

2018

Autocuidado de la salud de los profesionales de enfermería desde la perspectiva de Dorothea Orem

Bogarín, María Fernanda

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/319>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y TRABAJO SOCIAL
CARRERA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
ASIGNATURA: TALLER DE TRABAJO FINAL
TUTORES: CELAYA, LAURA- BARG, MONICA

Autocuidado de la salud de los profesionales de enfermería desde la perspectiva de Dorothea Orem

Tesis presentada para optar al grado de

Licenciada en Enfermería.

Bogarín, María Fernanda
Mar del Plata- Argentina
2018

ÍNDICE

CAPÍTULO	PÁGINA
CAPÍTULO I- AREA PROBLEMA	
Introducción al problema	2
Planteamiento del problema	4
Pregunta Problema	5
Objetivo general	5
Objetivos específicos	5
Justificación	6
CAPÍTULO II- MARCO TEORICO	7
CAPITULO III- DISEÑO METODOLÓGICO	
Tipo de estudio	16
Operacionalización de la variable	16
Universo	18
Muestra	18
Fuente e instrumento de recolección de datos	18
Plan de procesamiento de datos	20
Plan de tabulación y análisis de datos	21
CAPÍTULO IV- RESULTADOS	
Análisis de variables sociodemográficas	22
Análisis de la capacidad de autocuidado según escala de ASA- A	27
CAPÍTULO V- CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES	52
BIBLIOGRAFÍA	55
ANEXOS	
Anexo N° 1: Carta de consentimiento informado	57
Anexo N° 2- Instrumento de evaluación del nivel de autocuidado	58

CAPITULO I

AREA PROBLEMA

Introducción al problema

La enfermería es una profesión que está basada en el cuidado de la salud de la persona, en este proceso se relacionan, una persona que tiene necesidad de cuidado y otra que es capaz de brindárselo. Se vinculan creencias, valores, sentimientos, conocimientos, vivencias anteriores, experiencias y mecanismos de afrontamiento a situaciones de salud.

A través de los años, la enfermería ha enfocado su labor a brindar cuidados a individuos sanos o enfermos, aplicando sus conocimientos y capacidades desarrolladas a lo largo de su carrera profesional y su experiencia. Destina cuidados de manera individualizada, familiar o colectiva, respetando a la persona como un ser humano pensante y en desarrollo continuo.

La enfermería ha transitado las diferentes épocas de la historia, y ha atravesado distintas responsabilidades y roles, teniendo siempre como punto de referencia los cuidados de salud de las personas. Resultado de ello, ha sido el desarrollo de diferentes conocimientos y habilidades en función de las demandas sociales.

En la investigación de Renata Virginia González Consuegra¹ se destaca el rol del enfermero como promotor de la salud y cómo dar el ejemplo, cuidando la propia salud.

La importancia social y humanitaria que tiene el enfermero en la actualidad debe destacarse, y entender que es de suma necesidad mantener un bienestar físico, social y mental para suministrar cuidados de calidad a los individuos más necesitados.

Al indagar investigaciones relacionadas con el cuidado de la salud de los enfermeros se puede apreciar que una de las bases a tener en cuenta, es reconocerse también como una persona con necesidad de cuidado, y no sólo tener en cuenta el rol de cuidador. En el ensayo de Carlos A. León Román "Cuidarse para no morir cuidando", afirma que "el enfermero en su relación de ayuda profesional debe reconocerse también como persona, que no sólo actúa, sino que también piensa y

¹ González Consuegra, Renata Virginia. "¿Quién cuida a las enfermeras que cuidan en las unidades de alta complejidad?". Revista Avances en enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Vol. XVI, 1998.

siente, que debe desarrollar una personalidad terapéutica en el proceso del cuidado”². Entendiendo como personalidad terapéutica la relación interpersonal que se da entre paciente y enfermera, cuya base fundamental es la comunicación efectiva, el trabajo en equipo y la identificación de objetivos entre ambos; como afirma McDonald P. “una efectiva relación terapéutica es buena tanto para el paciente como para la enfermera, ya que el cuidado que se establece es recíproco”³. La relación terapéutica se podría definir como una negociación intersubjetiva en la que a través del discurso que se establece entre terapeuta y paciente se va construyendo-reconstruyendo el binomio salud-enfermedad⁴.

Según Pérez Pimentel y Corveas Carrasco⁵, -“La salud de los enfermeros es un factor indispensable para mantener el equilibrio en su actividad, condición a través de la cual las acciones, actitudes, comportamientos y obligaciones pueden desarrollarse sin tensiones que debiliten o interfieran los cuidados específicos de enfermería”. Es por ello que se quiere descubrir con esta investigación si los profesionales de enfermería, como defensores de la salud de los seres humanos, además de brindar cuidado a los otros, fomentan lo mismo en su propia persona. Por tal motivo surge la pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de autocuidado de la salud de los profesionales de enfermería de la ciudad de Mar del Plata?

Ese es el motivo que dio surgimiento a esta investigación, que tiene mayor interés en evaluar el autocuidado de la salud de los profesionales de enfermería y para lograrlo, se tomará como referencia los conceptos de la teoría de déficit de autocuidado de Dorothea Orem, y la escala de apreciación de agencia de autocuidado⁶, instrumento validado internacionalmente que permite medir la variable de forma cuantitativa.

² León R. C. A. Cuidarse para no morir cuidando. Scielo- Revista Cubana de Enfermería. Versión On-line ISSN 1561-2961. 2007 Mar; 23(1):0-0. Fecha de consulta: abril 2017.

³ Vidal Blan, R.; Adamuz Tomás, J.; Feliu Baute, P. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. Enfermería global, Murcia, n. 17, oct. 2009. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300021&Ing=es&nrm=iso. Fecha de consulta: mayo 2018.

⁴ García A. et al. Factores personales en la relación terapéutica. Revista de la asociación española de neuropsiquiatría 2005; 25 (96): 29-36. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352005000400003. Fecha de consulta: mayo 2018.

⁵ Pérez Pimentel, Sandra y Corveas Carrasco, Beatriz. “Causas de invalidantes laborales en el personal de enfermería”. Revista Cubana Enfermero [online]. 2005, vol. 21, n.3, pp. 1-1. ISSN 1561-2961. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000300007. Fecha de consulta: abril 2017.

⁶ Evers GCM. Appraisal of Self-care Agency: ASA-scale: Van Corcum; 1989.

Planteamiento del problema

La enfermería ha transitado las diferentes épocas de la historia, y ha atravesado distintas responsabilidades y roles, teniendo siempre como punto de referencia los cuidados de salud de las personas. Resultado de ello, ha sido el desarrollo de diferentes conocimientos y habilidades en función de las demandas sociales.

La enfermería según Parentini, M.⁷, tiene sus orígenes en las necesidades humanas, por lo que siempre alguien tuvo que ocuparse del cuidado de los otros. En consecuencia se considera una actividad tan antigua como el hombre y estaría centrada en la esfera de lo individual, de lo tribal y de lo familiar.

Orem, citada por Salazar (2009)⁸ describe que el autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo, sano y así continuar con el desarrollo personal y el bienestar. Menciona que el profesional en enfermería debe ser capaz de identificar las necesidades de las personas que atiende, seleccionar el o los métodos generales de ayuda que demanda el individuo, para que sus necesidades de autocuidado sean cubiertas, así como identificar las acciones específicas para lograr el objetivo y resultado deseado. Pero es poco frecuente que los enfermeros se piensen en situación de ser el individuo que demanden cuidados.

El nuevo enfoque de la promoción de la salud es un proceso que habilita a los sujetos para el mejoramiento y/o control sobre su salud, las redes de apoyo social, fortaleciendo el autocuidado, su capacidad de elección sobre las maneras más saludables de vivir y de creación de ambientes favorables a la salud⁹. Es por ello que se quiere describir con esta investigación si los profesionales de enfermería, como defensores de la salud de los seres humanos, además de brindar cuidado a los otros, fomentan lo mismo en su propia persona.

Según Pérez Pimentel y Corveas Carrasco, -“La salud de los enfermeros es un factor indispensable para mantener el equilibrio en su actividad, condición a través de la cual las acciones, actitudes, comportamientos y obligaciones pueden

⁷ Parentini, M. (2002) Historia de la enfermería. Montevideo. Disponible en: http://books.google.co.ve/books?id=InsNE8MH5eoC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false. Fecha de consulta: abril 2017.

⁸ Salazar y otros. “Teoría de Orem aplicada a intervenciones durante el embarazo y climaterio”. 2009. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/21.pdf>. Fecha de consulta: marzo 2017.

⁹ Restrepo, Málaga. “Promoción de la Salud: cómo construir una vida saludable. Bogotá, D.C. (Colombia): Editorial Médica Panamericana. 2001.

desarrollarse sin tensiones que debiliten o interfieran los cuidados específicos de enfermería”¹⁰.

Es por ello que se quiere describir con esta investigación si los profesionales de enfermería, como defensores de la salud de los seres humanos, además de brindar cuidado a los demás, fomentan lo mismo en su propia persona.

Pregunta Problema

¿Cuál es el nivel de autocuidado de la salud de los profesionales de enfermería?

Objetivo general

Conocer el nivel de autocuidado de la salud de los profesionales de enfermería.

Objetivos específicos

- Evaluar el autocuidado de la salud de los profesionales de enfermería, a través de la escala ASA-A ajustada.
- Identificar las características sociodemográficas de los profesionales de enfermería en relación con la edad, sexo, título y turno laboral.
- Establecer el nivel de autocuidado de los profesionales de enfermería.
- Identificar las áreas de autocuidado que se encuentran afectadas.

¹⁰ Pérez Pimentel, Sandra y Corveas Carrasco, Beatriz. “Causas de invalidantes laborales en el personal de enfermería”. Revista Cubana Enfermero [online]. 2005, vol.21, n.3, pp. 1-1. ISSN 1561-2961. Fecha de consulta: marzo 2017.

Justificación

La Enfermería es una profesión y una ciencia que estudia el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a una situación de salud (ANA, 2014), brindando cuidados a personas, familias y/o comunidades.

Los modelos que pertenecen a la Escuela de las Necesidades definen que las acciones de enfermería deben satisfacer las necesidades fundamentales de la persona o de sus capacidades para el autocuidado. El objeto de estudio de enfermería es el cuidado, poder lograr el propio autocuidado a veces no es proyectado dentro del pensamiento del enfermero.

Cuando el autocuidado se realiza en el otro y no se tiene en cuenta a uno mismo, se plantea la pregunta si los profesionales que ejercen la enfermería no son también sujetos de análisis de sí mismos. Para ello, se reflexiona acerca del profesional enfermero como sujeto de estudio; se descubre si practica autocuidado en su persona, y de ser así, en qué nivel.

Es de suma importancia que los enfermeros conservemos un estado de salud óptimo, desarrollemos una personalidad terapéutica que transmita e inspire salud y fomente el bienestar propio y el de los demás.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

El presente estudio se sostiene en distintas bases descriptivas que desarrollarán el tema en cuestión y sustentarán la evaluación de la agencia de autocuidado de la salud de los profesionales de enfermería.

En 1859, Florence Nightingale, planteó que la enfermería es "...poner al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe sobre él...". Enmarcándola como una ciencia y un arte independiente de la medicina¹¹. Propuso la idea de que la enfermería se basaba en el conocimiento de las personas y de su entorno, una base de conocimiento distinta a la usada por los médicos en su práctica. Hasta la confirmación de la enfermería como ciencia alrededor de 1950, la práctica enfermera se basaba en principios y tradiciones que se habían mantenido mediante la educación del aprendizaje y manuales de procedimientos hospitalarios.

Florence Nightingale, en su juramento realizado en la segunda mitad del siglo XIX, planteó: "Juro solemnemente ante Dios y en presencia de esta Asamblea, llevar una vida pura; y ejercer mi profesión con devoción y fidelidad. Me abstendré de todo lo que sea perjudicial o maligno o de tomar o administrar a sabiendas, ninguna droga que pueda ser nociva a la salud. Haré cuanto esté en mi poder por elevar el buen nombre de mi profesión y guardar inviolable el secreto de todas las cuestiones personales que se me confíen, y asuntos de familia de que me entere en el desempeño de mi cometido. Con lealtad procuraré auxiliar al facultativo en su obra y me dedicaré al bienestar de todos los que estén encomendados a mi cuidado"¹².

Como se puede apreciar en este juramento o voto, Nightingale esclareció los aspectos éticos que caracterizarían su actuar profesional, quedando como legado para la posterior creación del Código ético de los enfermeros; además de los legados éticos, mostró claramente la responsabilidad que asumía con el cuidado de la salud de las personas a ella confiadas y como aspecto relevante el cuidado que tendría con su propia salud.

Casi un siglo después de los postulados de Nightingale, una de las principales teóricas de la escuela de las necesidades, Dorothea E. Orem, estructuró la "Teoría General del Autocuidado". Es una teoría general compuesta por tres sub-teorías relacionadas entre sí, que provocaron un gran impacto en la práctica de enfermería. Estas son:

¹¹ Benavent MA. "Fundamentos de Enfermería". España: DAE. Grupo Paradigma. Enfermería 21; 2000.

¹² Ibid.

a. **Teoría del Autocuidado.**

En ella se explica y describe el autocuidado. Lo define como “una actividad aprendida por la persona a lo largo de su vida y orientada hacia un objetivo”. Es, por tanto, una conducta ante la vida dirigida hacia uno mismo en beneficio de la salud y el bienestar.

Orem explica en su Teoría del Autocuidado que en el término autocuidado, la palabra “auto” se utiliza de forma dual: “cuidados para uno mismo” y “cuidados realizados por uno mismo”. Por tanto “El autocuidado es la práctica de actividades que las personas inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, su salud y su bienestar”. La persona que lleva a cabo la acción de autocuidado se denomina agente de autocuidado. La conducta de autocuidado es necesaria para el funcionamiento vital de la persona, por ello cada persona realiza diariamente, para sí misma o sus seres queridos dependientes, un mínimo de actividades para el mantenimiento de su salud y bienestar. Sin embargo esta conducta no es innata, sino que se aprende y Orem desarrolló dos premisas para ella: 1.- El autocuidado es una conducta aprendida a través de las relaciones interpersonales y la comunicación. 2.- Las personas adultas tienen el derecho y la responsabilidad de cuidar de sí mismas para mantener la vida y la salud, y pueden tener tal responsabilidad sobre otras personas.

El concepto de autocuidado de Orem, refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Los elementos planteados en esta teoría sustentan la responsabilidad que cada persona tiene con su salud, de fortalecer sus propios recursos para afrontar de manera adecuada las crecientes demandas de salud.

Existen tres clases de autocuidados:

. Los que se derivan de las necesidades fundamentales del ser humano: oxigenación, alimentación, hidratación, actividad y reposo, etc.

. Los derivados de las necesidades específicas en determinados momentos del desarrollo vital: niñez, embarazo, vejez, etc.

. Los derivados de las desviaciones del estado de salud: en caso de enfermedad que haga preciso realizar determinadas acciones para enfrentarse a ella o a sus consecuencias.

Por tanto, la persona que es autosuficiente es responsable de sus propios cuidados y de los de las personas que tiene a su cargo y tendrá capacidades para dar respuesta a toda una serie de necesidades para la vida. Ello debe suponer la capacidad de llevar una vida sana, comportarse de forma que se trate de alcanzar el bienestar y la salud.

Los factores que condicionan el autocuidado son, el auto-concepto y el nivel de madurez del individuo, los objetivos y las practicas derivadas de la cultura, el conocimiento de salud científicamente derivado que posee la persona, la situación en la constelación familiar, los miembros de grupos sociales aparte de la familia.

Mientras que la agencia de autocuidado es la compleja capacidad adquirida de satisfacer los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura y el funcionamiento y desarrollo humanos y promueven el bienestar. Los requisitos de autocuidado son expresiones de los objetivos a lograr, de los resultados deseados al ocuparse intencionadamente del autocuidado.

Se identifican tres tipos de requisitos de autocuidados: universales, del desarrollo, y de desviación de salud.

- Los requisitos de autocuidado del desarrollo están asociados con los procesos de desarrollo humano y con las condiciones y eventos que ocurren durante diversos estadios del ciclo vital y eventos que pueden afectar adversamente el desarrollo.
- Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud están asociados con defectos constitucionales y genéticos y desviaciones humanas estructurales y funcionales, con sus efectos y con las medidas de diagnóstico y tratamiento médico.
- Los requisitos de autocuidado universales son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas del ciclo vital, de acuerdo a su edad, estado de desarrollo y factores ambientales y otros. Están asociados a los procesos vitales, al mantenimiento de la integridad de la estructura y funcionamiento humanos, y bienestar general.

b. Teoría del Déficit de Autocuidado.

Para satisfacer los requisitos de autocuidado, la persona debe adquirir conocimientos, actitudes y capacidad para desarrollar acciones para el cuidado de la salud de forma deliberada. Esto constituye para D. Orem la agencia de autocuidado.

La Teoría del déficit de autocuidado es el núcleo central del planteamiento de Orem, describe y explica las razones por las que la enfermería puede ayudar a las personas. El déficit de autocuidado se da cuando la demanda de acción es mayor que

la capacidad de las personas para actuar, incapacitándola para el autocuidado continuo.

Por déficit de autocuidado, Orem entiende la diferencia que se presenta entre la capacidad del individuo para atender sus propias necesidades y los requerimientos de cuidados terapéuticos de enfermería, que exigen capacidades y habilidades especiales.

La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que avala la necesidad de los cuidados de enfermería.

El término de déficit de autocuidado se refiere a la relación existente entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos, en quienes las capacidades de autocuidado, debido a sus limitaciones, no son operativas para conocer y satisfacer todos o algunos de los componentes de sus demandas de autocuidado.

La Teoría del Déficit del Autocuidado resulta de poner en una balanza por un lado, la capacidad de la persona y por el otro lado la demanda, donde el resultado será el Déficit de Autocuidado.¹³

c. Teoría de los Sistemas de Enfermería.

Describe y explica las relaciones que es necesario establecer para que se dé la enfermería. Un sistema de enfermería es “un complejo método de acciones realizadas por las enfermeras determinadas por las demandas de autocuidado terapéutico del paciente”¹⁴.

Cabe señalar que un sistema de enfermería es algo que se construye con las actividades de las enfermeras y la relación de estas y los pacientes.

Orem identifica tres sistemas de enfermería que son:

Sistema de enfermería totalmente compensador: trata de compensar una incapacidad total del paciente para su autocuidado. Las actividades manipulativas y de deambulación las realiza en su totalidad la enfermera. En este sistema, la enfermería se encarga del cuidado terapéutico y compensa con sus actuaciones la incapacidad del paciente para realizar su propio autocuidado a la vez que lo apoya y lo protege.

¹³ Cavanagh, SJ. “Modelo de Orem”. Editorial Masson-Salvat. Barcelona, 1993.

¹⁴ Pérez Santana, José Manuel y Otros. Manual para el diplomado en enfermería (ats/due). Oposiciones. Modulo materia comunes y atención primaria. Modulo I. Editorial MAD. 2003. Pág. 99.

. Sistema de enfermería parcialmente compensador: enfermera y paciente realizan medidas de asistencia y otras actividades manipulativas o de deambulación. En este caso, la enfermera realiza algunas de las acciones de autocuidado del paciente, tratando de compensar sus limitaciones. Por su parte, el paciente realiza también algunas acciones de su autocuidado, dependiendo de sus destrezas y capacidades físicas y psíquicas.

. Sistema de apoyo educativo: dirigido a pacientes que son capaces o deben aprender a realizar acciones propias de su autocuidado y que, en principio, no pueden hacerlo sin la correspondiente ayuda. La enfermería orienta a la persona para llevar a cabo las acciones de autocuidado necesarias.

En los sistemas de enfermería, la enfermera pasa a ser agente de autocuidado. La agencia de autocuidados es la combinación de conocimientos, habilidades, destrezas y motivaciones adquiridas a través de la formación y la experiencia, que la posibilitan para poder proporcionar cuidados de enfermería. Orem interpreta la función de la enfermería como un servicio de ayuda que centra su atención en asistir a las personas a lograr su autocuidado. La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería.

Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.

. Ayudar u orientar a la persona ayudada, por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.

. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.

. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.

. Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que se debe realizar.

La Teoría de Dorothea Orem expone los conceptos del metaparadigma

Persona: Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno; condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además, considera que el hombre es un todo complejo y unificado, objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, y con capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y sobre hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado.¹⁵

Entorno: El entorno representa todos los factores externos que influyen sobre las decisiones de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad para ejercerlos. Puede afectar de manera positiva o negativa la capacidad del individuo para promover su autocuidado.

Salud: Es un estado que para que la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que le implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. El hombre trata de conseguir la salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

Enfermería: Enfermería es la profesión encargada de proporcionar a las personas, a los grupos o a ambos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Se necesita de ella cuando la demanda de autocuidado terapéutico requerida para satisfacer los requisitos de autocuidado supera a la agencia de autocuidado.

Orem, define el objetivo de la enfermería como: “Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”¹⁶.

El método de recolección de datos que se utilizará es La Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (Appraisal of Self-care Agency Scale, ASA) que fue desarrollada por Isenberg y Evers en 1993 para valorar la agencia de autocuidado reportada por el paciente (ASA-A), y la agencia de autocuidado estimada por la

¹⁵ Taylor, S. G. (2007). “Dorothea E. Orem Teoría del déficit de autocuidado”. In Marriner A, & Raile M (Eds.), Modelos y teorías en enfermería (6ta. ed., pp. 267- 295) España: Elsevier.

¹⁶ Marriner-Tomey A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 4ta. ed. Madrid: Mosby Doyma; 2000.

enfermera (ASA-B), con el fin de valorar si una persona puede conocer las necesidades generales actuales de agencia de autocuidado. Fue traducida y validada en español por Esther Gallegos en 1998. La Escala ASA fue desarrollada para medir el concepto central de la Teoría de Enfermería de Déficit de Autocuidado de Orem.

Para enmarcar la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) es necesario definir qué se entiende por Capacidad de Agencia de Autocuidado. Para Orem¹⁷ en su teoría de déficit de autocuidado la agencia de autocuidado es la compleja capacidad adquirida de satisfacer los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura y el funcionamiento y desarrollo humanos y promueven el bienestar. Dorothea Orem refiere que el autocuidado es la acción que realizan las personas para cuidar de sí mismas en su contexto; mientras que la agencia de autocuidado es la capacidad aprendida de satisfacer la persona por sí misma su cuidado.

La Escala ASA se compone de 24 ítems con un formato de respuesta de cinco alternativas tipo Likert, donde el 1 (totalmente en desacuerdo) significa el valor más bajo de capacidad de autocuidado y el 5 (totalmente de acuerdo) el más alto. Cada individuo puede obtener un puntaje que va de 24 a 120 puntos.

Estudios transculturales han revelado propiedades psicométricas aceptables de la Escala ASA en poblaciones de Holanda, Noruega, Suiza, México, Hong Kong. La traducción de la Escala ASA al español, originalmente desarrollada en el idioma inglés, fue hecha por estudiantes de doctorado en enfermería y traductores profesionales en México. El cuestionario fue revisado por un experto en lengua española a fin de corregir la estructura gramatical y la semántica, los ítems 4, 6, 13 y 16 fueron reescritos en forma más simple, directa y gramaticalmente correcta. La versión al español de la Escala ASA es equivalente a la original en el idioma inglés, por lo que se considera que está lista para su uso en la población mexicana, con una confiabilidad por alfa de Cronbach de 0,77¹⁸.

En Colombia, la profesora Edilma de Reales, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, elaboró una segunda versión en español de la Escala ASA, modificando la redacción de los ítems, de tal manera que fueran más claros y comprensibles para la población colombiana, sin cambiar el sentido de cada uno de ellos; también modificó la Escala Likert a solo 4 apreciaciones (Nunca 1, Casi Nunca 2, Casi Siempre 3 y Siempre 4), las posibles puntuaciones de la escala tienen un rango entre 24 y 96 puntos, hay que considerar que los ítems 6, 11 y 20 son

¹⁷ Orem D. Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la práctica. (Versión española de la cuarta edición de la obra original en lengua inglesa Nursing: Concepts of practice de Dorothea E. Orem, publicada por Mosby-Year Book, Inc. de San Luis) Barcelona: España MASSON-SALVAT Enfermería. 1993.

¹⁸ Gallegos Cabriaes, E. C. Validez y confiabilidades de la versión en español de la escala: Valoración de las Capacidades de Autocuidado. Desarrollo Científico de Enfermería 1998; 6 (9): 260-266. 1998.

negativos. En Colombia se ha usado la Escala ASA en tesis de maestría¹⁹ y en estudios que referencian varios artículos²⁰; igualmente, se ha determinado su confiabilidad, reportando un alfa de Cronbach de 0,744. Los resultados del análisis factorial han documentado, por medio de un proceso sistemático, satisfactorias cualidades psicométricas de la Escala ASA en español, versión de Edilma de Reales, lo cual sustenta el uso de esta versión del instrumento²¹.

La utilidad de esta escala se ha probado en múltiples estudios para la cual se ha tenido que modificar generando con el paso del tiempo mayor porcentaje de confiabilidad (95%), teniendo como última referencia en Colombia la modificación realizada por la Universidad Nacional en el estudio de Autocuidado en pacientes hipertensos²².

Dicho instrumento cuenta con 24 ítems, con cuatro alternativas de respuesta, y con el cual se evalúa la capacidad de agencia de autocuidado en las categorías de interacción social, consumo suficiente de alimentos, bienestar personal, promoción del funcionamiento y desarrollo personal y actividad y reposo²³. Se compone de cinco categorías: interacción social (preguntas 12 y 22), interacción personal (preguntas 2, 4, 5, 7, 8, 14, 15,16,17,19, 21 y 23), actividad y reposo (3,6,11,13,20), consumo suficiente de alimentos (9) y promoción del funcionamiento y desarrollo personal (1,10,18, 24)²⁴.

¹⁹ Velandia A. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo cardiovascular que asisten a consulta externa en el Hospital Tunjuelito. [Tesis de Maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2007.

²⁰ Bastidas Sánchez CV. Asociación entre la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria. *Av. enferm* 2007; 25 (2): 65-75.

Peñaloza García M. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial de la Fundación Médico Preventiva, San José de Cúcuta, 2004. *Av. enferm* 2006; 24 (2): 63-79.

Rivera Álvarez LN. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. *Rev. salud pública* 2006; 8 (3): 235-247.

Rivera Álvarez LN. Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado: [revisión]. *Av. enferm* 2006; 24 (2): 91-98.

²¹ Manrique-Abril, F., Fernández, A. & Velandia, A. (2009). Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. *Revista Aquichan*. Volumen 9 (número 3), 222-235. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74112147003>. Fecha de consulta: abril 2017.

²² Gallegos Cabriales, E. C. Validez y confiabilidades de la versión en español de la escala: Valoración de las Capacidades de Autocuidado. *Desarrollo Científico de Enfermería* 1998; 6 (9): 260-266. 1998.

²³ Leiva, V., Cubillo, K., Porras, Y., Ramírez, T., Sirias, I. (2015). Validación de apariencia, contenido y consistencia interna de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, segunda versión en español. *Revista enfermería actual en Costa Rica*. Edición semestral (número 29), 1-14. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/448/44839779005.pdf>. Fecha de consulta: abril 2017.

²⁴ Vega Angarita, O (2014) Agencia de autocuidado en hipertensos usuarios de un hospital universitario en Cúcuta (Colombia). *Revista Científica Salud Uninorte*. Volumen 30 (número2), Disponible en <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/5416/7042>. Fecha de consulta: mayo 2017.

- **Interacción social:** capacidad para pedir ayuda a los demás en caso de necesitarla.
- **Interacción personal:** capacidad de obtener respuestas sobre el autocuidado a partir de la indagación y reflexión.
- **Consumo suficiente de alimentos:** capacidad de cambiar hábitos alimentarios para mantener el peso corporal.
- **Promoción del funcionamiento y desarrollo personal:** capacidad de adaptación al ambiente y las circunstancias para su cuidado personal. Representa las actividades y modificaciones que realiza la persona para el mantenimiento de las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el progreso humano.
- **Actividad y reposo:** Factores humanos, ambientales y condiciones específicas que interfieren en el equilibrio entre la actividad y reposo.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

La investigación es de tipo cuantitativa, su objetivo es medir la variable Autocuidado de los profesionales de enfermería en el período Mayo- Septiembre de 2018.

El diseño metodológico utilizado es de tipo descriptivo, la misma trata de describir el fenómeno estudiado. Se enmarca dentro de un diseño no experimental, pues la variable no se ha manipulado y es de corte transversal ya que se realizará en un momento dado. Los estudios de esta índole tratan de obtener información acerca del estado actual de los fenómenos, precisando la naturaleza de la situación tal como existe en el momento de estudio (De Alvarado y Pineda, 2008).

Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	NIVEL DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO
Autocuidado	Interacción social	<ul style="list-style-type: none">Tengo amigos de mucho tiempo a los que puedo recurrir cuando necesito ayuda.Si por alguna circunstancia no puedo cuidarme solo, tengo una red de apoyo en donde puedo buscar ayuda.Realizo actividades de recreación regularmente, con compañeros de trabajo, amigos y/o familiares.	<ul style="list-style-type: none">Muy baja capacidad de autocuidado = Entre 28 y 48 puntos
	Interacción personal	<ul style="list-style-type: none">Reviso si las acciones y actitudes que practico para mantenerme con salud son buenas.Hago lo necesario diariamente para mantener limpio el ambiente donde vivo.Do prioridad a las acciones que mantienen y protegen mi salud.	

		<ul style="list-style-type: none"> • Busco mejores formas para cuidar mi salud. • Realizo ajustes en mis actividades diarias a cambio de mantener la frecuencia con la que me baño. • Cuando obtengo información sobre mi salud, reflexiono sobre lo que no entiendo y pido explicaciones. • Yo examino mi cuerpo para conocer si hay algún cambio. • He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud. • Si tengo que tomar un medicamento que no conozco pido información sobre sus efectos. • Evalúo que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud. • Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer. • Dedico tiempo para mí mismo y a las actividades que me relajan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja capacidad de autocuidado = Entre 49 y 69 puntos • Media capacidad de autocuidado = Entre 70 y 91 puntos
	Promoción del funcionamiento y desarrollo personal	<ul style="list-style-type: none"> • Hago ajustes en mis hábitos de vida para mantenerme saludable. • Tengo la capacidad de manejar las situaciones que me afectan de tal manera para no perder el control y mantenerme en equilibrio. • Tomo medidas para garantizar que mi familia y yo estemos seguros. • Realizo actividades que promueven mi desarrollo personal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta capacidad de autocuidado = Entre 92 y 112 puntos
	Consumo suficiente y adecuado de alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Hago cambios en mis hábitos alimenticios para mantener el peso que me corresponde. • Considero importante una alimentación saludable y la practico. • Consumo alimentos orgánicos y alimentos con bajo contenido en sodio y grasas. 	

		<ul style="list-style-type: none"> • En mi alimentación hago un balance entre hidratos de carbono, proteínas, grasas, agua, frutas y verduras. 	
	Actividad y reposo	<ul style="list-style-type: none"> • Si me siento cansado, hago cambios o ajustes en mi rutina para realizar todas las actividades diarias. • Me falta energía para cuidarme como debo. • Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo • Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado • Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme como debo. 	

Universo

La población objeto de estudio son profesionales de enfermería de la ciudad de Mar del Plata.

Muestra

La muestra que se tomará es no probabilística, de tipo causal o incidental. Se trata de un proceso en donde se seleccionan directa o intencionadamente los individuos de la población, a los que se tiene fácil acceso para interrogar. Se tomará una muestra de por lo menos 100 profesionales de enfermería.

Fuente e instrumento de recolección de datos

La fuente de datos donde se obtendrá la información será primaria, obtenida directamente de los profesionales enfermeros.

Se entregará a cada colaborador una hoja de consentimiento informado que tiene como fin aplicar el concepto de confidencialidad, la cual deberá ser leída y firmada por el profesional.

Para la recolección de datos se utilizará un instrumento de evaluación del nivel de autocuidado que consta de dos ítems. El primero que recabará los datos personales del profesional de enfermería y el segundo contendrá la “Escala Valoración de Agencia de Autocuidado” (ASA-A)” ajustada, desarrollada por Isenberg y Evers, traducida y validada al español por Esther Gallegos y adaptada por la investigadora; en formato de auto informe, a través de una entrevista estructurada individual a modo de escala de Likert (Ver anexos).

Esta escala fue ajustada por la investigadora para realizar la presente investigación, quedando modificada a un total de 28 preguntas distribuidas en las categorías de la siguiente manera:

- Interacción social: capacidad para pedir ayuda a los demás en caso de necesitarla. Identifica la red de apoyo con la que cuenta la persona. Preguntas 12, 22 y 26.
- Interacción personal: capacidad de obtener respuestas sobre el autocuidado a partir de la indagación y reflexión. Preguntas 2, 4, 5, 7, 8, 14, 16,17,19, 21, 23 y 28.
- Actividad y reposo: Factores humanos, ambientales y condiciones específicas que interfieren en el equilibrio entre la actividad y reposo. Preguntas 3, 6, 11, 13 y 20.
- Consumo suficiente y adecuado de alimentos de alimentos: capacidad de cambiar hábitos alimentarios, mantener un peso adecuado y alimentarse saludablemente. Preguntas 9, 15, 25 y 27.
- Promoción del funcionamiento y desarrollo personal: capacidad de adaptación al ambiente y las circunstancias para su cuidado personal. Representa las actividades y modificaciones que realiza la persona para el mantenimiento de las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el progreso humano. Preguntas 1, 10, 18 y 24.

Las posibles puntuaciones de la escala tendrán un rango entre 28 puntos de mínima y 112 puntos de máxima. Ellos se corresponden a brindar 1 punto por cada respuesta a la alternativa nunca, 2 a la alternativa casi nunca, 3 a la alternativa casi siempre y 4 a la alternativa siempre.

La interpretación de rangos de la evaluación de la capacidad de autocuidado se realizará de acuerdo a la escala de Likert dando como resultado una

MUY BAJA capacidad de autocuidado con un puntaje entre 28 y 48 puntos; **BAJA** capacidad de autocuidado entre 49 y 69 puntos; una **MEDIA** capacidad de autocuidado entre 70 y 91 puntos; y una **ALTA** capacidad de autocuidado entre 92 y 112 puntos.

Plan de procesamiento de datos

Se utilizará la escala ASA- A validada por Esther Gallegos, revisada y adaptada por la profesora Edilma de Reales de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. La confiabilidad de dicha escala fue establecida por Velandia²⁵ con un índice de Cronbach de 0,74.

Dicha escala fue adaptada por la investigadora para la presente investigación, quedando modificada a un total de 28 ítems de cuatro alternativas de respuesta tipo Likert, con el siguiente puntaje:

Alternativa nunca= 1 punto; alternativa casi nunca= 2 puntos; alternativa; casi siempre= 3 puntos; alternativa siempre= 4 puntos.

Las categorías de la capacidad de autocuidado según el rango de puntaje serán propuestas por el autor.

- Muy baja capacidad de autocuidado = Entre 28 y 48 puntos
- Baja capacidad de autocuidado = Entre 49 y 69 puntos
- Media capacidad de autocuidado = Entre 70 y 91 puntos
- Alta capacidad de autocuidado = Entre 92 y 112 puntos

Para poder conocer el nivel de autocuidado del total de la muestra, se utilizará la escala de rangos propuestos por la autora de la investigación y se los multiplicará por la cantidad de entrevistados. Lo mismo se realizará para obtener el nivel de autocuidado del total de la muestra para cada dimensión que conforma la variable.

²⁵ Velandia A. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo cardiovascular que asisten a consulta externa en el Hospital Tunjuelito. [Tesis de Maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2007.

Los rangos para evaluar el nivel de autocuidado del total de la muestra quedarían de esta manera:

- Muy baja capacidad de autocuidado = Entre 3164 y 5424 puntos
- Baja capacidad de autocuidado = Entre 5537 y 7797 puntos
- Media capacidad de autocuidado = Entre 7910 y 10283 puntos
- Alta capacidad de autocuidado = Entre 10396 y 12656 puntos

Los rangos para evaluar el nivel de autocuidado del total de la muestra para cada la dimensión quedaran conformados luego de multiplicar el puntaje mínimo y máximo que se podrá obtener en cada dimensión, por la cantidad de participantes de la muestra. Obtenido dichos puntajes, se calculará el desvío para realizar las cuatro alternativas de posible resultado.

Plan de tabulación y análisis de datos

La tabulación y procesamiento de datos se realizará utilizando el software Microsoft Office Excel 2007.

Para el análisis de los resultados, se realizará un conteo y posterior tabulación de las encuestas (tabulación manual) en sus 2 ítems por separado (ítem N° 1 de Datos personales del profesional de enfermería e ítem N° 2 de Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (A.S.A- A) ajustada.

Una vez obtenidos los resultados numéricos se crearan tablas a través del programa Excel, adjuntando al final de cada una un breve análisis y un gráfico con los resultados, para mejorar la representación de los mismos.

Se identificarán las variables sociodemográficas (edad, sexo, título y turno laboral); el nivel de capacidad de autocuidado de los profesionales de enfermería y el nivel de capacidad de autocuidado de los profesionales de enfermería para cada una de las dimensiones: interacción social, interacción personal, actividad y reposo, consumo suficiente y adecuado de alimentos y promoción del funcionamiento y desarrollo personal.

CAPITULO IV

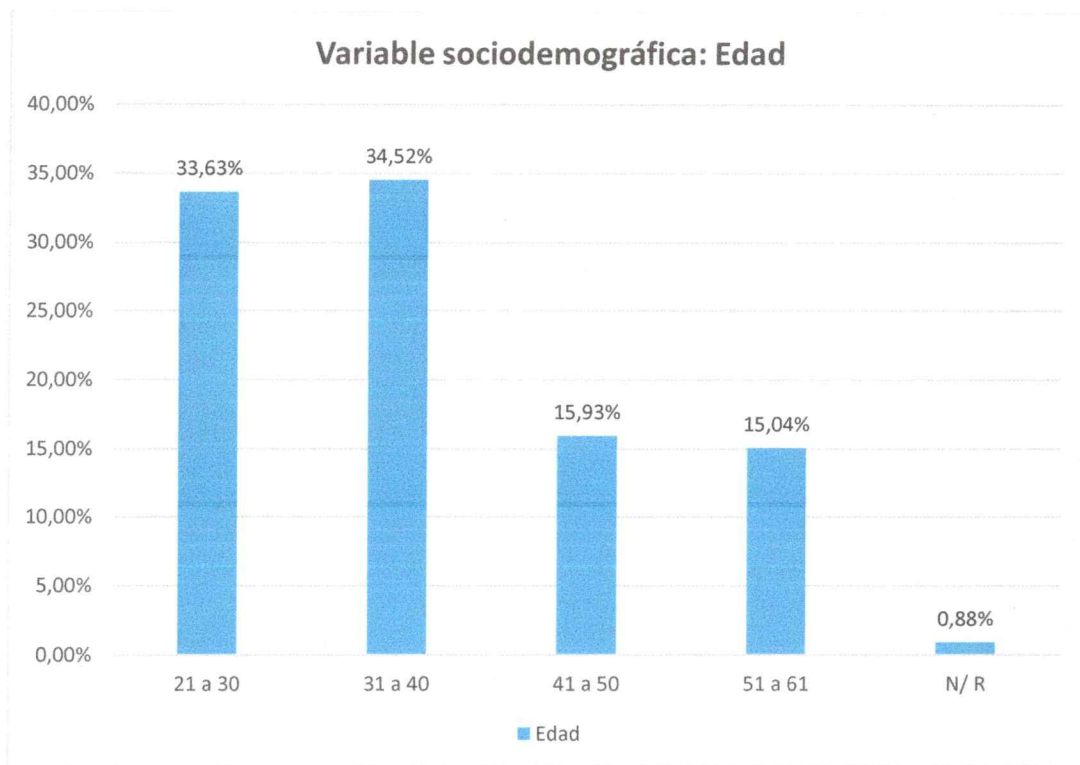
RESULTADOS

Análisis de variables sociodemográficas

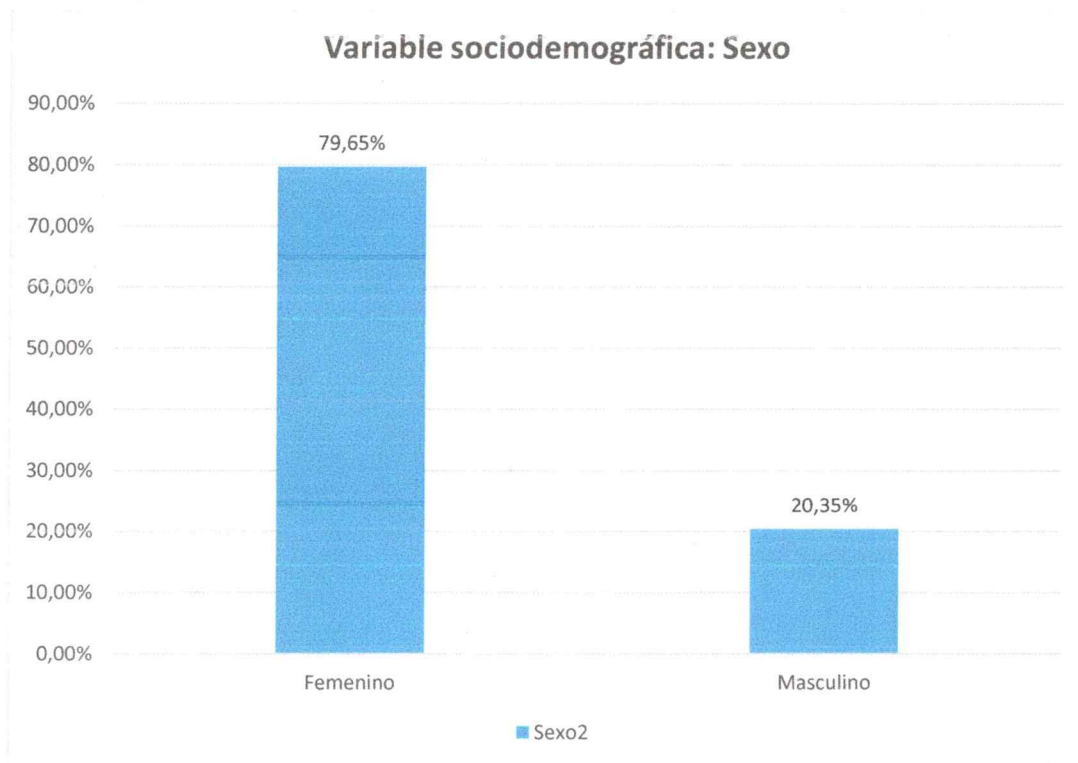
TABLA 1: Variables sociodemográficas (Edad, Sexo, Título y Turno laboral)

VARIABLE	OPCIONES	Nº	%
Edad	21 a 30 años	38	33.63 %
	31 a 40 años	39	34.52 %
	41 a 50 años	18	15.93 %
	51 a 61 años	17	15.04 %
	No responde	1	0.88 %
Sexo	Femenino	90	79.65 %
	Masculino	23	20.35 %
Título	Enfermero	96	85.00 %
	Lic. en Enfermería	17	15.00 %
Turno Laboral	Mañana	46	40.71 %
	Tarde	30	26.55 %
	Noche	24	21.24 %
	Rotativo	8	7.08 %
	No responde	5	4.42 %

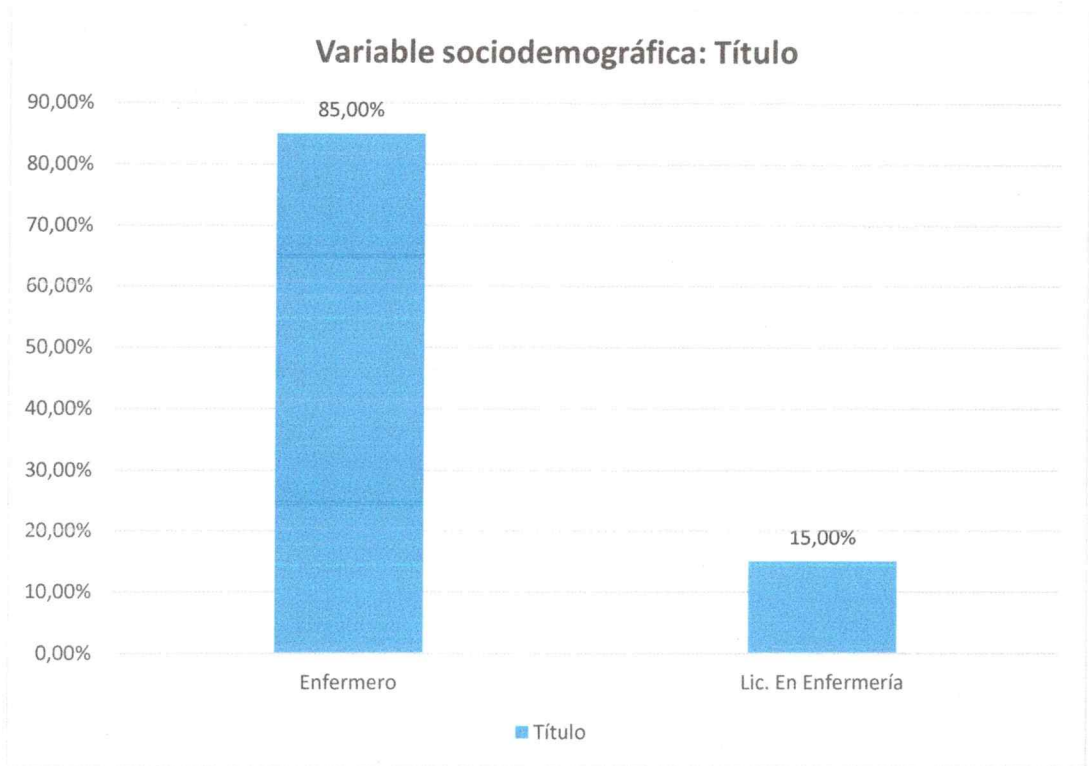
Fuente: Encuesta realizada por la investigadora. Mar del Plata. Mayo a Septiembre de 2018.



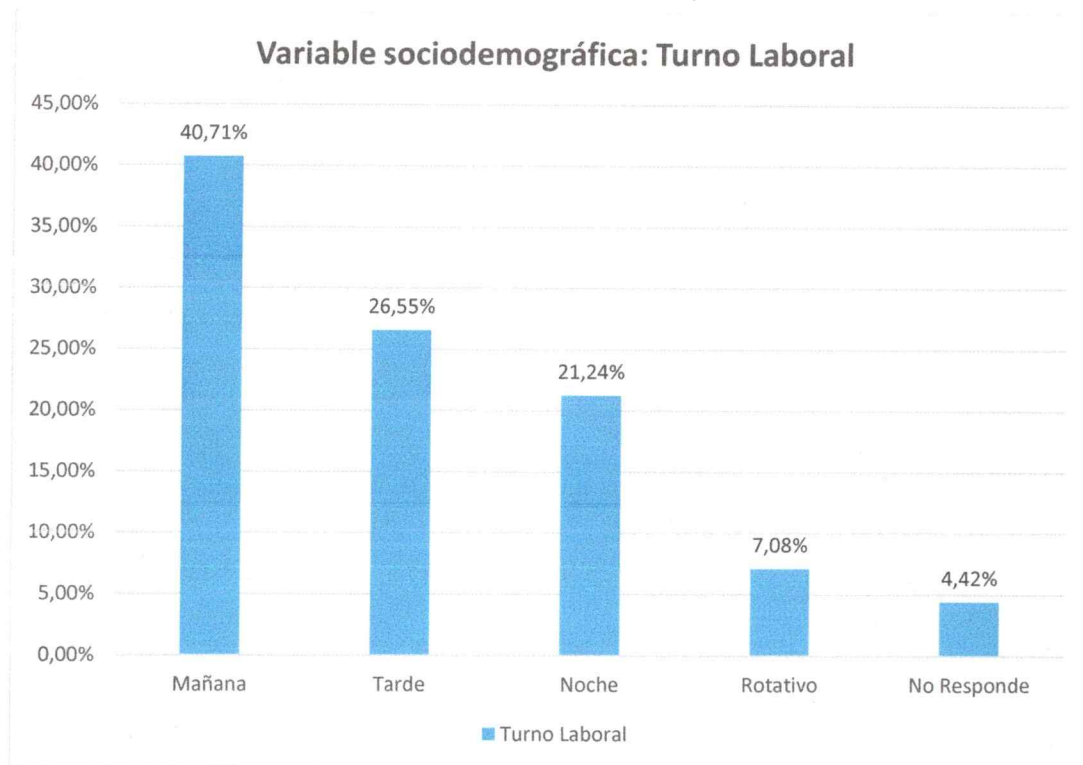
En cuanto a la variable edad, es posible observar en la tabla 1 que se destacan en mayor proporción las franjas etarias de entre 21 a 30 años y de entre 31 a 40 años con un 33.63 % y un 34.52 % respectivamente y luego, en menor proporción, se encuentran con un 15.93 % y un 15.04 % las franjas de 41 a 50 años y de 51 a 61 años respectivamente; sólo un 0.88 % de la muestra no respondió a la variable edad.



Respecto al sexo de los encuestados, se aprecia el predominio de la población femenina que alcanzó el 79.65 %, mientras que el 20.35% corresponde a población masculina.



Los resultados en la variable título determino que la población de profesionales de enfermería posee en un 85,00 % título de Enfermero y el 15,00% restante el de Licenciado en enfermería.



Por último, dentro de las variables sociodemográficas de la población encuestada, en el sub- ítem Turno laboral nos revela que el 40.71 % realiza turno mañana, el 26.55 % turno tarde, el 21.24 % turno noche, el 7.08 % rotativo y el 4.42 % no responde por su turno laboral.

**Análisis de la capacidad de autocuidado según escala de valoración
ASA-A**

TABLA 2. Percepción de la capacidad de autocuidado de los profesionales de enfermería durante el periodo Mayo- Septiembre del año 2018.

INDICADOR	CANTIDAD- FRECUENCIA (%)							
	N		CN		CS		S	
Hago ajustes en mis hábitos de vida para mantenerme saludable.	4	3,54%	34	30,09%	59	52,21%	16	14,16%
Reviso si las acciones y actitudes que practico para mantenerme con salud son buenas.	6	5,31 %	21	18,59%	63	55,75%	23	20,35%
Si me siento cansado, hago cambios o ajustes en mi rutina para realizar todas las actividades diarias.	4	3,54%	31	27,43%	52	46,02%	26	23,01%
Hago lo necesario diariamente para mantener limpio el ambiente donde vivo.	2	1,77%	5	4,42%	38	33,63%	68	60,18%
Doy prioridad a las acciones que mantienen y protegen mi salud.	3	2,65%	22	19,48%	57	50,44%	31	27,43%
Me falta energía para cuidarme como debo.	14	12,39%	52	46,02%	28	24,78%	19	16,81%
Busco mejores formas para cuidar mi salud.	4	3,54%	14	12,39%	70	61,95%	25	22.12%
Realizo ajustes en mis actividades diarias a cambio de mantener la frecuencia con la que me baño.	11	9,74%	18	15,92%	30	26,55%	54	47,79%

Hago cambios en mis hábitos alimenticios para mantener el peso que me corresponde.	16	14,16%	31	27,43%	41	36,29%	25	22,12%
Tengo la capacidad de manejar las situaciones que me afectan de tal manera para no perder el control y mantenerme en equilibrio.	5	4,42%	16	14,16%	62	54,87%	30	26,55%
Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo.	7	6,19%	33	29,20%	42	37,18%	31	27,43%
Tengo amigos de mucho tiempo a los que puedo recurrir cuando necesito ayuda.	9	7,96%	12	10,62%	33	29,20%	59	52,22%
Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.	7	6,19%	42	37,18%	49	43,36%	15	13,27%
Cuando obtengo información sobre mi salud, reflexiono sobre lo que no entiendo y pido explicaciones.	1	0,85%	12	10,66%	36	31,86%	64	56,63%
En mi alimentación hago un balance entre hidratos de carbono, proteínas, grasas, agua, frutas y verduras.	25	22,12%	36	31,86%	36	31,86%	16	14,16%
He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.	8	7,08%	26	23,01%	51	45,13%	28	24,78%
Si tengo que tomar un medicamento que no conozco pido información sobre sus efectos.	1	0,85%	9	7,96%	29	25,70%	74	65,49%

Tomo medidas para garantizar que mi familia y yo estemos seguros.	1	0,85%	1	0,85%	35	30,97%	76	67,26%
Evalúo que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud	4	3,54%	21	18,59%	57	50,44%	31	27,43%
Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme como debo.	7	6,19%	27	23,89%	55	48,67%	24	21,25%
Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.	4	3,54%	7	6,19%	36	31,86%	66	58,41%
Si por alguna circunstancia no puedo cuidarme solo, tengo una red de apoyo en donde puedo buscar ayuda.	10	8,85%	11	9,74%	38	33,62%	54	47,79%
Dedico tiempo para mí mismo y a las actividades que me relajan.	8	7,08%	43	38,05%	39	34,51%	23	20,36%
Realizo actividades que promueven mi desarrollo personal.	4	3,54%	26	23,01%	57	50,44%	26	23,01%
Considero importante una alimentación saludable y la practico.	8	7,08%	29	25,70%	46	40,67%	30	26,55%
Realizo actividades de recreación regularmente, con compañeros de trabajo, amigos y/o familiares.	12	10,66%	24	21,25%	59	52,22%	18	24,87%
Consumo alimentos orgánicos y alimentos con bajo contenido en sodio y grasas.	20	17,70%	44	38,94%	42	37,17%	7	6,19%

Yo examino mi cuerpo para conocer si hay algún cambio.	6	5,31%	10	8,85%	45	39,82%	52	46,02%
Total de respuestas	211	6,68%	657	20,76%	1285	40,61%	1011	31,95%
Puntaje según escala	211	2,24%	1314	13,94%	3855	40,91%	4044	42,91%
Puntaje total	9424				100%			

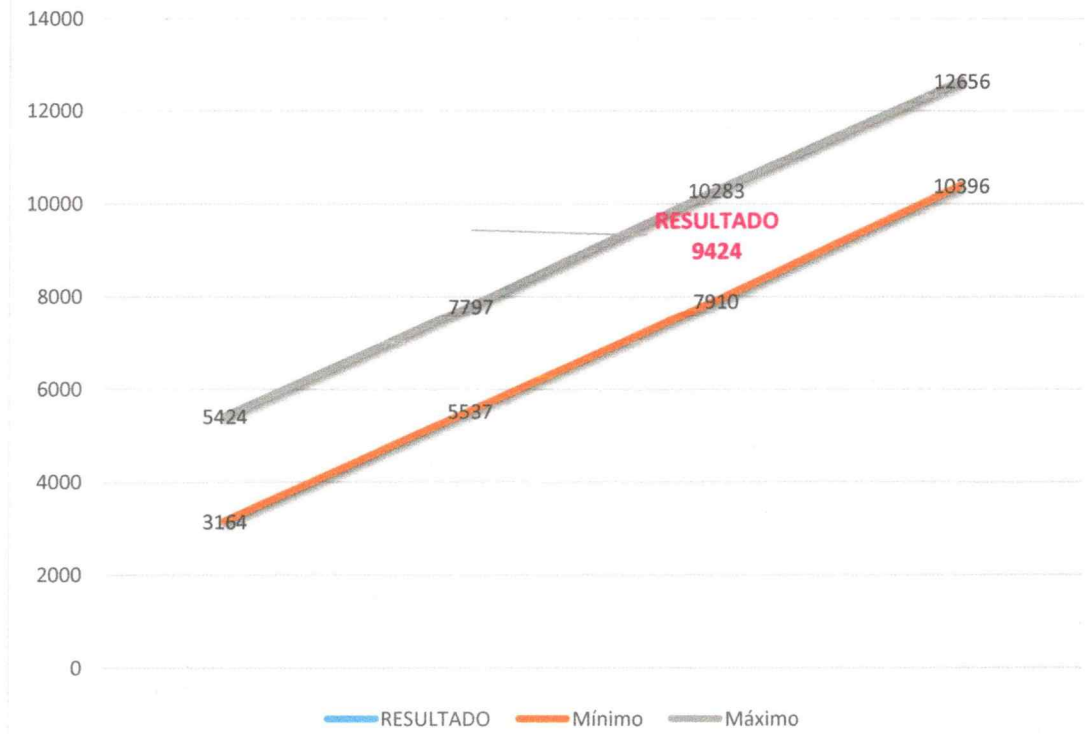
Fuente: Encuesta realizada por la investigadora. Mar del Plata. Mayo a Septiembre de 2018.

Para poder obtener el resultado del nivel de autocuidado de los profesionales de enfermería del total de la muestra, se tuvo que multiplicar los rangos de la escala ASA- A propuestos por la autora de la investigación por la cantidad total de encuestados, quedando los resultados de esta forma:

- Muy baja capacidad de autocuidado = Entre 3164 y 5424 puntos
- Baja capacidad de autocuidado = Entre 5537 y 7797 puntos
- Media capacidad de autocuidado = Entre 7910 y 10283 puntos
- Alta capacidad de autocuidado = Entre 10396 y 12656 puntos

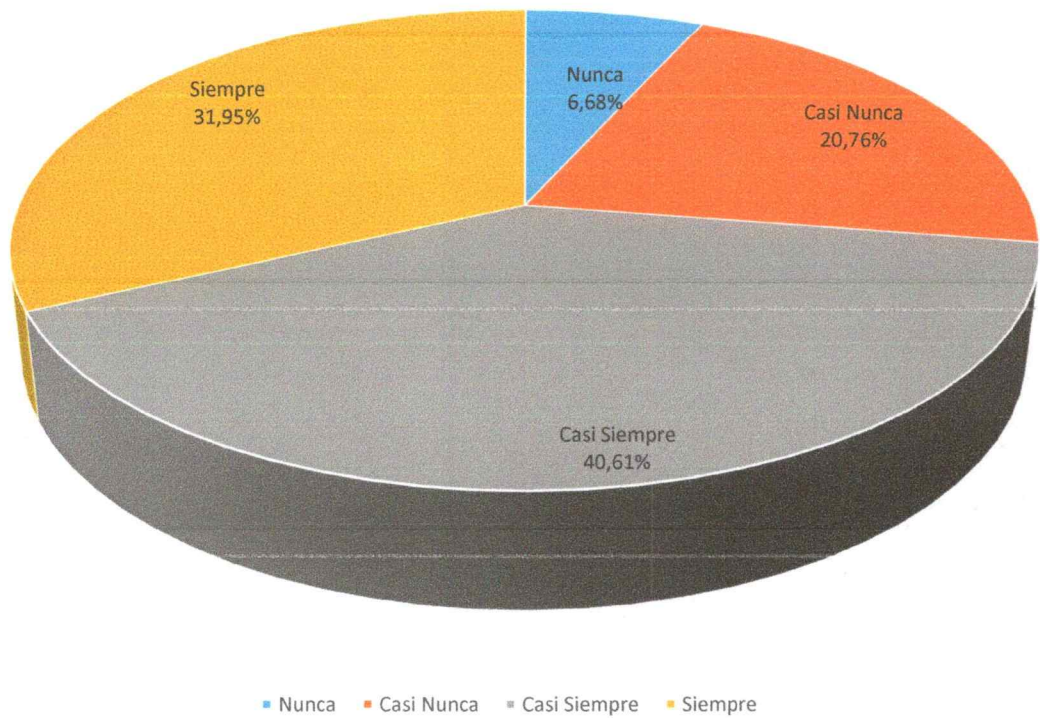
Dicho esto, se puede evidenciar que la totalidad de la población encuestada se encuentra en una **Media capacidad de autocuidado**, según el puntaje obtenido por la escala ASA- A, que fue de **9424** puntos.

Análisis de la capacidad de autocuidado según escala de valoración ASA-A



A su vez se puede distinguir que para la totalidad de las preguntas se alcanza el porcentaje más elevado de respuestas con un 40,61% en la alternativa casi siempre, seguido con la alternativa siempre con un 31,95%; casi nunca con un 20,76% y nunca con un 6,68%.

**Capacidad de autocuidado según escala de valoración ASA-A
Resultado total de alternativas de respuesta.**



Ahora veremos en las siguientes tablas cuál es el nivel de autocuidado de la población encuestada, según las categorías seleccionadas para la investigación.

TABLA 3. Percepción de la capacidad de autocuidado en la dimensión **Interacción social** de los profesionales de enfermería durante el periodo Mayo-Septiembre del año 2018.

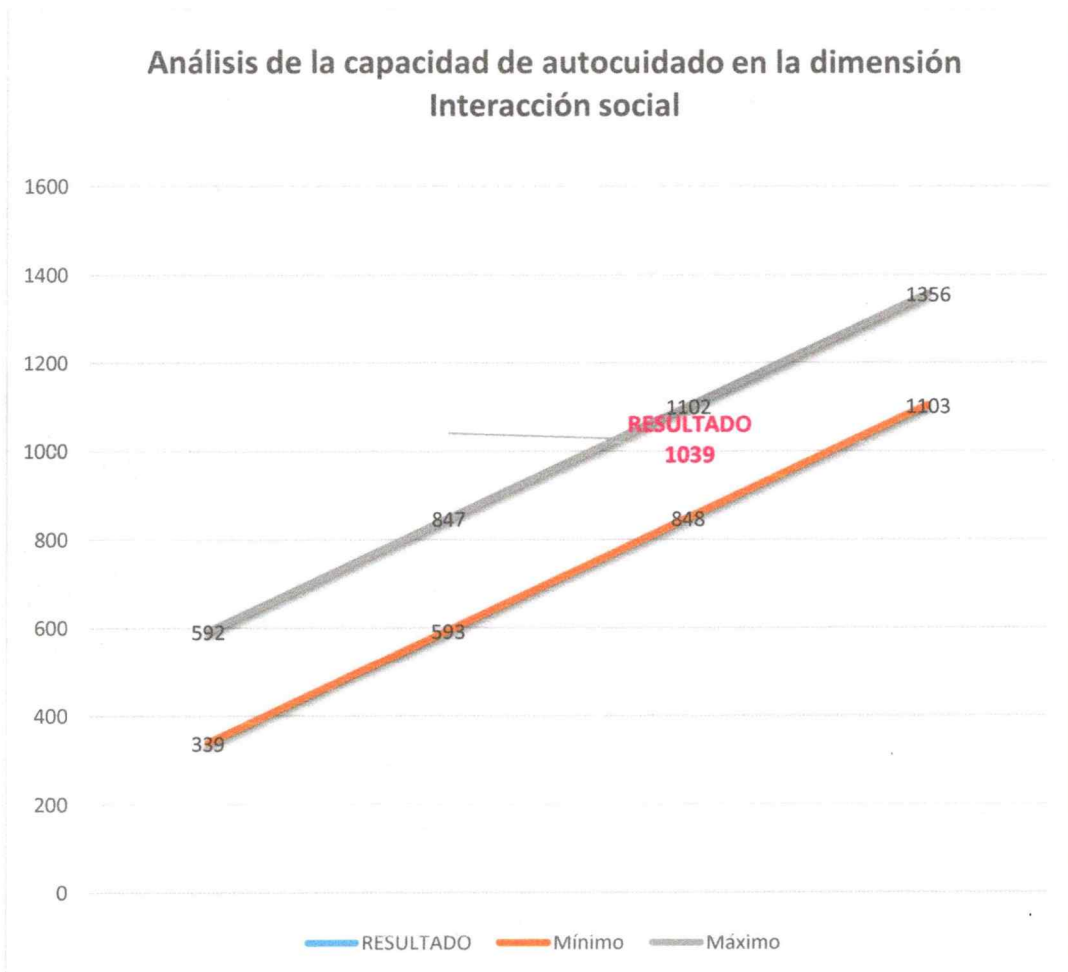
INDICADOR	CANTIDAD- FRECUENCIA (%)							
	N		CN		CS		S	
Tengo amigos de mucho tiempo a los que puedo recurrir cuando necesito ayuda.	9	7,96%	12	10,62%	33	29,20%	59	52,22%
Si por alguna circunstancia no puedo cuidarme solo, tengo una red de apoyo en donde puedo buscar ayuda.	10	8,85%	11	9,74%	38	33,62%	54	47,79%
Realizo actividades de recreación regularmente, con compañeros de trabajo, amigos y/o familiares.	12	10,66%	24	21,25%	59	52,22%	18	24,87%
Total de respuestas	31	9,15%	47	13,86%	130	38,85%	131	38,64%
Puntaje según escala	31	2,98%	94	9,05%	390	37,54%	524	50,43%
TOTAL	1039				100%			

Fuente: Encuesta realizada por la investigadora. Mar del Plata. Mayo a Septiembre de 2018.

Para obtener el resultado nivel de autocuidado en la dimensión **Interacción social** de los profesionales de enfermería del total de la muestra, se realizó nuevamente los rangos de la escala ASA- A propuestos por la autora de la investigación para dicha categoría, quedando los resultados de esta forma:

- Muy baja capacidad de autocuidado = Entre 339 y 592 puntos
- Baja capacidad de autocuidado = Entre 593 y 847 puntos
- Media capacidad de autocuidado = Entre 848 y 1102 puntos
- Alta capacidad de autocuidado = Entre 1103 y 1356 puntos

En cuanto a la dimensión **Interacción social** se aprecia una **Media capacidad de autocuidado** de los profesionales consultados ya que el resultado obtenido de 1039 puntos se encuentra en el rango de entre 848 y 1102 de dicha categoría.



La Tabla 3 nos muestra un nivel de respuesta más elevado en las alternativas casi siempre y siempre con el 38,85% y el 38,64% respectivamente; mientras que en las alternativas nunca y casi nunca se destaca una notable diferencia con el 9,15% y el 13,86% respectivamente.

**Capacidad de autocuidado según escala de valoración ASA-A
Resultado total de alternativas de respuesta.**

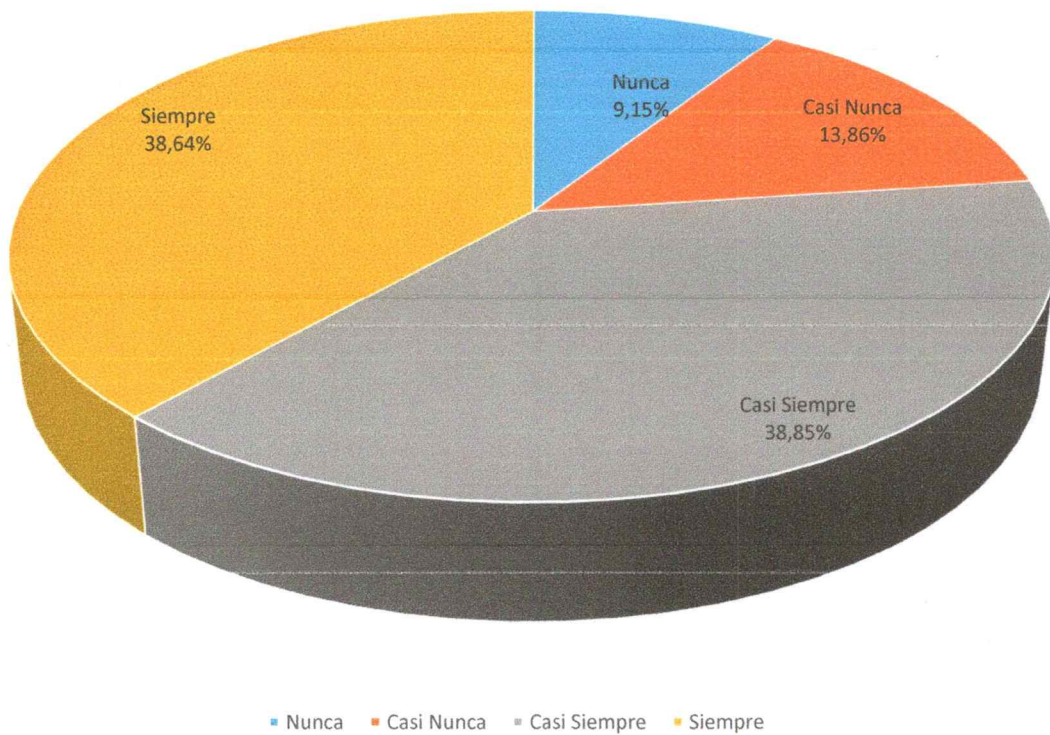


TABLA 4. Percepción de la capacidad de autocuidado en la dimensión **Interacción personal de los profesionales de enfermería durante el periodo Mayo- Septiembre del año 2018.**

INDICADOR	CANTIDAD- FRECUENCIA (%)							
	N		CN		CS		S	
Reviso si las acciones y actitudes que practico para mantenerme con salud son buenas.	6	5,31 %	21	18,59%	63	55,75%	23	20,35%
Hago lo necesario diariamente para mantener limpio el ambiente donde vivo.	2	1,77%	5	4,42%	38	33,63%	68	60,18%
Doy prioridad a las acciones que mantienen y protegen mi salud.	3	2,65%	22	19,48%	57	50,44%	31	27,43%
Busco mejores formas para cuidar mi salud.	4	3,54%	14	12,39%	70	61,95%	25	22,12%
Realizo ajustes en mis actividades diarias a cambio de mantener la frecuencia con la que me baño.	11	9,74%	18	15,92%	30	26,55%	54	47,79%
Cuando obtengo información sobre mi salud, reflexiono sobre lo que no entiendo y pido explicaciones.	1	0,85%	12	10,66%	36	31,86%	64	56,63%
He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.	8	7,08%	26	23,01%	51	45,13%	28	24,78%
Si tengo que tomar un medicamento que no conozco pido información sobre sus efectos.	1	0,85%	9	7,96%	29	25,70%	74	65,49%

Evalúo que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud.	4	3,54%	21	18,59%	57	50,44%	31	27,43%
Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.	4	3,54%	7	6,19%	36	31,86%	66	58,41%
Dedico tiempo para mí mismo y a las actividades que me relajan.	8	7,08%	43	38,05%	39	34,51%	23	20,36%
Yo examino mi cuerpo para conocer si hay algún cambio.	6	5,31%	10	8,85%	45	39,82%	52	46,02%
Total de respuestas	58	4,28%	208	15,34%	551	40,63%	539	39,75%
Puntaje según escala	58	1,35%	416	9,71%	1653	38,59%	2156	50,35%
TOTAL	4283			100%				

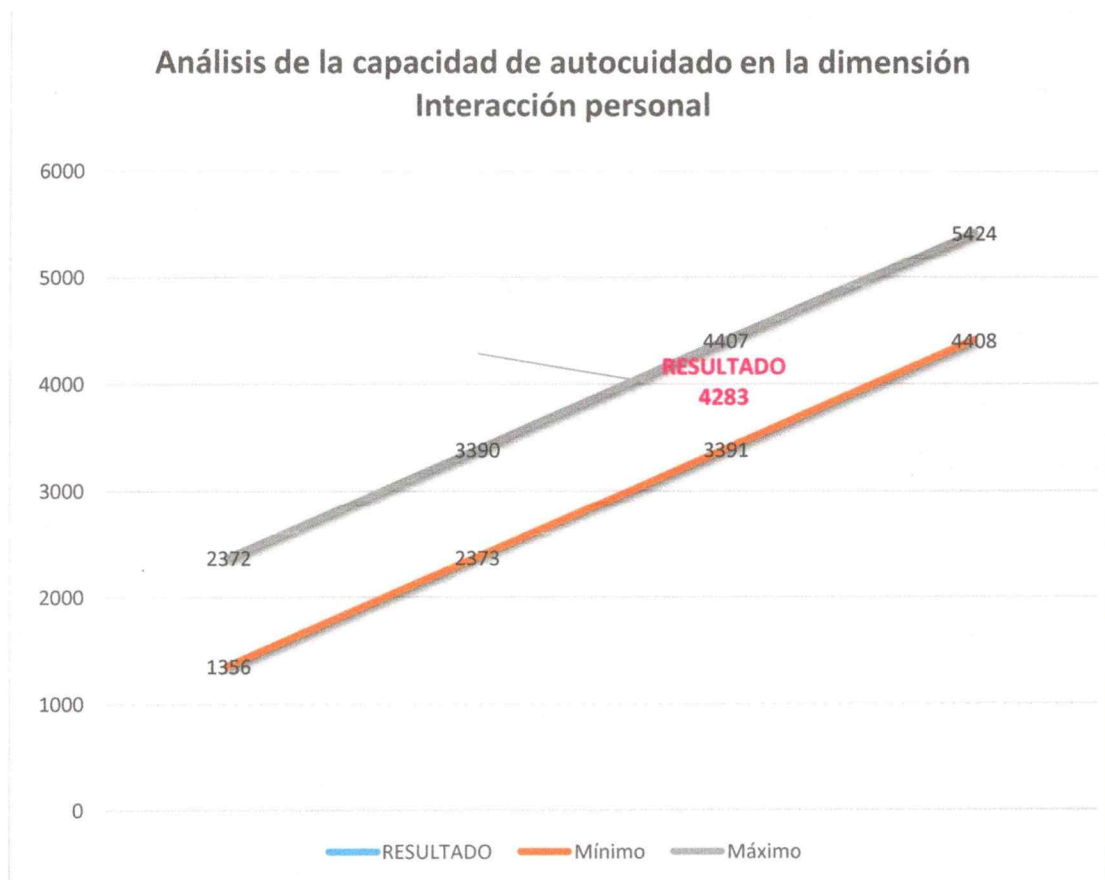
Fuente: Encuesta realizada por la investigadora. Mar del Plata. Mayo a Septiembre de 2018.

Los rangos de la escala ASA- A propuestos por la autora para la dimensión **Interacción personal** quedarían elaborados en estas cuatro posibilidades de resultado:

- Muy baja capacidad de autocuidado = Entre 1356 y 2372 puntos
- Baja capacidad de autocuidado = Entre 2373 y 3390 puntos
- Media capacidad de autocuidado = Entre 3391 y 4407 puntos
- Alta capacidad de autocuidado = Entre 4408 y 5424 puntos

Podemos hallar entonces, en la dimensión **Interacción personal**, que el resultado es una **Media capacidad de autocuidado** de los profesionales de enfermería, ya que el puntaje obtenido se encuentra en el rango de entre 3391 y 4407 puntos.

Análisis de la capacidad de autocuidado en la dimensión Interacción personal



Descubrimos en esta dimensión que los mayores porcentajes de respuestas se encuentran en las alternativas casi siempre con el mayor porcentaje, que es de 40,63%; seguido de la alternativa siempre con un 39,75% de respuestas; la alternativa casi nunca con el 15,34% y la alternativa nunca con el 4,48% de respuestas declaradas por la población encuestada.

Capacidad de autocuidado según escala de valoración ASA-A
Resultado total de alternativas de respuesta.

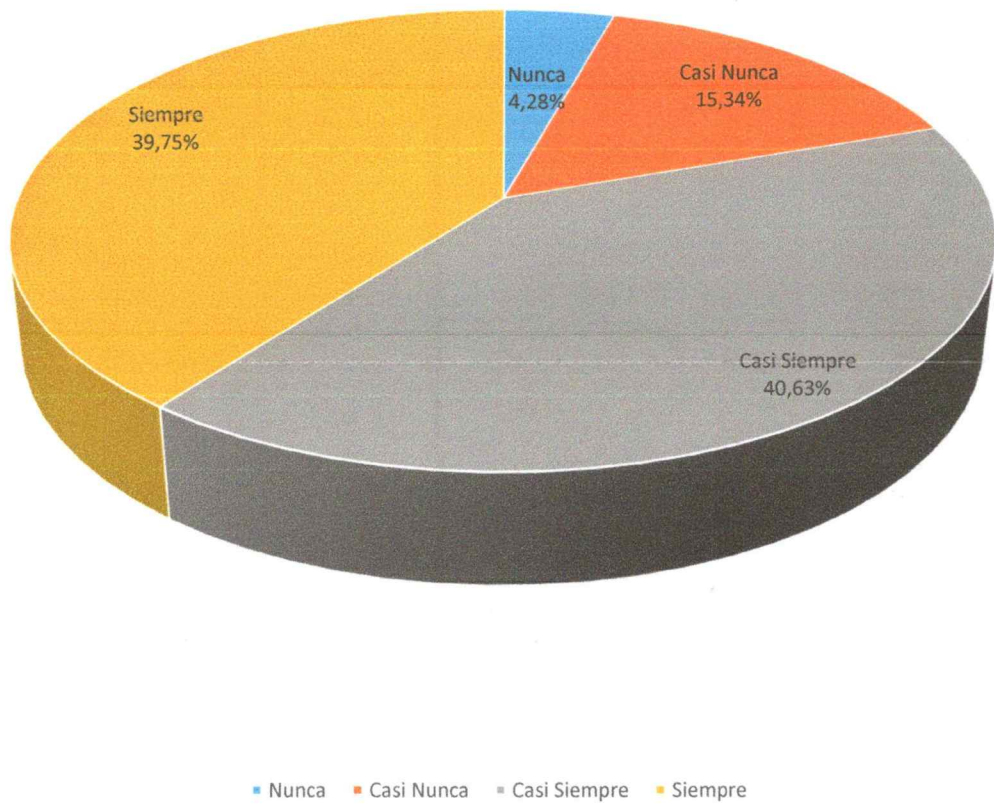


TABLA 5. Percepción de la capacidad de autocuidado en la dimensión Promoción del funcionamiento y desarrollo personal de los profesionales de enfermería durante el periodo Mayo- Septiembre del año 2018.

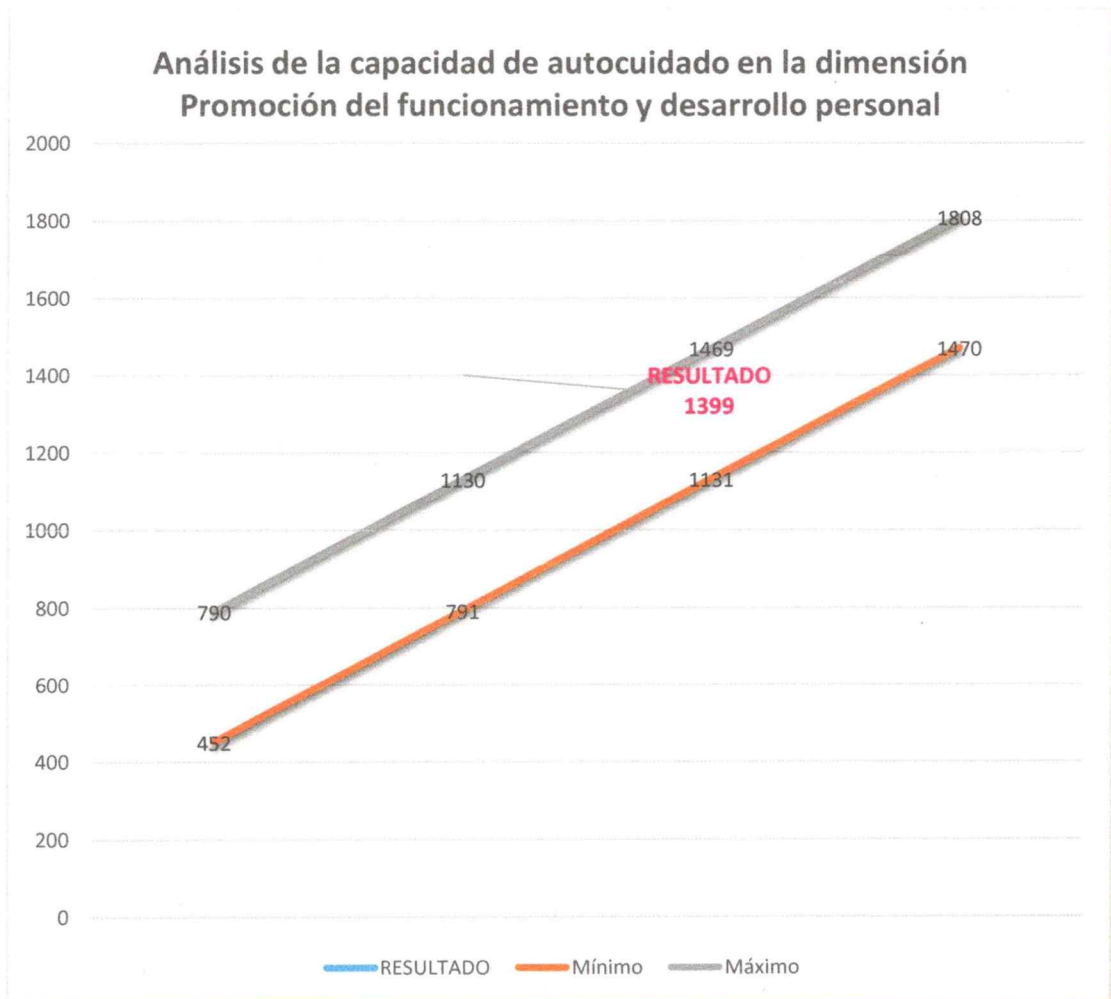
INDICADOR	CANTIDAD- FRECUENCIA (%)							
	N		CN		CS		S	
Hago ajustes en mis hábitos de vida para mantenerme saludable.	4	3,54%	34	30,09%	59	52,21%	16	14,16%
Tengo la capacidad de manejar las situaciones que me afectan de tal manera para no perder el control y mantenerme en equilibrio.	5	4,42%	16	14,16%	62	54,87%	30	26,55%
Tomo medidas para garantizar que mi familia y yo estemos seguros.	1	0,85%	1	0,85%	35	30,97%	76	67,26%
Realizo actividades que promueven mi desarrollo personal.	4	3,54%	26	23,01%	57	50,44%	26	23,01%
Total de respuestas	14	3,11%	77	17,03%	213	47,12%	148	32,74%
Puntaje según escala	14	0,99%	154	11,01%	639	45,68%	592	42,32%
TOTAL	1399				100%			

Fuente: Encuesta realizada por la investigadora. Mar del Plata. Mayo a Septiembre de 2018.

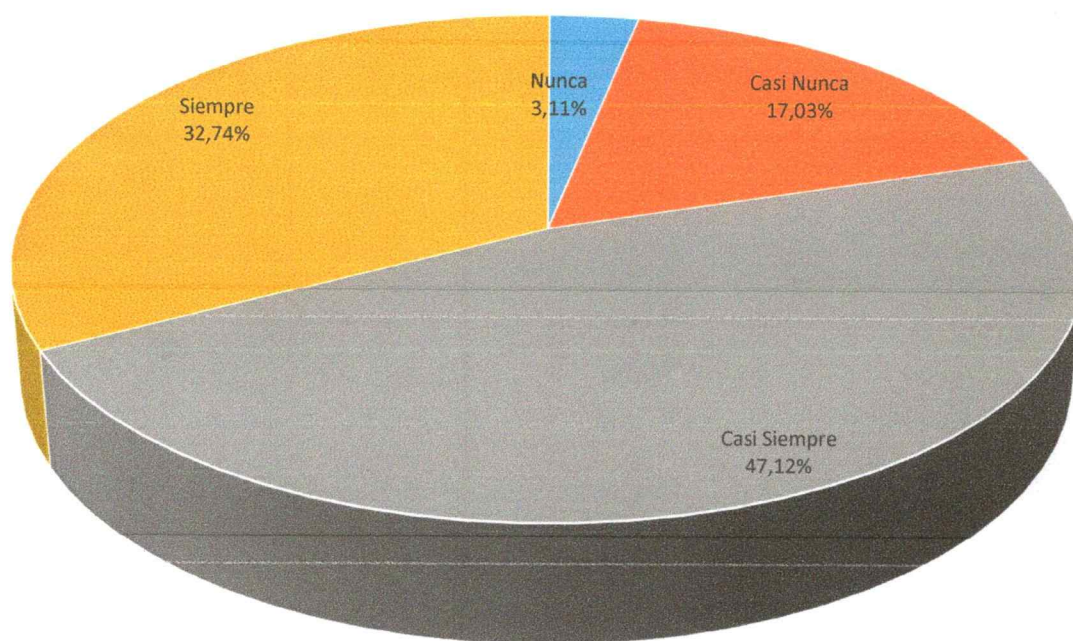
Para la dimensión **Promoción del funcionamiento y desarrollo personal** se desarrollaron las siguientes categorías de puntaje:

- Muy baja capacidad de autocuidado = Entre 452 y 790 puntos
- Baja capacidad de autocuidado = Entre 791 y 1130 puntos
- Media capacidad de autocuidado = Entre 1131 y 1469 puntos
- Alta capacidad de autocuidado = Entre 1470 y 1808 puntos

El resultado obtenido fue de 1399 puntos, quedando la dimensión **Promoción del funcionamiento y desarrollo personal** en un nivel de **Media capacidad de autocuidado**. Destacándose la alternativa de respuesta casi siempre con una marcada diferencia de porcentaje con respecto a las demás alternativas, la misma reúne el 47,12% del total; mientras que le siguen con el 32,74% la alternativa de respuesta siempre; con el 17,03% la alternativa de respuesta casi nunca y sólo el 0,99% respondieron a las preguntas de la dimensión Promoción del funcionamiento y desarrollo personal, nunca.



**Capacidad de autocuidado según escala de valoración ASA-A
Resultado total de alternativas de respuesta.**



■ Nunca ■ Casi Nunca ■ Casi Siempre ■ Siempre

TABLA 6. Percepción de la capacidad de autocuidado en la dimensión Consumo suficiente y adecuado de alimentos de los profesionales de enfermería durante el periodo Mayo- Septiembre del año 2018.

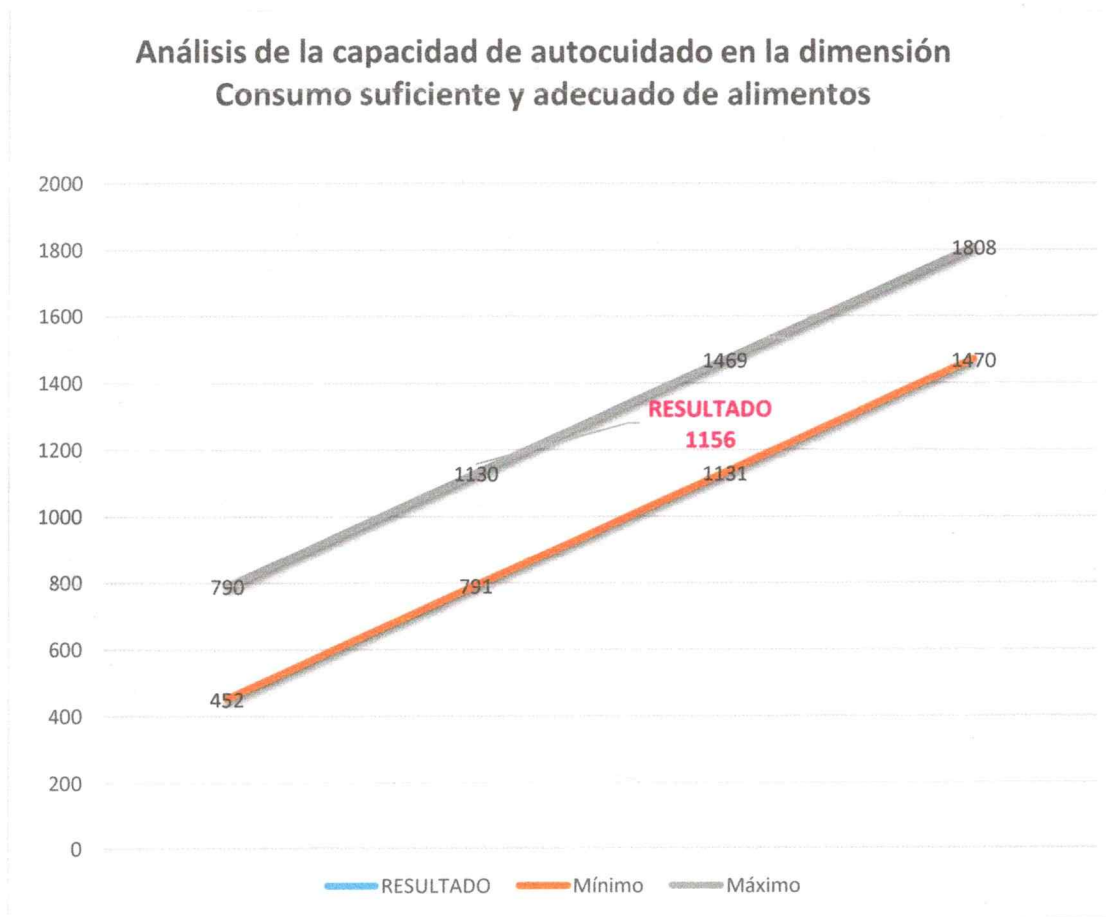
INDICADOR	CANTIDAD- FRECUENCIA (%)							
	N		CN		CS		S	
Hago cambios en mis hábitos alimenticios para mantener el peso que me corresponde.	16	14,16%	31	27,43%	41	36,29%	25	22,12%
Considero importante una alimentación saludable y la practico.	8	7,08%	29	25,70%	46	40,67%	30	26,55%
Consumo alimentos orgánicos y alimentos con bajo contenido en sodio y grasas.	20	17,70%	44	38,94%	42	37,17%	7	6,19%
En mi alimentación hago un balance entre hidratos de carbono, proteínas, grasas, agua, frutas y verduras.	25	22,12%	36	31,86%	36	31,86%	16	14,16%
Total de respuestas	69	15,26%	140	30,97%	165	36,50%	78	17,27%
Puntaje según escala	69	5,97%	280	24,22%	495	42,82%	312	26,99%
TOTAL	1156				100%			

Fuente: Encuesta realizada por la investigadora. Mar del Plata. Mayo a Septiembre de 2018.

Los rangos de la escala ASA- A propuestos por la autora para la dimensión **Consumo suficiente y adecuado de alimentos**, quedarían elaborados entre estos rangos de puntaje:

- Muy baja capacidad de autocuidado = Entre 452 y 790 puntos
- Baja capacidad de autocuidado = Entre 791 y 1130 puntos
- Media capacidad de autocuidado = Entre 1131 y 1469 puntos
- Alta capacidad de autocuidado = Entre 1470 y 1808 puntos

Quedando como resultado para la dimensión **Consumo suficiente y adecuado de alimentos** una **Media capacidad de autocuidado** de los profesionales consultados por lo que el resultado obtenido, de 1156 puntos, se encuentra en dicha categoría.



Analizando los porcentajes de respuestas se puede resaltar con un 36,50% la alternativa de respuesta casi siempre, seguida con un 30,97% la alternativa de respuesta casi nunca, con un 17,27% la alternativa de respuesta siempre y con un 15,26% la alternativa de respuesta nunca.

**Capacidad de autocuidado según escala de valoración ASA- A
Resultado total de alternativas de respuesta.**

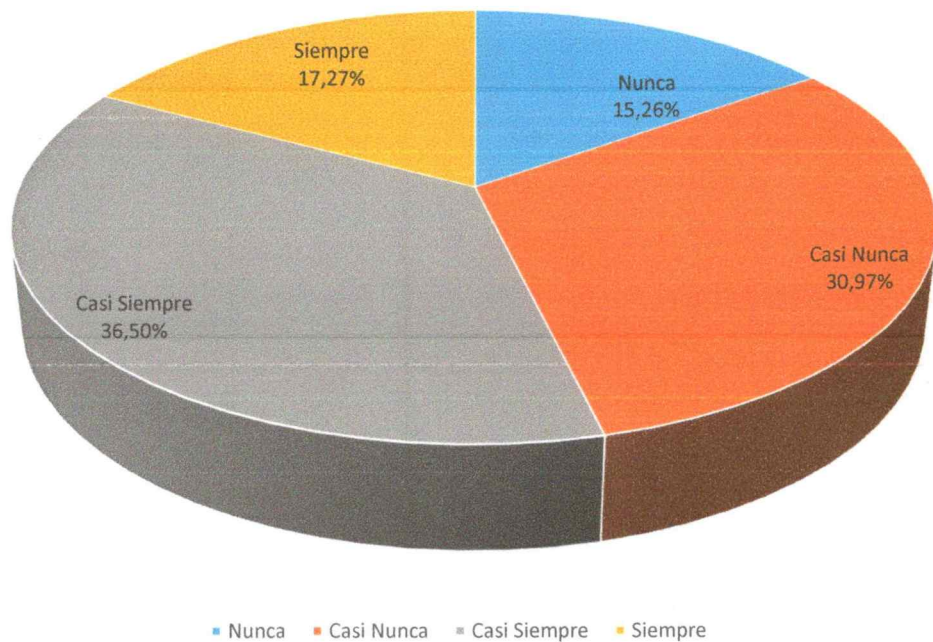


TABLA 7. Percepción de la capacidad de autocuidado en la dimensión **Actividad y reposo de los profesionales de enfermería durante el periodo Mayo-Septiembre del año 2018.**

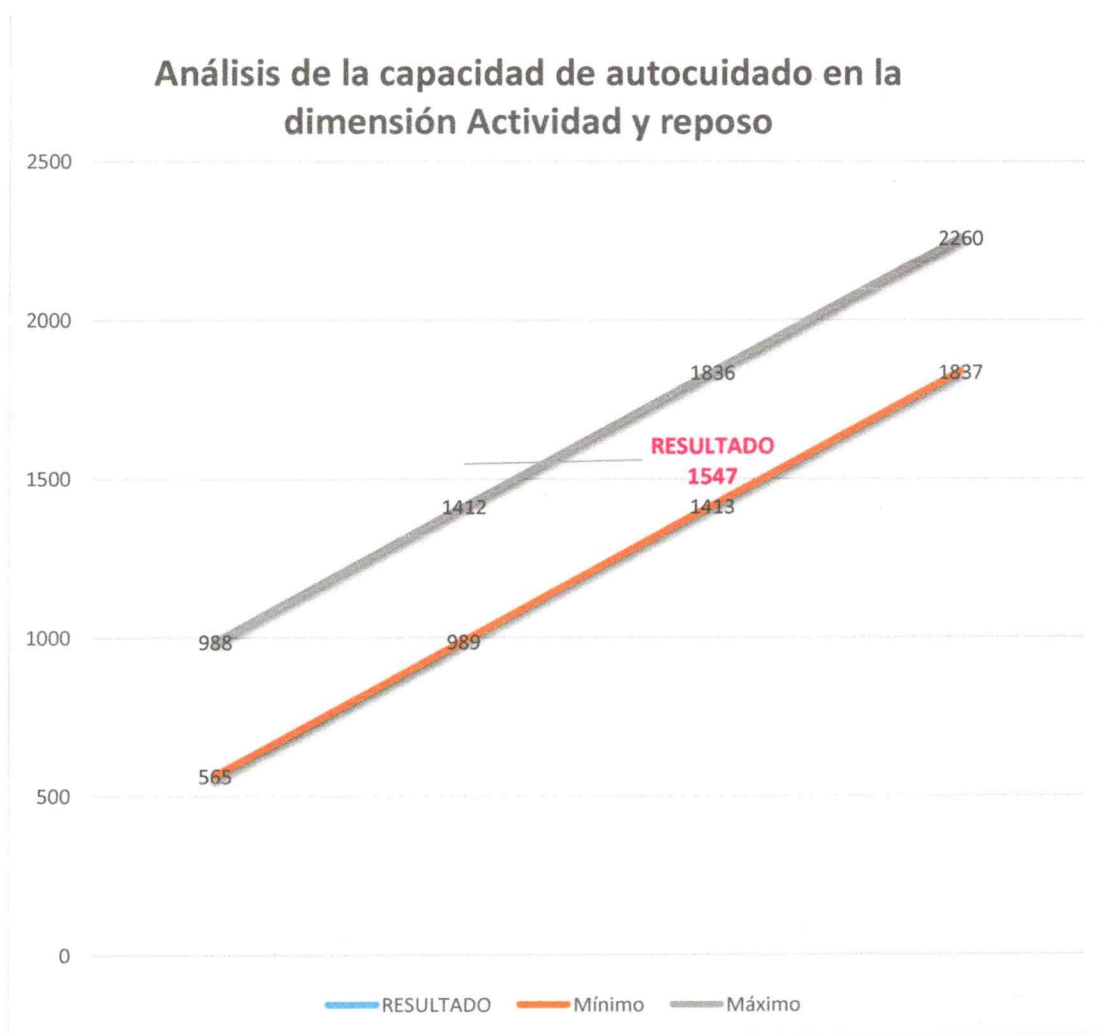
INDICADOR	CANTIDAD- FRECUENCIA (%)							
	N		CN		CS		S	
Si me siento cansado, hago cambios o ajustes en mi rutina para realizar todas las actividades diarias.	4	3,54%	31	27,43%	52	46,02%	26	23,01%
Me falta energía para cuidarme como debo.	14	12,39%	52	46,02%	28	24,78%	19	16,81%
Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo.	7	6,19%	33	29,20%	42	37,18%	31	27,43%
Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.	7	6,19%	42	37,18%	49	43,36%	15	13,27%
Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme como debo.	7	6,19%	27	23,89%	55	48,67%	24	21,25%
Total de respuestas	39	6,90%	185	32,74%	226	40,00%	115	20,36%
Puntaje según escala	39	2,52%	370	23,92%	678	43,83%	460	29,73%
TOTAL	1547				100%			

Fuente: Encuesta realizada por la investigadora. Mar del Plata. Mayo a Septiembre de 2018.

Para obtener el resultado nivel de autocuidado en la dimensión **Actividad y reposo** de los profesionales de enfermería del total de la muestra se realizó la escala correspondiente de posibles resultados, quedando:

- Muy baja capacidad de autocuidado = Entre 565 y 988 puntos
- Baja capacidad de autocuidado = Entre 989 y 1412 puntos
- Media capacidad de autocuidado = Entre 1413 y 1836 puntos
- Alta capacidad de autocuidado = Entre 1837 y 2260 puntos

En la dimensión **Actividad y reposo** se develó un puntaje de 1547 puntos, determinando una **Media capacidad de autocuidado** de los profesionales consultados.



Asimismo, el porcentaje más elevado se encuentra en la alternativa de respuesta casi siempre con un 40%, seguido por la alternativa casi nunca con un 32,74%, con un 20,36% la alternativa de respuesta siempre y con un 2,52% la alternativa de respuesta nunca.

Capacidad de autocuidado según escala de valoración ASA-A
Resultado total de alternativas de respuesta.

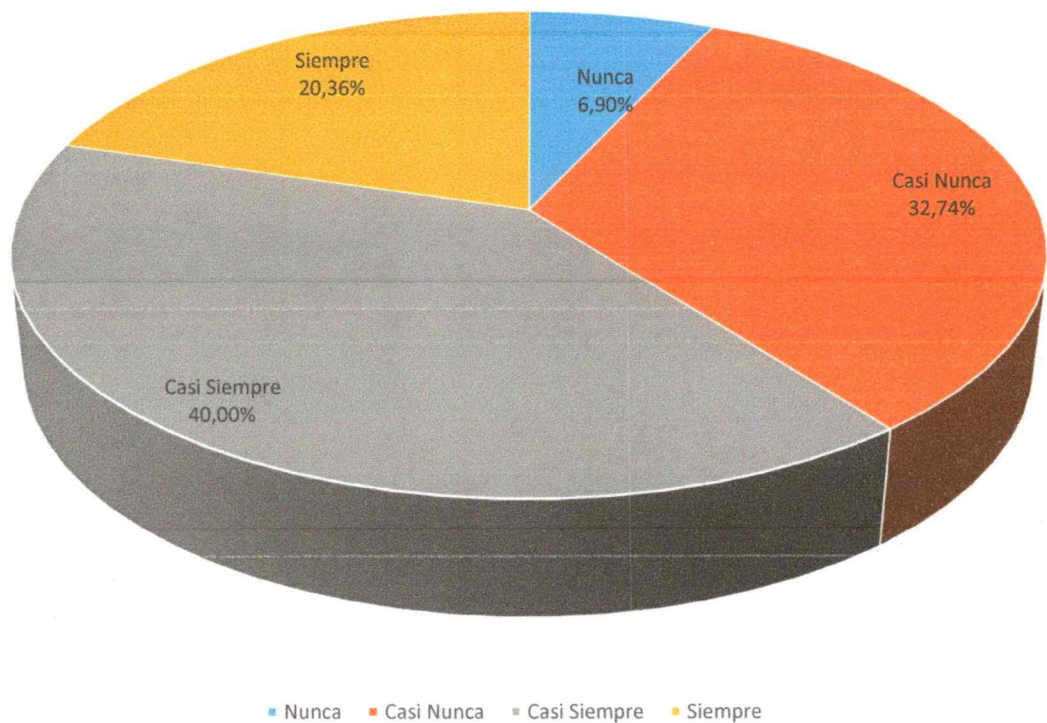


TABLA 8. Resumen de respuestas del total de la muestra según las dimensiones *Interacción social*, *Interacción personal*, *Consumo suficiente y adecuado de alimentos*, *Promoción del funcionamiento y desarrollo personal* y *Actividad y reposo*.

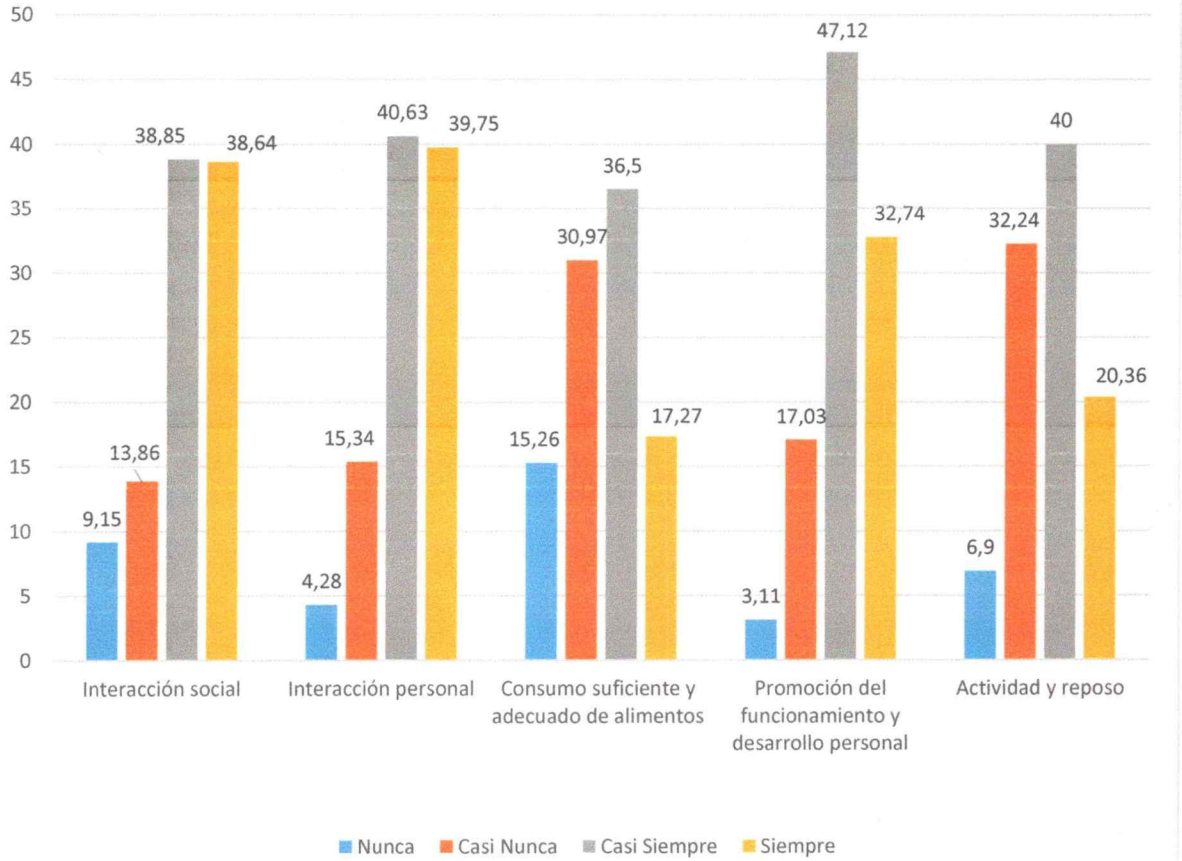
DIMENSIÓN	CANTIDAD- FRECUENCIA (%)							
	N		CN		CS		S	
Interacción social	31	9,15%	47	13,86%	130	38,85%	131	38,64%
Interacción personal	58	4,28%	208	15,34%	551	40,63%	539	39,75%
Consumo suficiente y adecuado de alimentos	69	15,26%	140	30,97%	165	36,50%	78	17,27%
Promoción del funcionamiento y desarrollo personal	14	3,11%	77	17,03%	213	47,12%	148	32,74%
Actividad y reposo	39	6,90%	185	32,74%	226	40,00%	115	20,36%

Total de respuestas	211	6,68%	657	20,76%	1285	40,61%	1011	31,95%
Puntaje según escala	211	2,24%	1314	13,94%	3855	40,91%	4044	42,91%
TOTAL	9424				100%			

Fuente: Encuesta realizada por la investigadora. Mar del Plata. Mayo a Septiembre de 2018.

En este resumen se puede apreciar que en las 5 dimensiones que conforman la evaluación general del autocuidado de la población participante, se destaca en mayor porcentaje las alternativas de respuesta casi siempre con un puntaje total de 40,61%.

Resultados totales según las 5 dimensiones del autocuidado



CAPITULO V

CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES

La principal función de enfermería es el cuidado de la salud, y junto con el equipo de salud son los responsables de fomentar el autocuidado de las personas, quienes deben no sólo desarrollar acciones de fomento de la salud, sino que además deberán mostrar en su persona, evidencia de práctica de hábitos saludables para su salud.²⁶

El personal de enfermería está directamente relacionado con el cuidado y mantenimiento de la salud de otros, lo cual no implica necesariamente que ellos mismos se cuiden.

Estudios previos determinan²⁷ que los profesionales de enfermería no tienen en general hábitos saludables de vida, ésta conducta se ve influenciada por el trabajo que realizan, el horario laboral, el multiempleo, entre otros.

En esta investigación se estudió el nivel de Autocuidado de los profesionales de enfermería de la ciudad de Mar del Plata de la muestra poblacional que se entrevistó. Para ello se realizó una investigación de tipo cuantitativa, con diseño descriptivo y transversal, que dio como resultado una media capacidad de autocuidado de los profesionales de enfermería. El mismo se determinó a través de la aplicación de la Escala de Valoración de la Capacidad de Autocuidado de Esther Gallego.

La muestra comprendió un total de 113 participantes, el 79,65% de los profesionales encuestado fue de sexo femenino y el 20,35% de sexo masculino.

Del total de profesionales de enfermería encuestados el 33,63% tuvo un rango de edad entre 21 y 30 años, el 34,52% entre 31 y 40 años, el 15,93% entre 41 y 50 años, el 15,04% entre 51 y 61 años y por último el 0,88 % no respondió la variable edad.

El 85,00% de los profesionales participantes tenía título enfermero y el 15,00% restante eran Licenciados en enfermería. Con respecto al turno laboral, el

²⁶ Cárdenas B. La profesionalización de la enfermería en México. Pomares, 2005.

²⁷ Garduño-Santos, Alejandra; Méndez-Salazar, Vianey y Salgado-Guadarrama, Jannet. Autocuidado del profesional de enfermería de un hospital público. Disponible en: http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/2_AUTOCUIDADO.pdf. Fecha de consulta: junio 2017.

40.71 % realizaba turno laboral por la mañana, el 26.55 % por la tarde, el 21.24 % por la noche, el 7.08 % rotativo y el 4.42 % no respondió su turno laboral.

El perfil sociodemográfico indicó que el rango de edad mayoritaria fue de 31 a 40 años (34,52%) seguido muy estrechamente por el rango de entre 21 a 30 años (33,63%), predominó el sexo femenino (79,65%), el título de enfermero (85,00%) y el turno laboral de mañana (40,71%).

El 68,15% de los entrevistados del total de la muestra, tiene una edad por debajo de los 40 años, por lo que se puede evidenciar que los resultados de esta investigación no han concordado con el estudio de Bamonde, Morales y López²⁸ que indica que recién a los 40 años se generan más acciones para el bienestar de sí mismo, lo cual podría indicar que la población más joven tiende a no valorar su autocuidado.

Además, esta franja etaria se identifica con un mayor deterioro en el autocuidado debido a que se encuentran iniciando su vida laboral, o enfrentándose a un cambio en el ritmo de vida e intensidad del trabajo, o transitando el aumento de las responsabilidades (pareja, hijos, trabajo, etc.), lo que conlleva a postergar su propio bienestar.

Por el contrario, los resultados de esta investigación revelan que las alternativas de respuesta del total de la muestra a las 28 preguntas correspondientes a las conductas de autocuidado fueron en el 40,61% casi siempre y en el 31,95%, siempre. Sólo un 6,68% fue el porcentaje que correspondió a la alternativa de respuesta nunca y un 20,76% a la alternativa de respuesta casi nunca.

En cuanto al predominio del sexo femenino (79,65%), este resultado concuerda con que históricamente los cuidados de la salud han sido entregados en su mayoría por mujeres, y que la enfermería nace como profesión conformada exclusivamente por mujeres²⁹.

Este grupo está vinculado socialmente a una multiplicidad de roles³⁰, lo que limita el tiempo disponible para mantener adecuados hábitos de autocuidado.

²⁸ BAMONDE, Ma. Guadalupe, MORALES, Hermelinda, LÓPEZ, Guadalupe. Nivel de aplicación de las acciones de autocuidado de la salud por personal de una unidad médica. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/143B1961-E88E-4D26-AF8C-9C94383B1821/0/2_7781.pdf. Fecha de consulta: septiembre 2018.

²⁹ Osses, C., Sanhueza, O., Valenzuela, S. Hombres en la Enfermería Profesional. 2010. Pág. 3. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/reflexion1.pdf>. Fecha de consulta: septiembre 2018.

³⁰ "Mujeres Actuales: Entre El Éxito Profesional Y La Familia". Ciudad Comunicada: Periódico de La Universidad De Talca. Edición N° 68. Disponible en: <http://www.ciudad.otalca.cl/?p=155>. Fecha de consulta: diciembre 2018.

Esta situación, que podría influir de forma negativa en el resultado del nivel de autocuidado de los profesionales de enfermería de esta investigación, contrasta con los resultados obtenidos, ya que superando el 79% de los entrevistados, no arrojó resultados por debajo de la Media capacidad de autocuidado.

En relación a la evaluación del nivel de autocuidado de la salud de los profesionales de enfermería, la investigación determinó una MEDIA capacidad de autocuidado de los profesionales de enfermería, con un puntaje de 9424.

Las dimensiones Interacción social, Interacción personal y Promoción del funcionamiento y desarrollo personal se destacan con resultados de alternativas de respuestas de casi siempre, seguidas de la alternativa de respuesta siempre; mientras que las dimensiones Consumo suficiente y adecuado de alimentos de alimentos y Actividad y reposo predominan los alternativas de respuestas casi siempre, seguidas de la alternativa de respuesta casi nunca.

Desarrollando lo dicho en el párrafo anterior, puedo puntualizar que en todas las dimensiones siempre superó a las demás respuestas la alternativa de respuesta casi siempre. En la dimensión Interacción social se destacó con un 38,85%, en la dimensión Interacción personal con un 40,63%, en la dimensión Consumo suficiente y adecuado de alimentos de alimentos con un 36,50%, en la dimensión Interacción personal y Promoción del funcionamiento y desarrollo personal con un 47,12% y por último, en la dimensión Actividad y reposo con un 40,00%.

A modo de cierre, señalaré que se pudo evidenciar que los resultados no concuerdan con la evidencia bibliográfica consultada ya que relacionan a los profesionales de enfermería con el mal hábito de autocuidado, viéndose juzgados más por la crítica social que por sus conductas.

Este estudio podría ser un punto de partida, para la realización de otras investigaciones sobre los estilos de vida y hábitos de salud de los profesionales de enfermería vinculados con las distintas instituciones prestadoras de servicios de salud; ya que a partir de la entrevista realizada se estimula a pensarse a uno mismo en área del autocuidado.

Para ello, podrían realizarse investigaciones de tipo cualitativas, que nos permitan conocer el autocuidado de los profesionales de enfermería, pero esta vez, desde los comportamientos y desde las respuestas abiertas.

BIBLIOGRAFIA

1. CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS (CIE), Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería, 3, place Jean Marteau, Ginebra (Suiza), 2012. Página 4. Recuperado de <http://www.unav.es/cdb/intenfermeras.html>
2. Restrepo, Málaga. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá, D.C. (Colombia): Editorial Médica Panamericana; 2001.
3. Benavent MA. Fundamentos de Enfermería. España: DAE. Grupo Paradigma. Enfermería 21; 2000.
4. Kérovac S. El Pensamiento Enfermero. España: McGraw-Hill Interamericana; 1996.
5. Henderson VA. La Naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1994.
6. Marriner-Tomey A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 4ta. ed. Madrid: Mosby Doyma; 2000.
7. Orem, D. (1983). Normas prácticas en enfermería. Traducido por Susan Allen. Madrid, España: Ediciones Pirámide, S.A.
8. Manrique-Abril, F., Fernández, A. & Velandia, A. (2009). Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. Revista Aquichan. Volumen 9 (número 3), 222-235. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74112147003>
9. Vega Angarita, O (2014) Agencia de autocuidado en hipertensos usuarios de un hospital universitario en Cúcuta (Colombia). Revista Científica Salud Uninorte. Volumen 30 (número2). Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/5416/7042>
10. Leiva, V., Cubillo, K., Porras, Y., Ramírez, T., Sirias, I. (2015). Validación de apariencia, contenido y consistencia interna de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, segunda versión en español. Revista enfermería actual en Costa Rica. Edición semestral (número 29), 1-14. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/448/44839779005.pdf>.
11. Pérez Pimentel, Sandra y Corveas Carrasco, Beatriz. Causas de invalidantes laborales en el personal de enfermería. Revista Cubana Enfermero [online]. 2005, vol.21, n.3, pp. 1-1. ISSN 1561-2961. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000300007.
12. Orem D. Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la práctica. (Versión española de la cuarta edición de la obra original en lengua inglesa Nursing: Concepts of practice de Dorothea E. Orem, publicada por Mosby-Year Book, Inc. de San Luis) Barcelona: España MASSON-SALVAT Enfermería. 1993.
13. Weesley, R.L. (1997). Teorías y modelos de enfermería (2da. ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
14. Taylor, S. G. (2007). Dorothea E. Orem Teoría del déficit de autocuidado. In Marriner A, & Raile M (Eds.), Modelos y teorías en enfermería (6ta. ed., pp. 267-295) España: Elsevier.

15. Evers GCM. Appraisal of Self-care Agency: ASA-scale: Van Corcum; 1989.
16. Velandia A. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo cardiovascular que asisten a consulta externa en el Hospital Tunjuelito. [Tesis de Maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2007.
17. Salazar y otros (2009) teoría de Orem aplicada a intervenciones durante el embarazo y climaterio. Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/21.pdf>.
18. De Alvarado, E., Pineda, E. Metodología de la Investigación. Tercera edición. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud. pp. 79-87. 2008.
19. Vidal Blan, R.; Adamuz Tomás, J.; Feliu Baute, P. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. Enfermería global, Murcia, n. 17, oct. 2009. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300021&lng=es&nrm=iso.
20. García A. et al. Factores personales en la relación terapéutica. Revista de la asociación española de neuropsiquiatría 2005; 25 (96): 29-36. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0211-57352005000400003.
21. Orem, Dorotea. Enfermería: conceptos de práctica. Editorial Mc Graw Hill. Segunda edición. 1980.
22. Pérez Santana, José Manuel y Otros. Manual para el diplomado en enfermería (ats/due). Oposiciones. Modulo materia comunes y atención primaria. Modulo I. Editorial MAD. 2003.
23. Prado Solar, Liana Alicia, González Reguera, Maricela, Paz Gómez, Noelvis, & Romero Borges, Karelia. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Revista Médica Electrónica, 36(6), 835-845. Disponible en
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es&tlng=es.
24. Garduño-Santos, Alejandra; Méndez-Salazar, Vianey y Salgado-Guadarrama, Jannet. Autocuidado del profesional de enfermería de un hospital público.
25. Cárdenas B. La profesionalización de la enfermería en México. Pomares, 2005.
26. Osses, C., Sanhueza, O., Valenzuela, S. Hombres en la Enfermería Profesional. 2010. Pág. 3. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/reflexion1.pdf>.

ANEXOS

Anexo N° 1: Carta de consentimiento informado

INVESTIGACIÓN: “Autocuidado de la salud de los profesionales de enfermería desde la perspectiva de Dorothea Orem”.

1. Se me ha solicitado participar voluntariamente en el estudio que realiza la Srta. Bogarín, María Fernanda; estudiante de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata; cuyo objetivo se orienta a establecer el nivel de autocuidado de la salud de los profesionales de enfermería desde la perspectiva de Dorothea Orem.

2. Mi participación consiste en responder un autoinforme que consta de 28 preguntas que representan una escala para medir mi nivel de autocuidado.

3. Se me ha permitido realizar preguntas sobre la razón del estudio o simplemente no participar de la investigación.

4. Se me asegura que mis datos personales no serán expuestos y que se mantendrá el carácter confidencial de la información que entregue, sin que ésta sea utilizada en perjuicio de mi vida personal.

5. Este estudio es confidencial y sus resultados estarán a mi disposición si así lo estimo conveniente (para lo cual dejaré a disposición de la tesista una dirección de e-mail al final de la página).

6. Estoy consciente y tengo conocimiento de que los resultados obtenidos en esta investigación podrán ser utilizados en publicaciones y eventos de carácter científico y que ninguna compensación económica será ofrecida por mi participación en el estudio.

Por lo tanto, y habiendo entendido y aceptado los términos antes expuestos:

Yo (Nombre y Apellido): _____

doy libremente mi consentimiento para participar en ésta investigación.

Firma participante.

En caso de querer recibir los resultados de la presente investigación, adjunte una dirección de e-mail:

.....@.....

E-mail de contacto: Fernanda.bogarin.fb@gmail.com

Teléfono de contacto: 0223- 155474442

Mar del Plata, 2018.

Anexo N° 2- Instrumento de evaluación del nivel de autocuidado

Ítem 1: Datos personales del profesional de enfermería

Edad: _____ Sexo: _____

Título: _____ Turno Laboral: _____

Ítem N° 2: Escala de apreciación de capacidad de agencia de autocuidado (A.S.A – A) ajustada.

AFIRMACIÓN	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Hago ajustes en mis hábitos de vida para mantenerme saludable.				
2. Reviso si las acciones y actitudes que practico para mantenerme con salud son buenas.				
3. Si me siento cansado, hago cambios o ajustes en mi rutina para realizar todas las actividades diarias.				
4. Hago lo necesario diariamente para mantener limpio el ambiente donde vivo.				

5. Doy prioridad a las acciones que mantienen y protegen mi salud.				
6. Me falta energía para cuidarme como debo.				
7. Busco mejores formas para cuidar mi salud.				
8. Realizo ajustes en mis actividades diarias a cambio de mantener la frecuencia con la que me baño.				
9. Hago cambios en mis hábitos alimenticios para mantener el peso que me corresponde.				
10. Tengo la capacidad de manejar las situaciones que me afectan de tal manera para no perder el control y mantenerme en equilibrio.				
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo.				

12. Tengo amigos de mucho tiempo a los que puedo recurrir cuando necesito ayuda.				
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.				
14. Cuando obtengo información sobre mi salud, reflexiono sobre lo que no entiendo y pido explicaciones.				
15. En mi alimentación hago un balance entre hidratos de carbono, proteínas, grasas, agua, frutas y verduras.				
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.				
17. Si tengo que tomar un medicamento que no conozco pido información sobre sus efectos.				
18. Tomo medidas para garantizar que mi familia y yo estemos seguros.				

<p>19. Evalúo que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud.</p>				
<p>20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme como debo.</p>				
<p>21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.</p>				
<p>22. Si por alguna circunstancia no puedo cuidarme solo, tengo una red de apoyo en donde puedo buscar ayuda.</p>				
<p>23. Dedico tiempo para mí mismo y a las actividades que me relajan.</p>				
<p>24. Realizo actividades que promueven mi desarrollo personal.</p>				
<p>25. Considero importante una alimentación saludable y la practico.</p>				

26. Realizo actividades de recreación regularmente, con compañeros de trabajo, amigos y/o familiares.				
27. Consumo alimentos orgánicos y alimentos con bajo contenido en sodio y grasas.				
28. Yo examino mi cuerpo para conocer si hay algún cambio.				