



Universidad Austral de Chile

Facultad de Medicina
Escuela de enfermería.

**Autocuidado en los estudiantes de la carrera
de Enfermería de la Universidad del Bío Bío: un
análisis según el Modelo de Autocuidado de
Dorothea Orem.**

Tesis presentada como parte de los
requisitos para optar al grado de
Licenciado en Enfermería.

DANIELA PAULINA REBOLLEDO OYARZO

VALDIVIA – CHILE
2010



Universidad Austral de Chile

Facultad de Medicina

Escuela de enfermería.

**Autocuidado en los estudiantes de la carrera
de Enfermería de la Universidad del Bío Bío: un
análisis según el Modelo de Autocuidado de
Dorothea Orem.**

Tesis presentada como parte de los
requisitos para optar al grado de
Licenciado en Enfermería.

DANIELA PAULINA REBOLLEDO OYARZO

VALDIVIA – CHILE

2010

Profesor Patrocinante:

Nombre: Cecilia Molina Díaz.
Profesión: Enfermera-Matrona.
Grado: Magíster en Enfermería, mención Médico-Quirúrgica.

Instituto: Enfermería.
Facultad: Medicina.

Firma:

Profesores Informantes:

Nombre: Ana Cartens Peña.
Profesión: Enfermera.
Grado: -

Instituto: Enfermería.
Facultad: Medicina.

Firma:

Nombre: Mauricio Barría Pailaquilen.
Profesión: Enfermero.
Grado: Diplomado y Magíster en Epidemiología Clínica.

Instituto: Enfermería.
Facultad: Medicina.

Firma:

Fecha de Examen de Grado:

INDICE:

CAPÍTULO	PÁGINA
RESUMEN	
SUMMARY	
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	2
3. OBJETIVOS	10
4. MATERIAL Y MÉTODO	11
5. RESULTADOS	16
6. DISCUSIÓN	28
7. CONCLUSIONES	31
8. BIBLIOGRAFÍA	32
ANEXOS	34

RESUMEN.

Considerando que dentro del perfil de egreso de los estudiantes de enfermería de la Universidad del Bío Bío se destaca la preocupación por el fomento del autocuidado, es importante determinar si los alumnos son reflejo de lo que la universidad y sociedad necesita para llevar a cabo esta misión. Más aún cuando como estudiantes en práctica profesional en diversas comunidades y centros de atención de salud, la promoción y prevención juegan un rol fundamental.

Esta investigación cuantitativa, con diseño descriptivo y transversal pretende mostrar la realidad del nivel de autocuidado de los alumnos de segundo a cuarto año de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío Bío durante el segundo semestre de 2010.

Para el análisis se consideraron variables sociodemográficas tales como edad, sexo, orientación religiosa, estado académico, entre otras que sirvieron de guía una vez determinado el nivel de autocuidado de los alumnos para crear tablas comparativas de resultados entre variables. El nivel de autocuidado se determinó a través de un instrumento que integra preguntas de selección múltiple y la aplicación de la Escala de Valoración de la capacidad de Autocuidado de Esther Gallego.

La muestra comprendió un total de 146 participantes, 111 mujeres y 35 hombres, todos alumnos regulares de segundo a cuarto año de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío Bío, sede Chillán. Concluyéndose que los alumnos participantes de la investigación poseen déficit de autocuidado en áreas básicas de desarrollo tales como actividad-reposo y alimentación; además de presentar conductas que no favorecen el autocuidado y que entorpecen la labor de entregar ejemplo de promoción y mantención de la salud ante la comunidad.

SUMMARY.

Whereas in the exit profile of nursing students at this university an ongoing concern for the promotion of self care is important to determine if students are a reflection of what the university and society needs to carry out this mission. Even more so when as students in professional practice in diverse communities and health care facilities, promotion and prevention play a role.

This quantitative research, descriptive cross-sectional design is intended to show the reality of self-care level of the students from second to fourth year nursing career at the University of Bio Bio in the second half of 2010.

For the analysis considered demographic variables such as age, gender, religious, academic status, among others, that once served as a guide to determined the level of self-care in the students for create tables comparing results between variables. The level of self is determined through a tool that integrates multiple-choice questions and the implementation of the Rating Scale of Self-care capacity of Esther Gallego.

The sample included a total of 146 participants, 111 women and 35 men, all regular students from second to fourth year nursing career at the University of Bio Bio, Chillán. This research concluded that participants have self-care deficit in basic areas of development such as activity-rest and feeding, as well as presenting behaviors that do not support self-care and hindering the work of delivering such promotion and health maintenance to community

1. INTRODUCCIÓN.

“Para los enfermeros, cuidar de si mismo entrega herramientas para poder cuidar de otros” (Burkhardt, 2001; citado en Manning-Walsh y col, 2005).

Contribuir al desarrollo de la enfermería de acuerdo a las necesidades de la comunidad es una de las premisas que más podemos observar como parte del perfil enfermero/a que las diversas casas de estudio universitario quieren entregar como egresados. Siendo concluyentes, podemos decir que se pretende formar durante 5 años de carrera un profesional que además de ser responsable con la población con la que trabajará (ser responsable socialmente), lo sea respecto a su propia calidad de vida, lo que resulta obvio si consideramos que la mejor manera de enseñar, es dando el ejemplo.

Así, un/a enfermero/a que practica el autocuidado, definido como las actividades que los individuos realizan de manera razonada y predeterminadas para mantener su vida, su salud y bienestar, tendrá las bases, por lo tanto, para “cuidar” de otros y cumplir con el rol de ser modelo y educador. En el caso de los estudiantes de enfermería, el patrón podría ser aplicado de igual manera: estudiante que no practica el autocuidado y no lo integra como parte de su formación, no podrá como enfermero ser modelo o al menos contará con menos herramientas para lograrlo.

Es por esta razón que ésta tesis evaluó si los estudiantes de segundo a cuarto año de la carrera de enfermería de la Universidad del Bío Bio (U.B.B), parte de la Facultad de Ciencias de la Salud y de los Alimentos de dicha casa de estudio, son agentes de autocuidado en su etapa de formación y por lo tanto, en su futura labor como enfermeros y enfermeras que velarán por la mantención y promoción de la salud de sus respectivas comunidades.

Una de las motivaciones del estudio, fue obtener datos que sean fuente para comparar a futuro, por ejemplo, el nivel de autocuidado de los estudiantes de enfermería de la Universidad del Bío Bio con el de alumnos de la Universidad Austral de Chile, considerando la instancia de intercambio estudiantil de la cual se dispone. Éstos datos tienen el propósito de mejorar y asegurar el egreso de profesionales con un verdadero perfil de “promotores y protectores de la salud”, asegurando primero, dentro de las aulas y en la práctica pre profesional, la integración del autocuidado como parte esencial de la labor del profesional de enfermería, trascendiendo este interés incluso a otras casas de estudio interesadas en entregar al país y la comunidad internacional enfermeros y enfermeras con un sello propio en lo que a autocuidado se refiere.

2. MARCO TEÓRICO.

Desde que se integra el concepto de la enfermería como disciplina durante la última mitad del siglo XX y a medida que las enfermeras/os entraron a formarse en las diversas escuelas, nace el empeño por lograr desarrollar y respaldar el actuar y la práctica de enfermería en base al conocimiento, considerando que la capacidad de todo enfermero/a se ve enriquecida y aumentada a través del aprendizaje y de la investigación, fuentes para comprender y ordenar de manera lógica los procesos internos y de quienes nos rodean.

Además de plantearse preguntas en cuanto a cómo se desarrollaba este conocimiento y de apreciar cómo la enfermería como arte y ciencia crecía y se sustentaba dentro de sus propios márgenes y evidencias, se fueron considerando cada vez más importantes y relevantes marcos conceptuales enfermeros, que fueron siendo utilizados poco a poco como modelos para el currículo de diversos programas y como ejemplo para conceptualizar la enfermería como ciencia. Este ordenamiento de los trabajos de enfermería y su utilización como referencia, introduce de manera conjunta como conceptos unidos, la teoría y el conocimiento, creándose la relación “del trabajo teórico enfermero como origen de conocimiento” (Marriner y Tomey, 2007).

Si se analiza el rol de la enfermera/o en los procesos antes descritos y cómo sus acciones van a influir en la evolución del estado del paciente, también se debe analizar el rol que cumple el mismo receptor de los cuidados; y es aquí donde la teoría de Dorothea Orem (2001) describe cómo los cuidados de enfermería cumplen a la vez con el rol de “guía” del paciente para orientarlo en la búsqueda de su recuperación o del mejoramiento de su insatisfacción, y cómo su participación como protagonista, como paciente, en sus propios cuidados toma gran relevancia.

Orem describe autocuidado, primero, haciendo un análisis semántico de la palabra misma, la cual separa en “*AUTO*” y que define como “el individuo integral, incluyendo no sólo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales”; y “*CUIDADO*”, que define como “la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para el”. Luego, la integra y define como “la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar” (Orem-Society, 2003). Si analizamos como Orem define estos conceptos, es posible desprender además que el autocuidado es un acto voluntario e intencionado que involucra el uso de la razón para dirigir las acciones, considerando que el autocuidado cotidiano es un elemento que se encuentra indisolublemente intrincado en la acción; “es una función humana regulatoria que los individuos deben deliberar

continuamente y desarrollar por sí mismos o haber desarrollado para ellos (cuidado dependiente) a fin de suplir y conservar las condiciones y materiales para el mantenimiento de la vida, buscar el funcionamiento físico y psíquico y el desarrollo dentro de normas compatibles con condiciones esenciales para vivir y para la integridad del funcionamiento y desarrollo” (Orem-Society, 2003).

Además, Orem (1993) devela el origen del autocuidado como “un comportamiento aprendido”, y las actividades de autocuidado como acciones que se aprenden e internalizan tras la interacción e influencias del medio y la vida cultural del grupo al cual pertenece el individuo. Por lo tanto, las acciones de autocuidado se consideran no innatas, se viven y dependen de las creencias, de la interacción con los diversos factores y estímulos con los que se rodea y con los cuales el individuo experimenta, como costumbres y prácticas habituales de la familia y comunidad de la cual se es parte. Aparece como condicionante de la salud por lo tanto, al contexto sociocultural, el cual entrega al individuo los requisitos de autocuidado universales, los cuales son independientes del estado de salud, la edad o el nivel de desarrollo y que se refieren al mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua, alimentos, provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de excrementos, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, entre la soledad y la interacción social, prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano, promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial y talento de las personas (Orem, 2001).

Renpenning y Taylor (2003) describen autocuidado como la práctica de actividades que las personas emprenden con arreglo a su situación y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar. Por lo tanto, el autocuidado es considerado “un valor” que involucra el compromiso personal y a la vez el social, otorgándole un valor inherente además del acto de cuidarse, ya que contribuye a la formación de otros valores como la ayuda, la enseñanza, servicios y otros conceptos de autopercepción y autoestima.

Sin dejar de considerar los requisitos de autocuidado universales antes descritos, Orem (2001) define además requisitos de autocuidado del desarrollo los cuales integran las etapas específicas del desarrollo como condicionantes del autocuidado, como son: desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven, etapas de desarrollo de la edad adulta y el embarazo (en adolescencia o edad adulta); y también aquellas que condicionan o afectan adversamente el desarrollo humano, dentro de las cuales se describen la deprivación escolar, problemas de adaptación social, pérdida de familiares, amigos o colaboradores, pérdida de posesiones o del trabajo, cambio súbito en las condiciones de vida, cambio de posición social/económica, mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad, enfermedad terminal o muerte esperada, y peligros ambientales.

Ligado a los requisitos de autocuidado universales y del desarrollo, los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos. “Se adicionan por lo tanto demandas a sus cuidados, y además se requiere que el individuo busque consejo y ayuda en personas competentes para que le faciliten los procesos de cuidado” (Riehl-Sisca, 1989).

Es de esto último, que se desprende un nuevo concepto dentro del modelo: el de cuidados preventivos: *prevención primaria*: donde los requisitos de autocuidado universales están satisfechos; *prevención secundaria*: consiste en evitar mediante detección temprana y la pronta intervención los efectos adversos o complicaciones de la enfermedad o incapacidad prolongada; *prevención terciaria*: ocurre cuando hay rehabilitación después de la incapacidad.

Por lo tanto, una persona capaz de hacerse cargo de su propio autocuidado puede: apoyar procesos vitales físicos, psicológicos y sociales esenciales, mantener la estructura y funcionamiento humano, desarrollar plenamente su potencial humano, prevenir las lesiones o enfermedades, curar o regular la enfermedad y sus efectos, con la ayuda apropiada (Orem, 1993).

La sustentabilidad de este modelo nace de la relación de 3 teorías que se adicionan en conceptos y términos, así como en identificar a los protagonistas del proceso de autocuidado y del por qué del déficit de éste. La *teoría de los sistemas enfermeros* identifica a las/los enfermeras/os como sistemas de acción; la *teoría del déficit de autocuidado* describe como los individuos son completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos para su propio autocuidado; y la *teoría de autocuidado* refiere la función reguladora que el hombre debe llevar a cabo por sí solo para mantener su salud, desarrollo y bienestar, convirtiéndose en *agente de autocuidado* (Orem, 2001).

La U.B.B, desde sus inicios en el año 1947 bajo el alero de la Universidad Técnica del Estado, orienta su modelo educativo considerando dos líneas que guían la gestión curricular: la sociedad actual y el estudiante. Los cambios tecnológico y demográfico, además de las modificaciones de este último respecto al terremoto que afectó la zona a comienzos de 2010, ha creado la necesidad de integrar nuevos componentes al proceso de formación de los estudiantes de ésta casa de estudio. Su propósito es buscar respuesta a la creciente necesidad de conocimiento y habilidades que derivan del entorno regional, nacional y mundial tales como el proceso de internacionalización del país, la necesidad de mantenerse competitivos a nivel nacional a pesar de la adversidad a través de la innovación y emprendimiento asegurando siempre la calidad de los procesos educativos entregados, esto último reflejado, por ejemplo, en la mantención de programas de intercambio con la Universidad Austral de Chile que evidencia la capacidad de renovar y mantener el interés por el crecimiento y la expansión hacia otras regiones del país. Dentro de este escenario, el estudiante que ingresa a la U.B.B es dueño de necesidades y expectativas diferentes, lo que refleja la búsqueda y desarrollo de

nuevas habilidades y actitudes que le permitan una integración e inserción como ser social, profesional y de excelencia a la sociedad. El aumento y la diversidad de la población que ingresa a la Educación Superior, hoy, constituye un nuevo hecho que admite nuevos requerimientos, pues se cuenta con un tipo de estudiante que posee mayor acceso y manejo de las tecnologías de la información, lo que conlleva nuevas formas de aprender, de comunicarse y relacionarse con su realidad próxima y con el mundo (UBIOBIO-Modelo, s.f).

Es así como la U.B.B presenta una propuesta de formación profesional y por ende un perfil del estudiante egresado, el cual asume los componentes claves de una nueva forma de aprender acorde con las actuales potencialidades de la ciencia, la cultura y la sociedad.

La Escuela de Enfermería de la U.B.B tiene por objetivo formar profesionales con sólidos conocimientos humanistas, científicos y técnicos, capacitado para proporcionar cuidados de enfermería integral y de calidad a personas sanas o enfermas, durante su ciclo evolutivo, en la familia y la comunidad, haciendo énfasis en la promoción de la salud, considerando los cambios demográficos y epidemiológicos, tendiendo a elevar el nivel de salud de la comunidad urbana o rural (UBIOBIO-Admisión, s.f).

Fundada en 1971, a lo largo de sus más de 35 años de vida la Escuela de Enfermería de la UBB ha formado cerca de mil profesionales que se desempeñan en instituciones y servicios de salud, tanto públicos como privados, a lo largo de todo el país y que son reconocidos por su excelencia y calidad académica.

Siendo enfermería una carrera con grandes proyecciones de perfeccionamiento y campo laboral, el interés por ser parte de este grupo privilegiado de alumnos ha ido creciendo, lo que se ve reflejado en el aumento de número de matrículas anualmente, que ya para el año 2010 alcanzó los 60 cupos, siendo la carrera con mayor ingreso dentro de la Facultad de Ciencias de la Salud y de los Alimentos que integran además las carreras de Fonoaudiología, Ingeniería en alimentos y Nutrición y Dietética, las que cuentan con un número de ingresos anual de 45, 50 y 47 cupos respectivamente. Cabe destacar que además de ser la carrera con mayor número de ingresos dentro de su facultad, es la carrera con mayor exigencia en cuanto a puntaje en la Prueba de Selección Universitaria (P.S.U) dentro de la misma, con un puntaje mínimo de ingreso de 627.90, encontrándose al primer matriculado con un puntaje de 759.35 puntos ponderados (UBIOBIO-Carreras, s.f)

Chillán, como capital de la provincia de Ñuble, ha experimentado grandes cambios en cuanto a infraestructura y movimiento de población flotante en este último tiempo, principalmente por el terremoto que afectó la zona en febrero de 2010. Aún así, y ya con el paso de los meses, la población ha reiniciado sus actividades y se está dando paso a una reactivación paulatina de los diversos servicios y utilidades. Cabe mencionar además que la

presencia de universidades en la zona , tales como la Universidad de Concepción, Universidad la República, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Universidad Arturo Prat y Universidad de Los Lagos, crea un gran número de población flotante universitaria proveniente de la misma región o de otras ciudades del país. El universitario encuentra grandes ofertas y posibilidades de esparcimiento social al ingresar al ambiente universitario: la existencia de agrupaciones de carácter directivo dentro de las mismas carreras o la universidad, grupos religiosos, equipos deportivos, danza, teatro, talleres de idiomas, locales y centros de eventos etc. Sumado a lo anterior, se agrega el factor de la carga horaria a la cual de los estudiantes, lo que condiciona gran permanencia en las instalaciones de la universidad otorgando un grado de independencia que no se poseía en el régimen del hogar, pues ahora los horarios se condicionan a los horarios establecidos para las clases. El gran número de estudiantes, independiente del año en curso, que viven solos o en compañía de compañeros en cabañas, casas u hogares estudiantiles también refuerza lo que anteriormente se mencionó: el aumento del grado de independencia lejos del hogar. Factores suficientes para observar un cambio conductual y de la rutina de los adolescentes y adultos jóvenes, que se encuentran atravesando las siguientes etapas del ciclo vital del desarrollo (Papalia, 1990).

- Etapa de la adolescencia: empezando en la pubertad y finalizando alrededor de los 18-20 años (actualmente está claro que debido sobre todo a una serie de factores psicosociales, la adolescencia se prolonga más allá de los 20 años, incluso hasta los 25 años). La tarea primordial es lograr la identidad del yo y evitar la confusión de roles. La falta de identidad es bastante más problemática; por lo general repudian su integración en el mundo adulto e incluso repudian su necesidad de una identidad. Algunos adolescentes se permiten a sí mismos la “fusión” con un grupo, especialmente aquel que le pueda dar ciertos rasgos de identidad: grupos religiosos, organizaciones políticas; en definitiva, grupos que se han separado de las líneas comunes.

- Etapa adulto joven: comprende las edades entre 18 hasta los 30 años aproximadamente. La tarea principal es lograr un cierto grado de intimidad. La intimidad supone la posibilidad de estar cerca de otros, como compañero, amigo; como un partícipe de la sociedad en donde la búsqueda de la participación se define y toma rumbo dirigido por las preferencias e intereses que ya son defendibles. El joven adulto ya no tiene que probarse a sí mismo. El énfasis sobre la formación profesional, el aislamiento de la vida urbana, la fractura de las relaciones por motivos de traslados y la naturaleza generalmente impersonal de la vida moderna, hacen que sea más difícil el desarrollo de relaciones íntimas.

Atravesando etapas tan complejas del desarrollo humano, en donde la búsqueda de la propia identidad y de la integración a grupos significativos con el fin de ser parte de la sociedad son los ejes principales, es que es importante relacionarlo al concepto de *agencia de cuidado* que integra Orem la cual consiste en una compleja capacidad que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que

puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de autocuidado, tecnologías, medidas de cuidados) y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo (Rivera, 2006).

Ya se mencionó que Orem enmarca al individuo como un “todo” integrado del cual hacen parte la naturaleza, su psicología o medio internos, sus relaciones sociales y estabilidad fisiológica; el individuo es visto como un *agente de autocuidado*, la persona que realiza la acción para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza, con la facultad de utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, reflexionar sobre su propio estado de salud, comunicar y guiar esfuerzos a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente (Velandia y Rivera, 2009).

Dentro de las proposiciones elaboradas en la teoría del déficit de autocuidado, se afirma que las personas que toman acción para proveer su propio autocuidado, o son agentes de cuidados, tienen capacidades especializadas para la acción; o sea, habilidades para internalizar, entender y asumir la importancia de adquirir, por ejemplo, patrones nuevos de conducta cuando se identifican desequilibrios en el estilo de vida que no conducen a un óptimo nivel de autocuidado y la habilidad de decidir qué hacer para lograr la satisfacción de los requisitos de autocuidado y el equilibrio interno (Fawcett, 2002).

Según Orem (2001), la salud comprende el “estado de una persona que se caracteriza por la integridad de las estructuras humanas y de su funcionamiento mental hacia niveles altos de integración”. Lo relaciona con el nivel de percepción de bienestar personal y que integra las experiencias de satisfacción, espirituales significativas, la realización personal y la continua búsqueda de la identidad (Winborn, s.f). Además, comprende la enfermería como un proceso que integra lo artístico en el sentido de que se necesita un proceso mental fino y detallado para la búsqueda del autocuidado y de las herramientas para desarrollarlo y mantenerlo. Es por eso que entiende a la enfermera/o como un agente, y a la vez como *agencia*.

Por otro lado, supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. Por lo anterior, es que antes de realizar estas intervenciones en quienes nos rodean, los agentes de autocuidado deben tener presente los componentes básicos de la agencia del autocuidado para intervenir en la población: máxima atención y vigilancia, con respecto a sí mismos como agentes de autocuidado, a las condiciones internas y externas y a factores significativos para el autocuidado, uso controlado de la energía física, para la iniciación y continuación de las operaciones de autocuidado, control de la posición del cuerpo y sus partes, razonamiento dentro de un marco de referencia de autocuidado, motivación o metas orientadas hacia el

autocuidado, toma de decisiones sobre autocuidado y la operacionalización de las decisiones, adquisición, conservación de técnicas de autocuidado, repertorio de habilidades (cognitivas, de percepción, de comunicación e interpersonales) para el autocuidado, orden discreto de las acciones de autocuidado e integración de las operaciones de autocuidado con otros aspectos de la vida (Velandia y Rivera, 2009).

Guirao (2003) plantea que cuidarse y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y la sociedad; es así como cuidar presenta un conjunto de actos de vida que tiene por objetivo que se desarrolle y mantenga el autocuidado. Cuidar es un acto individual que cada persona se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero a su vez es un acto de reciprocidad que tiende a darse a cualquier persona que, temporal o definitivamente, no está capacitada de asumir sus necesidades vitales y requiere ayuda. También considera que “el diagnóstico enfermero es el diagnóstico de la agencia de autocuidado”. Esto requiere examinar los hábitos de autocuidado, apreciar los beneficios del autocuidado, reconocer las necesidades de cambio y llegar a conocer los nuevos requisitos del autocuidado.

El autocuidado está inmerso en las actividades de la vida diaria y no constituye en sí una actividad de la misma. Igualmente, el autocuidado como valor inherente a cada ser humano y considerándolo un derecho, es una estrategia que responde a las metas y prioridades de enfermería, que toma la tendencia hacia el autoconocimiento y el empoderamiento del individuo y de la sociedad respecto a su propia salud, y a la vez reconoce la presencia de factores culturales, de índole educativa y socioeconómica, que condicionan la agencia de autocuidado e influyen en la capacidad de ser agentes del mismo.

Puede considerarse como un complemento de los servicios de salud ofrecidos por los profesionales donde se comparte la responsabilidad con el usuario y donde se conjugan la promoción y la prevención en salud y se enmarcan como los resultados de salud que deben ser logrados en situaciones de enfermería, estableciendo una relación integral entre individuo, nivel de salud y medio ambiente, lo cual se corrobora con la satisfacción de los requisitos de autocuidado.

Resulta importante para el profesional de enfermería la aplicación de esta teoría, ya que busca como meta el fortalecimiento de los mecanismos de autocuidado para lograr la integralidad y el bienestar óptimo del individuo, orientado hacia el desarrollo de un proceso de cuidados de enfermería focalizado desde una perspectiva dinámica y participativa.

El enfermero/a, antes que agente que asiste y ayuda en la búsqueda del autocuidado, debe ejercer primero autocuidado en sí mismo. El proceso de autocuidado incluye tener conciencia de las necesidades en salud, motivación para poner en práctica medidas de

autocuidado, valoración de la propia vida y confianza en que el cambio de conducta negativa reduce la vulnerabilidad de desarrollar enfermedad. Igualmente, las acciones del enfermero/a y de los profesionales en formación deben ser congruentes con las expectativas sociales (Manning-Walsh, Stara, Vliem, 2005).

Estudios determinan que los estudiantes de enfermería no practican buenos hábitos de vida y que esta conducta se ve influenciada muchas veces por el ingreso a la vida universitaria (Clement y col., 2002; citado en Manning-Walsh y col., 2005). Lo anterior resulta preocupante si se afirma que las prácticas y hábitos de los profesionales de salud son un determinante para la eficacia de sus intervenciones: los usuarios se ven más inclinados a adoptar nuevas conductas y estilos de vida beneficiosos cuando ven reflejadas esas conductas en los mismos profesionales, por lo tanto, se debe sensibilizar al profesional de enfermería, desde el inicio de su formación como estudiante, acerca de la importancia de cuidar de sí mismo para cuidar y promover conductas de autocuidado en la población (Callaghan, 1995; citado en Bouchard y col., 2002; Consolo, 2006).

Es por eso, que este trabajo de muestra datos que esclarezcan si aquellas personas que están capacitadas o están en proceso de aprender cómo brindar cuidado a quienes no están aptos para hacerlo por sí mismos, hacen uso real de su autonomía como individuos y de su responsabilidad como facilitadores del autocuidado y como futuros modelos de la población.

3. OBJETIVOS.

3.1 OBJETIVO GENERAL:

3.1.1 Establecer el nivel de autocuidado y factores relacionados de los estudiantes de segundo a cuarto año de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío Bío, sede Chillán.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

3.2.1. Describir las características de los alumnos de la carrera de Enfermería de segundo a cuarto año en relación a variables sociodemográficas tales como: edad, sexo, orientación religiosa, participación en grupos sociales, estado académico, civil, número de hijos, procedencia.

3.2.2. Establecer relación entre el nivel de autocuidado de los alumnos y su sexo.

3.2.3. Establecer relación entre nivel de autocuidado de los alumnos y su rendimiento académico.

3.2.4. Determinar la percepción de los estudiantes con respecto al concepto de autocuidado.

3.2.5. Establecer relación entre concepto de autocuidado entregado por el estudiante y su nivel de autocuidado.

3.2.6. Comparar nivel de autocuidado de los alumnos según el año que cursan de la carrera de Enfermería.

3.2.7. Identificar los principales déficit de autocuidado presentes en los alumnos de segundo a cuarto año según su capacidad de agencia de autocuidado.

4. MATERIAL Y MÉTODO.

4.1 ENFOQUE Y TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Para determinar el nivel de autocuidado de los estudiantes de 2do a 4to año de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío Bío sede Chillán durante el segundo semestre de 2010, se desarrolló un estudio cuantitativo, con diseño descriptivo de corte transversal.

Es un estudio cuantitativo ya que estudia un hecho social, donde los datos recolectados fueron medidos y cuantificados con el fin de entregar información objetiva a través de tablas comparativas. Descriptivo pues está dirigido a determinar “cómo es” y “cómo está” la situación de las diversas variables incluidas en la investigación, y transversal ya que las variables se estudiaron de manera simultánea durante el período comprendido entre septiembre y octubre de 2010. 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).

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población corresponde a los alumnos regulares de segundo a cuarto año de la carrera de Enfermería de la U.B.B, sede Chillán. Comprende un total de 146 participantes, 111 mujeres y 35 hombres, distribuidos en 43 alumnos de 2^{DO} año, 54 el de 3^{ER} año y 49 el de 4^{TO} año.

4.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Se consideró como criterio de exclusión:

- A aquellos alumnos que manifiesten a través del consentimiento informado no querer ser parte de la investigación.
- A aquellos alumnos que se encuentren inasistentes en el período en que se aplique el instrumento.

4.4 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

Previo a la entrega, explicación y aplicación del instrumento, se entregó a los posibles participantes una carta de consentimiento informado (Anexo 1), la cual fue leída por los alumnos y firmada, dejando clara su opción de participar o no de la investigación.

El nivel de autocuidado de los alumnos fue evaluado mediante la utilización de un instrumento compuesto por tres ítems (Anexo 2). El primer ítem para antecedentes personales del sujeto en estudio, constó de preguntas cerradas y de respuesta breve en relación a edad, sexo, con quien vive, orientación religiosa, participación en grupos sociales, estado académico, civil, número de hijos. El segundo ítem utilizó la misma metodología del ítem anterior buscando recolectar información respecto a diversos hábitos de los alumnos. Por último, el tercer ítem corresponde a la Escala de valoración de la capacidad de agencia de autocuidado de Esther Gallego, inicialmente desarrollada por Isenberg y Evers en 1993 y posteriormente, en 1998, traducida y validada en español por Gallego (1998; citado en Cely, Espinosa y Mateus, 2008). La escala se compone de 24 ítems con un formato de respuesta de 5 alternativas estilo Likert, donde el número uno (nunca) significa el valor más bajo de capacidad de agencia de autocuidado y cinco (siempre) el valor más alto, por lo que cada individuo puede obtener un puntaje que va desde 24 a 120 puntos. Los 24 ítems se agrupan en cinco categorías de la capacidad de agencia de autocuidado: las preguntas 12 y 22 hacen parte de la categoría de interacción social; las preguntas 2, 4, 5, 7, 8, 14, 15, 16, 17, 19, 21 y 23, corresponden a la categoría de bienestar personal donde se maneja la prevención de riesgos para la vida humana y el funcionamiento del cuerpo; las preguntas 3, 6, 11, 13 y 20 evalúan la categoría de actividad y reposo; la pregunta 9 hace referencia a la categoría de consumo suficiente de alimentos y por último las preguntas 1, 10, 18 y 24 corresponden a la categoría de promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales de acuerdo al potencial humano. La interpretación de rangos de la evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado se realizó de acuerdo a la puntuación otorgada según la escala de Likert, estableciendo como rangos de clasificación una: ALTA capacidad de agencia de autocuidado con un puntaje entre 97 y 120 puntos; una MEDIA capacidad de agencia de autocuidado entre 49 y 96 puntos y una BAJA capacidad de agencia de autocuidado entre 1 y 48 puntos.

4.5 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.

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

Para el análisis de los resultados, se realizó un conteo y posterior tabulación de las encuestas (tabulación manual) en sus 3 ítems por separado (ítem N° 1 de antecedentes personales y sociodemográficos, ítem N° 2 de hábitos y conductas e ítem N° 3 correspondiente

a la aplicación de la Escala de Valoración de la capacidad de Agencia de Autocuidado de Esther Gallegos) y una pregunta de respuesta abierta respecto al concepto personal de autocuidado, separando los datos según el curso encuestado (2^{DO}, 3^{ER} y 4^{TO} año de Enfermería de la U.B.B).

Una vez obtenidos los resultados numéricos se procedió a realizar la conversión a porcentajes de estos datos y a la creación de tablas a través del programa Excel, adjuntando al inicio o final de cada una un breve análisis.

Finalmente, se realizó el cruce de los resultados obtenidos en los ítems N° 1 y N° 2 con los resultados obtenidos tras la aplicación de la Escala de Valoración de la capacidad de Autocuidado, obteniendo tablas con sus respectivos análisis respecto a: relación entre nivel de autocuidado de los alumnos y su sexo; relación entre el nivel de autocuidado y su situación académica, comparación del nivel de autocuidado de los alumnos según el año que cursan de la carrera, relación entre el concepto de autocuidado entregado por el estudiante y su nivel de autocuidado, e identificación de los déficit de autocuidado según las categorías de capacidad de agencia de autocuidado expuestas en la escala de valoración de la agencia de autocuidado de Esther Gallego.

4.6 DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN NOMINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Edad	Número de años cumplidos desde nacimiento hasta momento de la encuesta.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué edad tiene usted?
Sexo	Es la condición orgánica que distingue al macho de la hembra.	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino. • Masculino.
Estado civil	Determina nivel o estado de compromiso adquirido con un tercero.	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero/a. • Comprometido/a. • Casado/a. • Unión de hecho. • Separado/a. • Viudo/a.
Hijos	Indica descendencia.	<ul style="list-style-type: none"> • NO. • SI (N°).
Procedencia	Lugar de origen dentro del país o el mundo.	<ul style="list-style-type: none"> • Región del Bío Bio. • Otra región (cuál)
Religión	Describe creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado en lo personal.	<ul style="list-style-type: none"> • Católico. • Evangélico. • Otro (especificar).
Participación social	Nivel de integración a grupos establecidos y aceptados por la sociedad en general.	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo o agrupación deportiva. • Grupo religioso. • Federación estudiantil, centro de alumnos o directiva de curso. • Grupo de teatro. • Voluntariado (especificar). • Otro (especificar).
Situación académica.	Estado académico según aprobación o reprobación de ramos de carrera.	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfactoria. • Condicional.
Hábito tabáquico	Variable que pretende determinar si el alumno presenta o no el hábito de fumar.	<ul style="list-style-type: none"> • SI (N° de cigarrillos al día). • NO.
Hábito de ingesta de alcohol	Variable que pretende determinar si el alumno presenta o no el hábito de consumir bebidas con alcohol.	<ul style="list-style-type: none"> • SI (cuánto es lo máximo que ha bebido en una noche de fiesta). • NO.

Realización de actividad física durante la semana.	Variable que pretende determinar si el alumno realiza o no actividad física.	<ul style="list-style-type: none"> • SI (cuántos días a la semana). • NO (por qué no).
Descanso nocturno	Cuantifica número de horas destinadas al sueño y descanso por la noche.	<ul style="list-style-type: none"> • Más de 8 horas • Entre 5 y 7 horas • Entre 3 y 4 horas • Menos de 2 horas
Valoración de capacidad de agencia de autocuidado.	Escala que determina las operaciones de autocuidado como variables de la agencia de autocuidado, por lo que devela las habilidades que posee el individuo para ejecutar operaciones de autocuidado	<p>Según escala Likert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entre 97 y 120 puntos: Alta capacidad de agencia de autocuidado. • Entre 49 y 96 puntos: Media capacidad de agencia de autocuidado. • Entre 1 y 48 puntos: Baja capacidad de agencia de autocuidado.

5. RESULTADOS.

5.1 ANTECEDENTES PERSONALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS ALUMNOS DE 2^{do} A 4^{TO} AÑO DE ENFERMERÍA U.B.B (Tabla 1).

Tabla 1: Resumen distribución de estudiantes según antecedentes personales y variables sociodemográficas

VARIABLE	OPCIONES	Nº	%
Edad	19 a 21 años	90	62%
	22 a 24 años	48	33%
	25 a 27 años	7	5%
	28 años	1	1%
Sexo	Masculino	35	24%
	Femenino	111	76%
Estado civil	Soltero/a	82	56%
	Comprometido/a (pololeo)	62	42%
	Casado/a	2	1%
Nº de hijos	Sin hijos	143	98%
	1 hijo	3	2%
Procedencia	Región del Bío Bio	104	71%
	Otra región del país	42	29%
Religión	Católica	99	68%
	Evangélica	29	20%
	Otro	13	9%
	Sin religión	5	3%
Participación social	Grupo religioso, equipo deportivo, voluntariado, centro de alumnos.	56	38%
	Ninguna	90	62%
Situación académica	Satisfactoria (sin haber reprobado algún ramo pre-requisito durante el 1 ^{er} semestre 2010 para ramo de Enfermería U.B.B	146	100%

Fuente: Autocuidado en los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío Bio: un análisis según el Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem, 2010.

En cuanto a la variable edad, es posible observar en la tabla 1 la existencia de un 62% del total de la población con edades entre 19 y 21 años, concentrándose la segunda mayoría en el rango que cubre desde los 22 a 24 años con un 33%.

Respecto al sexo de los encuestados, se aprecia el predominio de la población femenina que alcanzó el 76%, mientras que el 24% corresponde a población masculina.

Un 56% de la población se encuentra soltero/a, correspondiendo a un porcentaje no menor del 42% quienes se encuentran comprometidos en relaciones tales como noviazgo o pololeo.

En lo que respecta a la variable procedencia, un 29% se encuentra realizando sus estudios superiores fuera de su ciudad de origen, arrendando pieza, cabaña o pensión, mientras que un 71% son originarios de la región del Bío Bio.

La variable religión, que describe creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado, un 68% se considera católico, mientras que la segunda mayoría profesa la religión evangélica con un 20%, las opciones otros y ninguna abarcan en total un 12%.

En el sub-ítem de participación social, destaca el 62% de encuestados reporta no realizar alguna actividad recreativa, ya sea deportiva o grupal; mientras que tan solo un 38% si dedica parte de su tiempo semanal a esto.

El 100% de los participantes de la investigación se encuentran en un estado académico satisfactorio, lo que significa que durante el transcurso del primer semestre del año 2010 no reprobaron alguna asignatura pre-requisito para los ramos de Enfermería correspondientes al segundo semestre del año 2010.

5.2 HÁBITOS Y CONDUCTAS ALUMNOS DE 2^{DO} A 4^{TO} AÑO DE ENFERMERÍA U.B.B.

En cuanto a las variables que describen hábitos y conductas expuestas en la tabla 2, el hábito de fumar se presenta en un 79% de la población encuestada, porcentaje que contrasta con el 21% que no lo hace.

Tabla 2: Resumen hábitos y conductas de alumnos Enfermería U.B.B de 2^{do} a 4^{to} año de Enfermería.

VARIABLE	OPCIONES	Nº	%
Hábito tabáquico	Si	30	21%
	No	116	79%
Evita espacios con humo	Si	84	58%
	No	62	42%
Consumo de bebidas alcohólicas	Si	101	69%
	No	45	31%
Embriaguez (n=101)	Si	63	43%
	No	83	57%
Frecuencia de consumo de alcohol.	Diario	1	1%
	Todas las semanas	18	12%
	Menos de 4 veces al mes	127	87%
Consumo de drogas ilícitas	Si	17	12%
	No	129	88%
Realiza actividad física durante la semana	Si	60	41%
	No	86	59%
Cuántas horas duerme por la noche	Más de 8 hrs	14	10%
	Entre 5 y 7 hrs	113	77%
	Entre 3 y 4 hrs	17	12%
	Menos de 2 hrs	2	1%

Fuente: Autocuidado en los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío Bío: un análisis según el Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem, 2010.

El consumo de drogas ilícitas se encuentra presente en la población en un 12%, lo que corresponde haber consumido al menos 1 vez. En tanto que el 88% de la población refiere nunca haber consumido drogas.

La realización de actividad física al menos 3 veces por semana por un período igual o superior a 30 minutos es una constante presente tan sólo en el 41% de los estudiantes, mientras que un 59% refiere no realizar ningún tipo de actividad física.

En cuanto a la variable que avalúa la cantidad de horas de sueño, un porcentaje del 77% refiere dormir entre 5 y 7 horas cada noche, tan solo 14 personas, correspondientes al 10% refiere dormir 8 o más horas, un 12% duerme entre 3 y 4 horas y 2 personas que representan el 1% de la muestra duermen menos de 2 horas por noche.

5.3 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO DEL TOTAL DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS Y SU SEXO.

Si hacemos la relación entre el nivel de capacidad de agencia de autocuidado y el sexo, se desprende que del total de mujeres encuestadas, un 52% resultó poseer una alta capacidad de agencia de autocuidado, mientras que en el caso de los varones, no se alcanza el 50% de la cifra total, siendo sólo un 43% los varones que fueron evaluados con una alta capacidad de agencia de autocuidado, encontrándose la mayoría de éstos últimos evaluados con una media capacidad de agencia de autocuidado con un 57%. Para el caso de las mujeres, un 48% resultó evaluada con una media capacidad de agencia de autocuidado. Para ambos sexos, no hubo puntuaciones con baja capacidad de agencia de autocuidado (Tabla 3).

Tabla 3: Número de hombres y mujeres participantes de la investigación en relación a su nivel de agencia de autocuidado.

SEXO	N°	%	Nivel de capacidad de agencia de autocuidado					
			BAJA	%	MEDIA	%	ALTA	%
Femenino	111	76%	0	0%	53	48%	58	52%
Masculino	35	24%	0	0%	20	57%	15	43%

Fuente: Autocuidado en los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío Bío: un análisis según el Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem, 2010.

5.4 NIVEL DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO DE LOS ALUMNOS Y RELACIÓN CON SITUACIÓN ACADÉMICA.

Considerando que el total de los participantes de la investigación se encuentran con una situación académica satisfactoria o “S” y no condicional o “C” como indica la tabla 4, se destaca la disminución del porcentaje de alta capacidad de agencia de autocuidado a medida que se avanza en el curso.

Tabla 4: Distribución de estudiantes según agencia de autocuidado del total de la población encuestada.

CAPACIDAD AGENCIA DE AUTOCUIDADO	TOTAL UNIVERSO ENCUESTADO	%
BAJA	0	0%
MEDIA	73	50%
ALTA	73	50%
Total	146	100%

Fuente: Autocuidado en los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío Bío: un análisis según el Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem, 2010.

Tabla 5: Distribución de estudiantes por curso y nivel de capacidad de agencia de autocuidado.

CURSO	“S”	%	“C”	%	Nivel de capacidad de agencia de autocuidado					
					BAJA	%	MEDIA	%	ALTA	%
2 ^{DO} año	43	29%	0	0%	0	0%	17	40%	26	60%
3 ^{ER} año	54	37%	0	0%	0	0%	27	50%	27	50%
4 ^{TO} año	49	34%	0	0%	0	0%	29	60%	20	40%

Fuente: Autocuidado en los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío Bío: un análisis según el Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem, 2010.

En cuanto a la totalidad de la población encuestada, en la tabla 5 se aprecia el equilibrio entre niveles de capacidad de agencia de autocuidado, resumiéndose en que el 50% de la población total presenta una capacidad media y el otro 50% posee un nivel de agencia de autocuidado alta.

5.5 RELACIÓN ENTRE EL CONCEPTO DE AUTOCUIDADO ENTREGADO POR EL ESTUDIANTE Y SU NIVEL DE AUTOCUIDADO.

En cuanto a cómo definen autocuidado los estudiantes encuestados, se realizó un análisis semántico donde se agruparon las diferentes percepciones entregadas y que se agrupan en la tabla 6; apareciendo en color la respuesta entregada por cada curso que más se acerca a la definición de autocuidado entregada por Orem (2001): “la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar”.

Tabla 6: Distribución de resumen semántico de respuestas ¿Qué es para ti el autocuidado?

		Nº	%
2 ^{DO} AÑO	“Acciones y actitudes ejecutadas por uno mismo para mantener la salud”	10	24%
	“Capacidad de proteger mi bienestar”.	2	4%
	“Conciencia y responsabilidad por mi propia vida”.	6	14%
	“Cuidarse a si mismo”.	20	46%
	“Manera de satisfacer mis necesidades”.	5	12%
TOTAL		43	100%
3 ^{ER} AÑO	“Acciones y actitudes ejecutadas por uno mismo para mantener la salud”	20	38%
	“Capacidad de proteger mi bienestar”.	5	9%
	“Realizar ajustes beneficiosos para mi salud y calidad de vida”	2	3%
	“Cuidarse a si mismo”.	15	28%
	“Reconocer factores protectores y de riesgo en mis hábitos”	4	7%
	“Amor y respeto por mi vida”	5	9%
	“Equilibrio mental, físico y social obtenido de mis acciones protectoras”.	3	6%
TOTAL		54	100%
4 ^{TO} AÑO	“Capacidad de las personas sanas o enfermas para cuidar su salud y protegerla”	8	16%
	“Cuidarse a sí mismo”	7	14%
	“Utilizar recursos propios para mantener o buscar el bienestar”	6	12%
	“Acciones realizadas para el cuidado de la salud”	6	12%
	“Acción voluntaria y dirigida a uno mismo para elevar la calidad de vida”	16	33%
	“Interés de cuidarse a sí mismo”	4	8%
	“Responsabilidad con mi vida”	2	5%
TOTAL		49	100%

En 3^{ER} y 4^{TO} año se aprecia el mayor porcentaje de alumnos por curso que define el autocuidado de una manera cercana a la que describe Orem, con un 33% y 38% respectivamente. No así en 2^{DO} año, donde el 46% de los estudiantes define el autocuidado como “cuidarse a sí mismo”, definición que de alguna manera abarca lo básico del autocuidado, pero que se aleja de una definición más técnica y completa, lo que podría atribuirse al menor conocimiento y experiencia de los alumnos de 2^{DO} en el tema en sí.

Considerando que las definiciones destacadas en 2^{DO} y 3^{ER} año son idénticas, podemos establecer la relación de las 2 definiciones entregadas por los alumnos y su nivel de capacidad de agencia de autocuidado (Tabla 7):

Tabla 7: Relación capacidad de agencia de autocuidado y concepto de autocuidado en los alumnos de 2^{DO} a 4^{TO} año de Enfermería U.B.B.

	Nº	%	MEDIA	%	ALTA	%
“Acciones y actitudes ejecutadas por uno mismo para mantener la salud”	30	21%	15	10,5%	15	10,5%
“Acción voluntaria y dirigida a uno mismo para elevar la calidad de vida”	16	11%	7	5%	9	6%
TOTAL	36	32%	22	15,5%	24	16,5%

Fuente: Autocuidado en los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío Bío: un análisis según el Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem, 2010.

5.6 DÉFICIT Y FORTALEZAS DE AUTOCUIDADO SEGÚN CATEGORÍAS DE CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO.

Para realizar el análisis y determinar los principales déficit y fortalezas, se ha determinado considerar que las opciones “nunca” (N), “rara vez” (RV) y “a veces” (AV) determinarán áreas de déficit y se identificarán con color rojo, mientras que las opciones “a menudo” (AM) y “siempre” (S) determinarán fortalezas de autocuidado y se identificarán con color verde.

La tabla 8 reúne datos respecto a la categoría interacción social, donde se aprecia que para la pregunta N° 2 y 22 un 80% y un 51% de los encuestados contesta a menudo y siempre respectivamente, calificando como un área en la cual no hay déficit.

Tabla 8: Dsistribución de elección expresada en porcentaje para la categoría “interacción social” del total de la población.

Categoría: INTERACCIÓN SOCIAL										
Alternativas y elecciones del total de la muestra										
N°	N	%	RV	%	AV	%	AM	%	S	%
Pregunta:										
12.	0	0	17	12%	11	8%	43	29%	75	51%
%TOTAL	20%						80%			
22.	6	4%	32	22%	34	23%	33	23%	41	28%
%TOTAL	49%						51%			

12. ¿Tengo amigos a quienes recurrir cuando necesito ayuda? 22. ¿Busco ayuda si me encuentro con problemas de salud o de otro tipo? Fuente: Autocuidado en los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío Bio: un análisis según el Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem, 2010.

En la categoría de bienestar personal y prevención de riesgos (tabla 9), para la totalidad de las preguntas se alcanza sobre un 60% de respuestas a menudo y siempre, alcanzándose el porcentaje más elevado en la pregunta N° 4 con un 85%, por lo que en ésta área tampoco se evidencia un déficit mayor.

Tabla 9: Distribución de elección expresada en porcentaje para la categoría “bienestar personal y prevención de riesgos” del total de la población.

Categoría: BIENESTAR PERSONAL Y PREVENCIÓN DE RIESGOS										
Alternativas y elecciones del total de la muestra										
N° Pregunta *	N	%	R V	%	A V	%	A M	%	S	%
2.	0	0%	6	4%	32	22%	41	28%	67	46%
%TOTAL	26%						74%			
4.	0	0%	0	0%	21	14%	34	23%	91	62%
%TOTAL	14%						85%			
5.	2	1%	8	5%	47	32%	30	21%	59	40%
%TOTAL	38%						61%			
7.	1	1%	8	5%	26	18%	42	29%	64	44%
%TOTAL	24%						73%			
8.	0	0%	9	6%	27	18%	28	19%	82	56%
%TOTAL	24%						75%			
14.	11	8%	9	6%	19	13%	34	23%	73	50%
%TOTAL	27%						73%			
15.	3	2%	1	1%	23	16%	34	23%	85	58%
%TOTAL	19%						81%			
16.	6	4%	11	8%	19	13%	38	26%	72	49%
%TOTAL	25%						75%			
17.	14	10%	9	6%	17	12%	34	23%	72	49%
%TOTAL	28%						72%			
19.	6	4%	14	10%	28	19%	46	32%	52	36%
%TOTAL	33%						68%			
21.	7	5%	21	14%	25	17%	35	24%	58	40%
%TOTAL	36%						64%			
23.	5	3%	15	10%	23	16%	41	28%	62	42%
%TOTAL	29%						70%			

2. Verifico si mis acciones y actitudes me protegen y mantienen mi salud. 4. ¿Hago lo necesario para mantener limpio mi alrededor? 5. Si es necesario, ¿doy prioridad a las acciones que mantienen y protegen mi salud? 7. ¿Busco mejores formas de cuidar mi salud? 8. Con tal de mantenerme limpio, ¿realizo ajustes en cuanto a mi higiene personal? 14. Cuando obtengo información sobre mi salud, ¿pido explicación sobre lo que no entiendo? 15. ¿Reviso mi cuerpo para saber si hay algún cambio? 16. He sido capaz de cambiar hábitos no beneficiosos con tal de mejorar mi salud. 17. Si tengo que tomar un nuevo medicamento, ¿pido información sobre sus efectos? 19. ¿Evalúo que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud? 21. ¿Busco información sobre mi salud si esta se ve afectada? 23. ¿Dedico tiempo para mi mismo? Fuente: Autocuidado en los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío Bío: un análisis según el Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem, 2010.

En la categoría de actividad y reposo en donde encontramos déficit, ya que en 2 de las 5 preguntas se obtiene un porcentaje mayor en las respuestas nunca, rara vez y a veces. Como se muestra en la tabla 10, en la pregunta N° 3 se alcanza un 53% y en la pregunta N° 13 un 61% de individuos en déficit respectivamente.

Tabla 10: Distribución de elección expresada en porcentaje para la categoría “actividad y reposo” del total de la población.

Categoría: ACTIVIDAD Y REPOSO										
Alternativas y elecciones del total de la muestra										
N° Pregunta* :	N	%	R V	%	A V	%	A M	%	S	%
3.	15	10%	29	20%	34	23%	30	21%	38	26%
%TOTAL	53%						47%			
6.	7	5%	14	10%	19	13%	35	23%	71	49%
%TOTAL	28%						72%			
11.	11	8%	21	14%	23	16%	28	19%	63	43%
%TOTAL	38%						62%			
13.	15	10%	31	21%	43	29%	22	15%	35	24%
%TOTAL	61%						39%			
20.	4	3%	21	14%	40	27%	30	21%	51	35%
%TOTAL	44%						56%			

3. ¿Hago cambios o ajustes en mi rutina si tengo problemas para ir a clases porque me siento enfermo o cansado?
 6. ¿Tengo la energía para cuidarme como debo?
 11. ¿Hago ejercicio y descanso durante el día?
 13. ¿Puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado?
 20. En mis actividades diarias, ¿me tomo un tiempo para cuidarme?
 Fuente: Autocuidado en los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío Bío: un análisis según el Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem, 2010.

En la categoría que evalúa el consumo suficiente de alimentos, se aprecia un déficit de un 64% contra un 36% de individuos que contestan con a menudo y siempre, siendo esta la categoría con mayor evidencia de déficit en cuanto a comparación de porcentajes, como muestra la tabla 11.

Tabla 11: Distribución de elección expresada en porcentaje para la categoría “consumo suficiente de alimentos” del total de la población.

Categoría: CONSUMO SUFICIENTE DE ALIMENTOS										
Alternativas y elecciones del total de la muestra										
N° Pregunta:	N	%	R V	%	A V	%	A M	%	S	%
9.	13	9%	32	22%	48	33%	30	20%	23	16%
%TOTAL	64%						36%			

9. ¿Me alimento de acuerdo a mi situación de salud y mantengo un peso adecuado? Fuente: Autocuidado en los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío Bio: un análisis según el Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem, 2010.

La tabla 12 reúne los datos en cuanto a promoción del funcionamiento y desarrollo personal, donde se aprecia una categoría fortalecida más que en déficit, lo que se confirma con cifras de respuestas a menudo y siempre de un 73%, 63%, 87% y 59% para las preguntas N° 1, 10, 18 y 24 respectivamente.

Tabla 12: Distribución de elección expresada en porcentaje para la categoría “promoción del funcionamiento y desarrollo personal” del total de la población.

Categoría: PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO PERSONAL										
Alternativas y elecciones del total de la muestra										
N° Pregunta* :	N	%	R V	%	A V	%	A M	%	S	%
1.	0	0%	2	1%	38	26%	58	40%	48	33%
%TOTAL	27%						73%			
10.	0	0%	28	19%	26	18%	50	34%	42	29%
%TOTAL	37%						63%			
18.	0	0%	0	0%	19	13%	42	29%	85	58%
%TOTAL	13%						87%			
24.	7	5%	6	4%	47	32%	25	17%	61	42%
%TOTAL	41%						59%			

1. ¿Hago ajustes en mis hábitos de vida para mantenerme saludable? 10. ¿Tengo la capacidad de manejar las situaciones para no perder el control y mantenerme en equilibrio? 18. ¿Tomo medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros? 24. Aun con problemas de salud soy capaz de cuidarme. Fuente: Autocuidado en los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío Bio: un análisis según el Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem, 2010.

6. DISCUSIÓN.

Estudios determinan que los estudiantes de enfermería no practican buenos hábitos de vida y que ésta conducta se ve influenciada por el ingreso a la vida universitaria (Clement y col., 2002; citado en Manning-Walsh y col., 2005). Pero ligado al ingreso a la vida universitaria existen factores sociodemográficos, conductas y hábitos presentes antes del cambio de escenario antes descrito que influyen también en el nivel de autocuidado de los estudiantes.

Con respecto al sexo de los sujetos de investigación, el femenino es el que se encuentra en mayor proporción, alcanzando el 76% y el masculino el 24% del total. Así mismo, el predominio dentro de cada curso sigue siendo femenino con porcentajes que alcanzan los 70%, 80% y 78% para 2^{DO}, 3^{ERO} y 4^{TO} año respectivamente (Anexo 3: tabla 13, 14 y 15). Considerando el aumento paulatino del ingreso de varones a la carrera de Enfermería a nivel nacional (Osses y col., 2010), se debe considerar también al sexo como un factor influyente al momento de evaluar autocuidado, pues se evidencia una mayor presencia de conductas y factores de riesgo en varones (Better y col., s.f), por lo que si la población fuese mayoritariamente masculina, la capacidad de agencia de autocuidado podría verse inclinada hacia un déficit si la tendencia descrita en estudios anteriores se mantuviese. El nivel de capacidad de agencia de autocuidado en los varones encuestados confirma en parte lo antes mencionado, pues del total de encuestado varones (35 personas), un 57% es evaluado con un nivel de capacidad de agencia de autocuidado media, mientras que el 43% restante presenta una alta capacidad de agencia de autocuidado; cifras que contrastan con las obtenidas por las mujeres, donde el 52% de las encuestadas es evaluada con una alta capacidad de agencia de autocuidado.

En cuanto a la procedencia de los alumnos, un 71% de los alumnos es procedente de la región del Bío Bio. Pero, nuevamente es posible observar diferencias entre los cursos y que no siguen la tendencia del total de la población, como es el caso de los alumnos de 2^{DO} año que presentan un porcentaje de 58% de alumnos procedentes de otras regiones del país contra un 42% que corresponde a procedentes de la región del Bío Bio.

En cuanto a la orientación religiosa la tendencia se dirige hacia la católica con un 68% del total, seguida por la evangélica con un 20% y un 12% que corresponde a personas que refieren profesar una religión diferente a las mencionadas o simplemente ninguna. Los mayores porcentajes al desglosar la variable por curso se mantienen elevados hacia la religión católica sobre un 51% para 2^{DO}, un 69% para 3^{ERO} y un 82% para 4^{TO} año. La religión plantea preceptos y líneas de actuar a sus creyentes; independiente de cual sea la religión, es un factor

que interesadamente influye en los niveles de autocuidado, pues demarca conductas y hábitos que pudiesen resultar favorables para mantener un nivel de vida óptimo. Resulta factible unir a éste último dato la participación social de los encuestados y asociarlo también como un factor que favorece el autocuidado. La identificación con alguna religión puede dar pie a la participación en algún grupo ligado a ésta, siendo un factor que afecta de manera positiva en lo que a participación social, actividad y reposo respecta. Un 38% del total de encuestados refiere participar de algún grupo religioso u otro grupo, mientras que el 62% refiere no hacerlo. Dentro de cada curso la tendencia antes descrita se mantiene, pues los mayores porcentajes se inclinan hacia la no participación dentro de algún grupo: 60%, 61% y 63% para 2^{DO}, 3^{ERO} y 4^{TO} año respectivamente (Anexo 3: tabla 13, 14 y 15).

El hábito de fumar se encuentra presente en un 21%, cifra menor a la de quienes no fuman. Aunque datos obtenidos anteriormente no concuerdan con los datos obtenidos en la pregunta que hace referencia a evitar espacios con humo, donde no se obtiene el mismo porcentaje de quienes no fuman, sino un índice menor, que alcanza sólo al 58% y no cubre al 79% de personas que no fuman, mientras que un 42% no evita espacios contaminados con humo de cigarrillo, transformándose en fumadores pasivos, considerados como fumadores porque aunque no consumen tabaco directamente sí aspiran sustancias tóxicas y cancerígenas procedentes del humo de su combustión afectando casi de igual manera su salud.

En tanto al consumo de alcohol se aprecia un incremento del porcentaje que sí refiere consumir alcohol respecto al total dentro de cada curso, siendo de un 60% de alumnos de 2^{DO} año que sí consumen alcohol, un 70% de alumnos de 3^{ERO} y un 76% de alumnos de 4^{TO} año. La misma tendencia se observa con el porcentaje de población que refiere haberse embriagado al menos 1 vez, siendo mayor en 3^{ER} y 4^{TO} año con un 46% y 51% respectivamente mientras que en 2^{DO} año ese porcentaje no supera el 30%.

Los resultados respecto a la realización de actividad física durante la semana precede el resultado de los principales déficit de autocuidado, al igual que la cantidad de horas dormidas en la noche. Los cursos donde se presentan los porcentajes más elevados de encuestados que refieren no realizar algún tipo de actividad física son 2^{DO} año con un 70% y 4^{TO} año con un 76% (Anexo 4: tabla 16, 17 y 18) , lo que apoya el hallazgo de déficit de autocuidado al analizar la categoría de “actividad y reposo” evaluada por la escala de valoración de Esther Gallego, que arroja un 53% de déficit para la pregunta que hace referencia a la realización de ajustes en la rutina diaria ante algún problema de salud, y un 61% de déficit para la pregunta que alude a la capacidad de dormir suficiente para sentirse descansado (Tabla 10), esto último apoyado además en el 77% de los encuestados que refiere dormir entre 5 y 7 horas por noche, y no las recomendadas 8 horas para obtener un descanso reparador. En cuanto a la categoría de “consumo suficiente de alimentos”, el déficit se traduce en un 64% de encuestados que refieren nunca, rara vez o sólo a veces mantener un peso adecuado y alimentarse de acuerdo a su situación de salud (Tabla 11); lo que además tiene estrecha relación con el alto porcentaje expuesto anteriormente de alumnos que no realizan actividad física (factor que influirá en el

mantenimiento de un peso adecuado). Se podría considerar además un factor importante que podría influir en estas 2 áreas de déficit: la motivación por un lado, y el tiempo disponible para autocuidado. Es importante destacar también que en las categorías de “interacción social”, “bienestar personal” y “promoción del funcionamiento y desarrollo personal” no se presentan déficit, si no que son consideradas áreas fortalecidas y que se deben reforzar aún más para mantener la conducta y crear mayor distancia entre los porcentajes de déficit (Tabla 8, 9 y 12).

Es posible también establecer relación entre el nivel de capacidad de agencia de autocuidado y el rendimiento de los estudiantes, traducido éste último en su situación académica. Del 100% de los participantes de la investigación que poseen una situación académica satisfactoria, un 50% presenta una capacidad media de agencia de autocuidado y el otro 50% posee un nivel de agencia de autocuidado alta (Tabla 4 y 5). Si analizamos los niveles de capacidad de agencia en cada curso, destaca la disminución del porcentaje de alta capacidad de agencia de autocuidado a medida que se avanza en el curso, evidenciándose un porcentaje de alta capacidad de agencia de 60% en 2^{DO} año, un 50% en 3^{ER} año y luego un 40% en 4^{TO} año, mientras que los porcentajes de media capacidad de agencia de autocuidado aumentan, mostrándose un 40%, 50% y 60% para 2^{DO}, 3^{ER} y 4^{TO} año respectivamente. Datos que podrían ir en contra de lo esperado considerando que medida que se avanza en la carrera la adquisición de nuevos conocimientos y responsabilidades otorga un nivel de razonamiento y herramientas para el autocuidado mayores, por lo que la tendencia debería ser un aumento de la capacidad de agencia de autocuidado a medida que se avanza en la carrera.

Un 32% de la población encuestada define autocuidado de una manera cercana a lo que presenta Orem en sus escritos. En cuanto a la capacidad de agencia de autocuidado, del 32%, un 16,5% es evaluado con una alta capacidad de agencia, mientras que un 15,5% es evaluado con una media capacidad de agencia de autocuidado, no destacando una mayoría marcada entre un nivel y otro.

7. CONCLUSIONES.

La educación en los alumnos de enfermería debe ser un proceso permanente. Estudios como el que se ha presentado ofrecen la oportunidad para identificar y cambiar hábitos que signifiquen mejorar la calidad del conocimiento y del autocuidado de los estudiantes de Enfermería, a corto o mediano plazo.

Las escuelas de Enfermería deben tener conciencia del tiempo que los estudiantes dedican a las labores académicas como parte de su plan de estudios, pero también deben considerar las horas que dentro de la semana un alumno debería disponer para realizar actividades que suponen desarrollo de intereses particulares, tales como realizar actividad física, dormir las horas recomendadas, alimentarse de manera adecuada, etc., que en éste estudio fueron consideradas en déficit y que permiten decir que al menos en las áreas básicas de autocuidado representadas por las categorías antes expuestas, los estudiantes de enfermería no son ejemplo para la población. En este sentido, parece apropiado integrar dentro de las mallas curriculares programas, con la misma importancia que se le otorga a asignaturas científicas y de la misma carrera, que incentiven y aseguren proporcionar a los estudiantes el tiempo suficiente para desarrollar adecuados hábitos de salud, considerando que la modificación de hábitos y adquisición de costumbres saludables que favorezcan el autocuidado, serán armas que los propios estudiantes, interesados en estudiar una carrera con enfoque comunitario y biopsicosocial como lo es enfermería podrán utilizar.

Los cambios epidemiológicos que han afectado nuestro país en las últimas décadas han determinado los cambios en las políticas ministeriales que se han centrado cada vez y con mayor fuerza en la prevención y promoción de la salud, siendo las carreras de salud las principales promotoras de éste cambio, tanto con sus profesionales en los diversos niveles de atención como con sus estudiantes, quienes en sus propias mallas de estudio ven integrado pasos por centros de atención primaria y centros de salud familiar por nombrar algunos, donde se inicia la tarea de promoción y prevención necesaria para velar por mantener la salud de la población en óptimo estado.

8. BIBLIOGRAFÍA.

1. Better, M., Bolívar, T., González, J., Navarro, X., Silvera, H., Villegas, L. (s.f). Factores de riesgo para la salud en estudiantes universitarios del caribe colombiano. Extraído el 30 de Octubre de 2010 desde <http://www.unisimonbolivar.edu.co/revistas/aplicaciones/doc/152.pdf>
2. Bouchard, L., Clément, M., Jankowski, L., Lepage, Y., Perreault, M. (2002). Heath Behaviors of Nursing Students: a Longitudinal Study. 41 (6), 227-259.
3. Cely, M., Espinosa, X., Mateus, J. (2008). Capacidad de agencia de autocuidado de las personas portadoras de VIH/SIDA en una fundación de Bogotá, en el período comprendido entre agosto a Noviembre de 2007. pp. 33-36, 72. Extraído el 14 de Junio de 2010 desde <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis12.pdf>
4. Consolo, K., Fusner, S., Staib, S. (2006). How Healthy are your Nursing Students?, Teaching and Learning in nursing. Segunda edición. U.S.A: Elsevier Mosby. pp.55-60.
5. De Alvarado, E., Pineda, E. (2008). Metodología de la Investigación. Tercera edición. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud. pp. 79-87.
6. Fawcett, J. (2002). Overview of nurse theorist: Dorothea Orem's Self- Care framework. Extraído el 05 de Mayo de 2010 desde <http://www4.desales.edu/~sey0/orem.html>
7. Guirao, A. (2003). La agencia de autocuidado: una perspectiva desde la complejidad, 2-5. Extraído el 30 de abril de 2010 desde <http://webs.ono.com/adolf/agencia.pdf>
8. Manning-Walsh, J., Stark, A., Vliem, S. (2005). Caring for Self While Learning to Care for Others: A Challenge for Nursing Students. 44 (6), 1.
9. Marriner, A., Tomey, M. (2007). Modelos y teorías en enfermería. Sexta edición. Madrid: Elsevier Mosby. pp. 267-286.
10. Orem, D. (1993). Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson Salvat. pp. 77.

11. Orem, D. (2001). Nursing: concept of practice. Sexta edición. New York: Elsevier Mosby. pp. 225-230
12. Orem-Society. (2003, Abril). Self-Care dependent-care nursing: the oficial journal of the international Orem Society. Extraído el 08 de Mayo de 2010 desde <http://www.orem-society.com/index.php/journal-archive>.
13. Osses, C., Sanhueza, O., Valenzuela, S. (2010). Hombres en la Enfermería Profesional. Extraído el 18 de Octubre de 2010 desde <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/reflexion1.pdf>
14. Papalia, D. (1990). Desarrollo humano. México: McGraw-Hill. pp. 415-418, 427.
15. Renpenning, K., Taylor, S. (2003). Self-Care theory in nursing: selected papers of Dorothea Orem. New York: Springer Publishing Company. pp. 223-224.
16. Riehl-Sisca, J. (1989). Conceptual models for nursing practice. Tercera edición. New York: Appleton & Lange (Prentice Hall). pp. 364-366.
17. Rivera, L. (2006). Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. Extraído el 17 de abril de 2010 desde http://enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxiv2_11.pdf
18. UBIOBIO-Admisión (s.f). Enfermería. Extraído el 14 de Junio de 2010 desde <http://www.ubiobio.cl/web/admision/>
19. UBIOBIO-Carreras (s.f). Carreras de Pregrado. Extraído el 14 de Junio de 2010 desde http://www.ubiobio.cl/web/admision/carreras_cuadro.php
20. UBIOBIO-Modelo (s.f). Modelo Educativo. Extraído el 14 de Junio de 2010 desde http://www.ubiobio.cl/web/modelo_educativo.php
21. Velandia, A., Rivera, L. (2009). Confiabilidad de la escala “apreciación de la agencia de cuidado”. Extraído el 08 de Mayo de 2010 desde <http://www.nursingknowledge.org/Portal/CMSLite/GetFile.aspx?ContentID=95842>
22. Winborn, K. (s.f). Orem’s self-care framework. Extraído el 30 de abril de 2010 desde <http://prism.troy.edu/~kwinborn/6635%20portfolio/Orem.pdf>

ANEXO 1: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

INVESTIGACIÓN: “Autocuidado en los estudiantes de la carrera de Enfermería: un análisis según el Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem”.

1. Se me ha solicitado participar voluntariamente en el estudio que realiza la Srta. Daniela Rebolledo Oyarzo, estudiante de décimo semestre de la carrera de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, cuyo objetivo se orienta a establecer el nivel de autocuidado de los alumnos de 2° a 4° año de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío Bio (sede Chillán).
2. Mi participación consiste en responder un instrumento de 3 partes: en la primera debo entregar datos personales, en la segunda parte debo responder acerca de mis hábitos y en la tercera parte debo contestar una escala para medir mi nivel de autocuidado.
3. Se me ha permitido realizar preguntas sobre la razón del estudio, no responder alguna pregunta o simplemente no participar de la investigación.
4. Se me asegura plenamente que no seré identificado y que se mantendrá el carácter de 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 tésista 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 apellidos)_____

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: dany.rebo@gmail.com Teléfono de contacto: 84417235

Chillán, 2010

ANEXO 2: INSTRUMENTO EVALUACIÓN NIVEL DE AUTOCUIDADO.

ITEM 1: Antecedentes personales (marque con una X la opción que lo identifique y conteste en el espacio asignado en caso de preguntas breves).

1.1 Edad:

- ¿Qué edad tiene usted? _____

1.2 Sexo:

- Masculino _____
- Femenino _____

1.3 Estado civil:

- Soltero/a _____
- Comprometido/a _____ (pololeo, noviazgo)
- Casado/a _____
- Unión de hecho _____
- Separado/a _____
- Viudo/a _____

1.4 Hijos:

- NO _____
- SI _____ : N° de hijos _____

1.5 Procedencia:

- Región del Bío Bio _____ Especifique comuna _____
- Otra región _____ Especifique cual _____

1.6 Vivienda:

1.6.1 Vive en:

- Casa de los padres _____
- Casa de algún familiar _____
- Cabaña o pensión _____
- Otro (especifique) _____

1.7 Religión:

- Católico _____
- Evangélico _____
- Otro _____

Especifique a que religión o grupo pertenece

1.8 Participación social (indique con una cruz si pertenece o participa de algún o varios grupo):

- Equipo o agrupación deportiva _____
 - Grupo religioso _____
 - Federación estudiantil, centro de alumnos o directiva de curso _____
 - Grupo de teatro _____
 - Voluntariado (especifique)
-

- Otro (especifique)
-

1.9 Situación académica:

- Satisfactoria _____
- Condicional _____

ITEM 2: Hábitos y conductas (marque con una X la opción que lo identifique y conteste en el espacio asignado en caso de preguntas breves).

2.1 ¿Fuma actualmente?

- SI ____ N° de cigarrillos al día ____
- NO ____

2.2 Independiente de su respuesta anterior: ¿evita espacios con humo de cigarrillo?:

- SI ____
- NO ____

2.3 ¿Consume bebidas alcohólicas?

- SI ____
- NO ____ (Si su respuesta en NO, continúe con la pregunta 2.8)

2.4 ¿Se ha embriagado alguna vez?

- SI ____
- NO ____

2.5 Su consumo de bebidas con alcohol es:

- Diario ____

Especifique cuánto consume diariamente (vasos)

- Todas las semanas ____

Especifique cuántos días a la semana consume bebidas con alcohol y en que cantidad

(vasos) _____

- Menos de 4 veces al mes ____

Especifique cuántos días al mes consume bebidas con alcohol y en que cantidad

(vasos) _____

2.6 ¿Qué tipo de bebida alcohólica consume con mayor frecuencia?

2.7 ¿Consume regularmente o ha consumido alguna vez drogas ilícitas?

- SI _____

Especifique frecuencia de consumo y el tipo de droga que consume o consumió

- NO _____

2.8 ¿Realiza actividad física durante la semana?

- SI _____

Nº de días a la semana que realiza actividad física por más de 15-30 minutos _____

- NO _____

¿Por qué no?

2.9 ¿Cuántas horas duerme por la noche habitualmente?

- Más de 8 horas _____
- Entre 5 y 7 horas _____
- Entre 3 y 4 horas _____
- Menos de 2 horas _____

ITEM 3: Aplicación Escala de valoración de la capacidad de agencia de autocuidado de Esther Gallego (marque con una X la opción que lo identifique).

	NUNCA	RARA VEZ	A VECES	A MENUDO	SIEMPRE
1.¿Hago ajustes en mis hábitos de vida para mantenerme saludable?					
2. Verifico si mis acciones y actitudes me protegen y mantienen mi salud.					
3. ¿Hago cambios o ajustes de mi rutina si tengo problemas para ir a clases porque me siento enfermo o cansado?					
4. ¿Hago lo necesario para mantener limpio mi alrededor?					
5. Si es necesario, ¿doy prioridad a las acciones que mantienen y protegen mi salud?					
6. ¿Tengo la energía para cuidarme como debo?					
7. ¿Busco mejores formas de cuidar mi salud?					
8. Con tal de mantenerme limpio, ¿realizo ajustes en cuanto a mi higiene personal?					
9. ¿Me alimento de acuerdo a mi situación de salud y mantengo un peso adecuado?					
10. ¿Tengo la capacidad de manejar las situaciones para no perder el control y mantenerme en equilibrio?					
11. ¿Hago ejercicio y descanso durante el día?					
12. ¿Tengo amigos a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda?					
13. ¿Puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado?					
14. Cuando obtengo información sobre mi salud, ¿pido explicación sobre lo que no entiendo?					
15. ¿Reviso mi cuerpo para saber si hay algún cambio?					
16. He sido capaz de cambiar hábitos no beneficiosos con tal de mejorar mi salud.					

17. Si tengo que tomar un nuevo medicamento ¿pido información sobre sus efectos?					
18. ¿Tomo medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros?					
19. ¿Evalúo qué tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud?					
20. En mis actividades diarias, ¿me tomo un tiempo para cuidarme?					
21. ¿Busco información sobre mi salud si esta se ve afectada?					
22. ¿Busco ayuda si me encuentro con problemas de salud o de otro tipo?					
23. ¿Dedico tiempo para mi mismo?					
24. Aun con problemas de salud soy capaz de cuidarme.					

¿Qué es para ti el “autocuidado”?

¡Muchas gracias por tu tiempo!

ANEXO 3: ANTECEDENTES PERSONALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA SEGÚN AÑO DE CARRERA.

Tabla 13: Resumen de antecedentes personales y sociodemográficos alumnos Enfermería U.B.B de 2^{DO} año.

ESTUDIANTES DE 2^{DO} AÑO ENFERMERÍA U.B.B			
Nº DE ENCUESTADOS: 43 alumnos			
VARIABLE	OPCIONES	TOTALES	PORCENTAJES
Edad	19 a 21 años	39	91%
	22 a 24 años	4	9%
Sexo	Masculino	13	30%
	Femenino	30	70%
Estado civil	Soltero/a	22	51 %
	Comprometido/a (pololeo)	21	49%
Nº de hijos	Sin hijos	43	100%
Procedencia	Región del Bío Bio	18	42%
	Otra región del país	25	58%
Religión	Católica	22	51%
	Evangélica	13	30%
	Otro	8	19%
Participación social	Grupo religioso, equipo deportivo, voluntariado.	17	40%
	Ninguna	26	60%
Ramo profesional en curso (según malla para 4to semestre)	“Enfermería médico-quirúrgica I”; “Salud Mental”.	43	100%
Situación académica	Satisfactoria (sin haber reprobado algún ramo pre-requisito durante el 3er semestre para “Enfermería médico-quirúrgica I” y “Salud Mental”.	43	100%

Tabla 14: Resumen de antecedentes personales y sociodemográficos alumnos Enfermería U.B.B de 3^{ER} año.

ESTUDIANTES DE 3^{ER} AÑO ENFERMERÍA U.B.B			
Nº DE ENCUESTADOS: 54 alumnos			
VARIABLE	OPCIONES	TOTALES	PORCENTAJES
Edad	19 a 21 años	35	65%
	22 a 24 años	17	31%
	25 a 27 años	2	4%
Sexo	Masculino	11	20%
	Femenino	43	80%
Estado civil	Soltero/a	32	59%
	Comprometido/a (pololeo)	21	39%
	Casado/a	1	2%
Nº de hijos	Sin hijos	53	98%
	1 hijo	1	2%
Procedencia	Región del Bío Bio	45	83%
	Otra región del país	9	17%
Religión	Católica	37	69%
	Evangélica	11	20%
	Otro	4	7%
	Sin religión	2	4%
Participación social	Grupo religioso, equipo deportivo, voluntariado, centro de alumnos.	21	39%
	Ninguna	33	61%
Ramo profesional en curso (según malla para 6 ^{to} semestre)	“Atención primaria infantil; Psiquiatría”.	54	100%
Situación académica	Satisfactoria (sin haber reprobado algún ramo pre-requisito durante el 5to semestre para “Atención primaria infantil; Psiquiatría”.	54	100%

Tabla 15: Resumen de antecedentes personales y sociodemográficos alumnos Enfermería U.B.B de 4^{TO} año.

ESTUDIANTES DE 4^{TO} AÑO ENFERMERÍA U.B.B			
Nº DE ENCUESTADOS: 49 alumnos			
VARIABLE	OPCIONES	TOTALES	PORCENTAJES
Edad	19 a 21 años	16	33%
	22 a 24 años	27	55%
	25 a 27 años	5	10%
	28 años	1	2%
Sexo	Masculino	11	22%
	Femenino	38	78%
Estado civil	Soltero/a	28	57%
	Comprometido/a (pololeo)	20	41%
	Casado/a	1	2%
Nº de hijos	Sin hijos	47	96%
	1 hijo	2	4%
Procedencia	Región del Bío Bio	41	84%
	Otra región del país	8	16%
Religión	Católica	40	82%
	Evangélica	5	10%
	Otro	1	2%
	Sin religión	3	6%
Participación social	Grupo religioso, equipo deportivo, voluntariado, centro de alumnos.	18	37%
	Ninguna	31	63%
Ramo profesional en curso (según malla para 8 ^{vo} semestre)	“Enfermería Comunitaria”, “Enfermería Pediátrica II”, “Metodología de la Investigación”.	49	100%
Situación académica	Satisfactoria (sin haber reprobado algún ramo pre-requisito durante el 7mo semestre para “Enfermería Comunitaria”, “Enfermería Pediátrica II”, “Metodología de la Investigación”).	49	100%

ANEXO 4: HÁBITOS Y CONDUCTAS DE LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA SEGÚN AÑO DE CARRERA.

Tabla 16: Resumen hábitos y conductas de alumnos Enfermería U.B.B de 2^{do} año.

ESTUDIANTES DE 2^{DO} AÑO ENFERMERÍA U.B.B
Nº DE ENCUESTADOS: 43 alumnos

VARIABLE	OPCIONES	Nº	%
¿Fuma?	Si	6	14%
	No	37	86%
¿Evita espacios con humo?	Si	28	65%
	No	15	35%
¿Consume bebidas alcoholicas?	Si	26	60%
	No	17	40%
¿Se ha embriagado?	Si	13	30%
	No	30	70%
Frecuencia de consumo de alcohol.	Diario	0	0%
	Todas las semanas	6	14%
	Menos de 4 veces al mes	37	86%
¿Consume o ha consumido drogas ilícitas?	Si	5	12%
	No	38	88%
¿Realiza actividad física durante la semana?	Si	13	30%
	No	30	70%
¿Cuántas horas duerme por la noche?	Más de 8 hrs	6	14%
	Entre 5 y 7 hrs	29	67%
	Entre 3 y 4 hrs	7	16%
	Menos de 2 hrs	1	3%

Tabla 17: Resumen hábitos y conductas de alumnos Enfermería U.B.B de 3^{er} año.

ESTUDIANTES DE 3^{ER} AÑO ENFERMERÍA U.B.B
Nº DE ENCUESTADOS: 54 alumnos

VARIABLE	OPCIONES	Nº	%
¿Fuma?	Si	12	22%
	No	42	78%
¿Evita espacios con humo?	Si	33	61%
	No	21	39%
¿Consume bebidas alcoholicas?	Si	38	70%
	No	16	30%
¿Se ha embriagado?	Si	25	46%
	No	29	54%
Frecuencia de consumo de alcohol.	Diario	0	0%
	Todas las semanas	5	9%
	Menos de 4 veces al mes	49	91%
¿Consume o ha consumido drogas ilícitas?	Si	3	6%
	No	51	94%
¿Realiza actividad física durante la semana?	Si	35	65%
	No	19	35%
¿Cuántas horas duerme por la noche?	Más de 8 hrs	5	9%
	Entre 5 y 7 hrs	42	78%
	Entre 3 y 4 hrs	7	13%
	Menos de 2 hrs	0	0%

Tabla 18: Resumen hábitos y conductas de alumnos Enfermería U.B.B de 4^{TO} año.

ESTUDIANTES DE 4^{TO} AÑO ENFERMERÍA U.B.B
Nº DE ENCUESTADOS: 49 alumnos

VARIABLE	OPCIONES	Nº	%
¿Fuma?	Si	12	24%
	No	37	76%
¿Evita espacios con humo?	Si	23	47%
	No	26	53%
¿Consume bebidas alcoholicas?	Si	37	76%
	No	12	24%
¿Se ha embriagado?	Si	25	51%
	No	24	49%
Frecuencia de consumo de alcohol.	Diario	1	2%
	Todas las semanas	7	14%
	Menos de 4 veces al mes	41	84%
¿Consume o ha consumido drogas ilícitas?	Si	9	18%
	No	40	82%
¿Realiza actividad física durante la semana?	Si	12	24%
	No	37	76%
¿Cuántas horas duerme por la noche?	Más de 8 hrs	3	6%
	Entre 5 y 7 hrs	42	86%
	Entre 3 y 4 hrs	3	6%
	Menos de 2 hrs	1	2%