(4): p 261- 265.

⁹⁸Guerrero LG, et al. Autocuidado de la salud en personal médico de un servicio hospitalario. Rev Paraninfo Digital. 2007; p 1:1-3.

⁹⁹Arenas ML, et al. Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos, Salud pública de México. 2004; 46 (4): p 326-332.

¹⁰⁰Umaña Machado A. Relación entre estilos de vida y condición de salud de las (los) profesionales en enfermería, hospital de Guápiles, 2005. Enfermería en costa Rica, 2007; 28(1): p 5-11.

¹⁰¹Barrios RG, Contreras LG. El estado de salud del personal de enfermería a cargo del programa preventivo “5 pasos por tu salud”: estudio transversal descriptivo. Medwave 2013; 13 (6): p 1-6.

¹⁰²Ansoleaga E, Toro CJ, et al. Malestar psicofisiológico en profesionales de la salud pública de la Región Metropolitana. Rev. Med. Chile. 2011; 139:1185-1191.

¹⁰³Rodríguez C, Dotti G, Cuesta A. Prevalencia de tabaquismo y sedentarismo en un grupo extenso de enfermeros de Montevideo: relación con edad, sexo y múltiple empleo. Rev. Uruguay cardiología. 2014; 29(2): p 200-205.

¹⁰⁴Agudo Martín JI, Bátiz Cano A, et al. El estrés en personal sanitario hospitalario; estado actual. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 2013; 59(231): p 259-275.

¹⁰⁵Ley general de salud. Secretaría de salud: México. Referencia de internet [citado 11 octubre 2015]. Disponible en: [www.salud.gob.mx/unidades/odl/Ley General de Salud.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/odl/Ley_General_de_Salud.pdf).

¹⁰⁶Declaración de Helsinki. Referencia de internet [citado 11 octubre 2015]. Disponible en: www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17ces.pdf.

¹⁰⁷Bustos Romero Olga. Mujeres en la educación superior, la academia y la ciencia. *Revista ciencia México* 2012 pp. 24-33. Disponible: https://www.ses.unam.mx/Bustos_Mujeres_Educ_Superior.pdf

¹⁰⁸Blazquez Graf Norma, Bustos Romero Olga, Vega Montiel Aimée. Saber y poder. Testimonios de directoras de la UNAM, CEIICH, UNAM. *Revista Península*. Mérida México 2014;9(2):p169-171. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358334022008>

¹⁰⁹Portero de la cruz S, Vaquero Abellán M. Desgaste profesional, estrés y satisfacción laboral del personal de enfermería en un hospital universitario. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. España; 2015. p 1-9. DOI: 10.1590/0104-1169.0284.2586. www.eerp.usp.br/rlae.

¹¹⁰Van Stolk C, Staetsky L, et al. Management of psychosocial risks at work: An analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2012.

¹¹¹França FM, Ferrari R, Ferrari DC, Alves ED. Burnout and labour aspects in the nursing teams at two medium-sized hospitals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20(5): p 961-70.

- ¹¹²Albar MJ, Romero ME, et al. Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. *Enferm Clin.* 2004; 14 (5): p 281-5.
- ¹¹³Sosa Cerda OR, Cheverría Rivera S, et al. Calidad de vida profesional del personal de enfermería. *Rev. Enfem. Inst. Mex. Seguro Social.* 2010; 18(3): p 153- 158.
- ¹¹⁴Khamisa N, Peltzer K, Oldenburg B. Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2013; 10(6): p 22, 14-40.
- ¹¹⁵Suñer-Soler R, Grau-Martín A, Font-Mayolas S, Gras ME, Bertran C, Sullman MJ. Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *J Psychiatr Health Nurs.* 2012; (4): p 305-13.
- ¹¹⁶Vargas C, Cañadas GA, Aguayo R, Fernández R, De La Fuente EI. Which occupational risk factors are associated with burnout in nursing. A meta-analytic study. *Int J Clin Health Psychology.* 2014; 14(1): p 28-38.
- ¹¹⁷Wang S, Liu Y, Wang L. Nurse burnout: Personal and environmental factors as predictors. *Int J Nurs Pract.* 2015; (1):78-86. doi: 10.1111/ijn.12216.
- ¹¹⁸Chang Y, Chan HJ. Optimism and proactive coping in relation to burnout among nurses. *J Nurs Manag.* 2013 Sep 24. doi: 10.1111/jonm.12148. [Epub ahead of print].
- ¹¹⁹Diaz Realp JE, Muñoz MCH, et al. Factores de Riesgo para Enfermedad Cardiovascular en Trabajadores de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, Colombia. *Rev. Salud Pública* 2007; 9(1): p 64-75.

¹²⁰Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012. Servicios básicos de salud, Promoción y educación para la salud en materia. Criterios para brindar orientación. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013

¹²¹Norma Oficial Mexicana Norma-008-SSA3-2010. Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010.

¹²²Van Sheppingen AR, et al. Motivations for health and tieron Med. heir associations with lifestyle, work style, health, vitality, and employee productivity. J OccupEnvironMed. 2014; 56: p 540-6.

¹²³Correa P. La seguridad y la prevención como valores de vida: una propuesta educativa para fortalecer la cultura de prevención de riesgos laborales en el sector industrial de Manizales (Tesis). Manizales: Universidad de Manizales; 2012.

¹²⁴Berkel J, etal. Ethical consideration sofwork site health promotion: Anexploration of stakeholders Views. BMC PublicHealth. 2014; 14: p 458.

¹²⁵Norma Oficial Mexicana Norma-041-SSA2-2011. Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011.

¹²⁶Norma Oficial Mexicana Norma-035-SSA2-2012. Para la prevención y control de enfermedades en la peri menopausia y posmenopausia de la mujer: criterios para brindar atención médica. 2013, http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284235&fecha=07/01/2013.

¹²⁷Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY- Norma-048-SSA2-2016. Para la detección, diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica del crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata) 2016. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5446705&fecha=03/08/2016.

¹²⁸Díaz DL. Estrés laboral y sus factores de riesgo psicosociales. Rev CES Salud Pública 2011; 2(1): p 80-84.

¹²⁹Kawasaki, Kazuyoshi, et al. Work stress and workload of full-time anesthesiologists in acute care hospitals in Japan. Journal of anesthesia. 2009; 23 (2): p 235- 241.

¹³⁰Rios Risquez MI, Peñalver Hernández F, et al. Estudios comparativos del burnout en personal de enfermería de cuidados intensivos y urgencias. Enferm. Intensiva. 2008; 19(1): p 2-13.

¹³¹Bagaajav Ariunsanaa, Myagmarjav Sugarmaa, et al. Burnout and job stress among Mongolian doctors and nurses, Industrial health. 2011; 49 (5): p 582-588.

¹³²López Layos, Torrejón Mora, et al. Estrés y satisfacción laboral de las enfermeras de hospitales toledanos. Metas de enfermería. 2011; 14(8):8-14.

¹³³Institute for Work Health. Are workplace prevention programs effective? Sharing best evidence: highlights of a systematic review. 2008.

¹³⁴Tsutsumi A, Iwata, et al. Application of item response theory to achieve cross-cultural comparability of occupational stress measurement. Int J Methods Psychiatr Res. 2009; 18 (1): p 58-67.

¹³⁵López L, Solano A, et al. El estrés laboral y los trastornos psiquiátricos en profesionales de la medicina. Revista CES Salud Pública. 2012; 3(2): p 280-288.

¹³⁶Arias Galicia F, González Zermeño ME. Estrés, Agotamiento Profesional y Salud en Profesionales de acuerdo a su tipo de contrato. *Ciencias y Trabajo* 2009; 33: p 172-176.

¹³⁷Bocanument G. Naturaleza, origen, clasificación y los factores de riesgo psicosociales del trabajo 2003: p 87-100.

¹³⁸Nussbaum Martha. *Crear Capacidades: Propuesta para el desarrollo humano*. Barcelona: Paídos. 2013; 6(1): p 208-212.

A N E X O S

ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
Coordinación de Estudios de Posgrado
Programa de Maestría en Enfermería



INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN LA SALUD INTEGRAL DEL PERSONAL DE SALUD

I.-PRESENTACIÓN

Como parte de la investigación que se realiza en la Maestría de Enfermería sobre las prácticas de autocuidado en el personal de salud, se ha diseñado un instrumento donde se conocerán las acciones que se realizan para mantener su estado de salud. Toda la información proporcionada será procesada únicamente con fines de investigación por lo que se garantiza su confidencialidad.

El propósito es identificar cuáles son las prácticas de autocuidado integral que lleva a cabo el personal de salud que labora en un hospital del área metropolitana.

II.-INSTRUCCIONES: Marque con una **X** en la columna que corresponda una sola opción para cada pregunta. Las pregunta 35,36, 37,38 conteste sólo si es mujer y la pregunta 39 conteste sólo si es hombre. Lea cuidadosamente cada pregunta y conteste con el primer pensamiento que venga a la mente, recuerde todas las preguntas deben ser contestadas.

III. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1.- Edad (en años cumplidos)

2.-Sexo:1.-Masculino 2.-Femenino

3.- Estado civil actual

1.- Soltero/a 2.- Casado/a

4.- Nivel de escolaridad:

- 1.-Preparatoria 2.-Licenciatura 3.- Especialidad 4.-Maestría
5.- Doctorado 6.-Otros

5.- Profesión que ejerce

- 1.-Enfermería 2.-Medicina 3.-Trabajo Social
4.-Nutriología 5.-Laboratorista 6.-Servicio en que labora

7.- Turno en que labora

- 1.- Matutino 2.- Vespertino 3.-Nocturno 4.-Jornada acumulada

8.- Cuenta con otra jornada de trabajo en otra institución 1.- Si 2.- No

9.- Total de horas que trabaja al día

- 1.- 6 a 8 horas. 2.- 9 a12horas 3.- Más de 12 horas.

10.-Tiempo que tarda en transportarse de su casa al trabajo o viceversa

- 1.- Menos de 30 minutos 2.- De 30 a 60 minutos 3.- 60 a 120 minutos
 4.- Más de 120 minutos

11.- Número de integrantes en su familia

1. 2 a 5 2.- 5 a 8 3.- Más de 8

12.- Es el principal proveedor/a de la familia 1.- Si 2.- No

IV.- PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO ASPECTO FÍSICO

	PREGUNTAS	SI	NO
13	El desayuno lo realiza en las primeras horas del día.		
14	Normalmente, realiza las tres comidas principales: desayuno, comida y cena.		
15	¿Consume por lo menos 3 veces a la semana cereales integrales y tubérculos?		
16	¿Consume por lo menos 3 veces a la semana frutas, verduras?		
17	¿Consume por lo menos 3 veces a la semana, pollo, pescado, carne, huevo, leche y derivados?		
18	¿Consume más de una vez a la semana grasas de origen animal? (Crema entera, mantequilla, carnitas, barbacoa, carnes frías).		
19	¿Consume más de una vez a la semana: dulces, refrescos, helados, golosinas?		
20	Ingiere mínimo litro y medio de agua al día.		
21	Consume más de 4 tazas de café al día.		
22	Realiza dietas especiales para controlar el peso.		
23	Tiene el peso de acuerdo a su estatura y edad.		
24	Más de una comida la realiza en compañía con su familia.		
25	¿Consume bebidas alcohólicas más de una vez a la semana?		
26	Fuma todos los días.		
27	Convive con fumadores.		
28	Realiza actividad física moderada por hobby (bicicleta, caminata, bailar) un mínimo de 20 minutos al día por lo menos 5 veces a la semana.		

	PREGUNTAS	SI	NO
29	Practica algún otro deporte más de una vez a la semana.		
30	Acostumbra a tomar horas de descanso y siesta por lo menos 30 minutos.		
31	Ha disminuido su agudeza visual.		
32	Usa lentes por algún trastorno visual.		
33	Acude por lo menos cada año al oftalmólogo.		
34	Acude al dentista por lo menos una vez al año.		
35	Se realiza mínimo cada año el Papanicolaou.		
36	Se realiza una vez al mes la exploración mamaria.		
37	Si tiene más de 40 años se ha realizado la mastografía mamaria		
38	Si tiene más de 40 años ha realizado el estudio de la densitometría ósea.		
39	Se ha realizado el estudio de antígeno prostático		
40	Presenta o tiene caries.		
41	Ha perdido piezas dentales.		
42	Padece de Diabetes Mellitus.		
43	Padece de Hipertensión Arterial.		
44	Padece de problemas del corazón		
45	Padece de problemas musculo esqueléticas.		
46	Padece de problemas gástricos.		

	PREGUNTAS	SI	NO
47	Padece de problemas dermatológicos.		
48	Lleva control médico de la enfermedad que padece.		
49	Usa medicinas alternativas.		
50	Ha tenido accidentes de Trabajo.		

ASPECTO SOCIAL

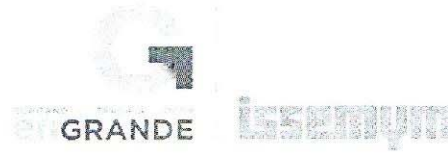
	PREGUNTAS	SI	NO
51	Realiza actividad en sus tiempos libres (ver televisión, bailar, oír música, leer libros etc.).		
52	Realiza actividades de convivencia con su familia.		
53	Pertenece a más de 3 grupos sociales (religiosos, deportivos, club, académicos, entre otros).		
54	Ante un problema de cualquier índole pide ayuda.		
55	Realiza viajes de recreación y descanso.		
56	En el último mes ha asistido al teatro, cine, museos y/o conciertos.		
57	Usted es el principal responsable de la realización de alimentos, del cuidado de la vivienda, lavado, planchado y de diversos trámites administrativos, entre otros.		
58	Proporciona cuidados a hijos menores de 14 años.		
59	Proporciona cuidados a otros integrantes de la familia mayores de 14 años (padres, hermanos, y adultos mayores)		

ASPECTO PSICOLÓGICO

	PREGUNTAS	SI	NO
60	Padece estrés laboral.		
61	Cuenta con algún recurso para el manejo de estrés.		
62	En el último mes se ha sentido deprimido.		
63	Ha tenido dificultades para dormir (insomnio, somnolencia).		
64	Ha presentado cansancio últimamente.		
65	En el último mes ha presentado cuadros de ansiedad.		
66	Hay momentos en que le da todo igual.		
67	Hay momentos en que se siente que ya no puede más.		
68	Se ha sentido insatisfecho/a de las actividades que realiza.		
69	Le gusta cuidar de su aspecto físico.		
70	Cuando presenta una dificultad se siente culpable.		
71	Las relaciones con sus compañeros de trabajo son satisfactorias.		
72	Las relaciones con su jefe son adecuadas.		
73	Comenta con su familia los problemas a los que se enfrenta en su área laboral.		

Muchas gracias por su participación, si a usted le interesa compartiré los resultados.





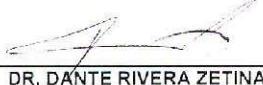
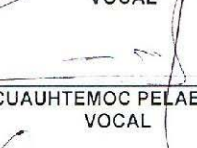

Anexo 2



INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS CENTRO MEDICO ISSEMYM ECATEPEC COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN

Estando reunidos en la Sala de Juntas de la Jefatura de Enseñanza del Hospital, los integrantes de la Comisión Evaluadora de los Protocolos de Tesis, Dr. Raymundo Méndez Sánchez, Dr. Edgar Adolfo PARRALES Orozco, Dra. Ana Lidia Campuzano Navarro, Dr. Carlos Hermida Escobedo, Dr. Dante Rivera Zetina, Dr. Jaime Toral López y Dr. Cuauhtémoc Peláez Águila en reunión extraordinaria el día 02 de Febrero del año dos mil dieciséis y ante la presentación del Protocolo de Tesis del C. alumna enfermera **María de los ángeles Hernández Martínez**, inscrita en el programa de maestría en enfermería de la UNM cuyo título es: **"Prácticas de autocuidado aplicadas en la salud integral del personal de enfermería y medicina en un hospital del área metropolitana"**, quién después de haber llevado a cabo las correcciones y observaciones emitidas por esta comisión, se ha decidido **APROBAR** el desarrollo del presente trabajo.

Se expide la presente acta en la ciudad de Ecatepec de Morelos, Estado de México, el día dos de febrero del año dos mil dieciséis.

 DR. RAYMUNDO MÉNDEZ SÁNCHEZ PRESIDENTE	 M en C JAIME TORAL LÓPEZ SECRETARIO
 DRA. ANA LIDIA CAMPUZANO NAVARRO VOCAL	 DR. CARLOS HERMIDA ESCOBEDO VOCAL
 DR. DANTE RIVERA ZETINA VOCAL	 DR. CUAUHEMOC PELAEZ AGUILA VOCAL
 DR. EDGAR ADOLFO PARRALES OROZCO VOCAL	

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

Permiso de issemym para aplicar el instrumento de medición



ANEXO 3
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Coordinación de Estudios de Posgrado
Programa de maestrías en Enfermería



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

Prácticas de autocuidado para la salud integral del personal de salud en un hospital del área metropolitana.

ANTECEDENTES Y OBJETIVO

El autocuidado de la salud como una práctica de dimensión individual es una herramienta que se inscribió en el concepto de Promoción de la Salud, donde la salud es un recurso para la vida y que ésta se crea cuidando de sí mismos y de otros en la medida que se tiene la capacidad para tomar decisiones, controlar las circunstancias y el entorno que afecten la vida y la salud. Este proceso de cuidados no debe ser un hecho aislado y limitado a medicación y atención, sino que supere el ámbito biológico y se adentre en la subjetividad de cada individuo, para llegar a un estado en el que el autocuidado sea el resultado de un cuidado individual y que promueva una nueva generación de conciencia respecto a lo saludable y no saludable. A pesar de ser un concepto que se ha estudiado en profesionales de la salud ya desde hace mucho tiempo, sigue siendo de gran importancia conocer tanto su influencia como los factores que intervienen.

Procedimiento

Se seleccionarán personal de enfermería y medicina del área operativa de todos los servicios y en los tres turnos, así como en la jornada acumulada. A todos los participantes se les aplicará un cuestionario.

Beneficios

El estudio brindará información específica que puede ser de utilidad para el conocimiento de su estado de salud, así como realizar programas de mejora para la salud del personal de salud.

Confidencialidad

Toda la información obtenida es **ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL**, y su participación es **VOLUNTARIA**.

He leído y me han explicado el consentimiento y voluntariamente doy mi consentimiento para participar en este estudio.

Firma del participante

Ciudad de México a ___ de _____ de 20__.