



SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
ESCUELA DE ENFERMERIA
Con estudios Incorporados a la UNAM



**AUTOCUIDADO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA LOGRAR UN
ENVEJECIMIENTO EXITOSO**

TESIS

Para obtener el título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia

PRESENTA:

MARTINEZ CASASOLA MARIA SOLEDAD

ASESORA DE TESIS:

MC. JUANA LAURA DIAZ HOFFAY

México. D.F.

Julio 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

HOJA DE AUTORIZACION

LEO.BLANCA ESTELA CERVANTES GUZMAN
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA
DE LA SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

MC.JUANA LAURA DÍAZ HOFFAY
ASESORA DE TESIS

LEO.GUADALUPE ESCOBEDO ACOSTA
COORDINADORA DEL SERVICIO SOCIAL

RECONOCIMIENTO

Por su valiosa asesoría, apoyo e interés en este trabajo a:

MC. Juana Laura Díaz Hoffay.

A todas y todos los profesores, que con su ejemplo, dedicación y constancia no solo me enseñaron lo teórico-práctico, si no la verdadera importancia de la docencia por ser un excelente ser humano.

DEDICATORIA

A mi familia, madre, hermana, hermanos, mis sobrinas, y cuñados en donde nacen las ganas de luchar y mejorar cada día.

Leticia Estrada Silva, que ha estado en todo este tiempo de formación personal, profesional, por su entrega y gran compartir... amiga mía...

Francisco, mi amado padre por tu acompañamiento tan profundo en este caminar, tu entrega, paciencia, perseverancia, amor y la luz que me has dado en la vida.

Al amor de mi vida, donde quiera que se encuentre, por su credibilidad, confianza, y fe en mí, Fernando...

A todas y todos los amigos que han formado parte de esta historia, Dios les bendiga siempre...

Para los que tienen hambre y sed de justicia, libertad y paz...

A los que quieren ser sanados y consolados...

A mis ángeles guardianes...

Y

Especialmente al amor de mi alma...

Índice

Resumen	7
Introducción	9
Marco Teórico	11
CAPÍTULO I	
Envejecimiento en México	11
1.1.- Datos Epidemiológicos	13
1.2.- Proceso de Envejecimiento	17
1.3.- Envejecimiento Exitoso	20
1.4.- Envejecimiento no Exitoso	25
CAPÍTULO II	
Teoría de Dorotea Orem	33
2.1.- Teorías y Modelos	33
2.2.- Antecedentes	37
2.3.- Teoría del Autocuidado	41
2.4.- Teoría del Deficít del Autocuidado	44
2.5.- Teoría de los Sistemas de Enfermería	45
CAPÍTULO III	
Salud en la Mujer Mexicana	49
3.1.- Panorama General	49
3.2.- Problemas de Salud en el Personal de Enfermería	54
3.3.- Estilo de Vida	56
3.4.- Calidad de Vida	61

CAPITULO IV	
Diseño de Investigación	70
4.1.- Justificación	70
4.2.- Diseño de Investigación	71
4.3.- Planteamiento del Problema	71
4.4.- Objetivos	71
4.5.- Operacionalidad de las Variables	73
4.6.- Diseño Metodológico	75
4.7.- Consideraciones Éticas	78
4.8.- Interpretación de los Datos	82
Resultados	83
Conclusiones	84
Sugerencias	85
Bibliografía	86
Anexos	90
Cronograma de Actividades	
Instrumento de Valoración	91
Cuadro y Gráficas	95
Folletos de salud física, Salud integral, Salud laboral, Salud mental y espiritual	
Cartel de Autocuidado general	
Glosario	123

Resumen

La presente tesis, tiene la finalidad de conocer las medidas de autocuidado que el personal de enfermería del servicio de Medicina Interna del Hospital Juárez de México, que llevan a cabo para lograr un envejecimiento exitoso, así como las dificultades que se presentan para no practicar estas medidas de cuidado en ellas mismas, tomando en consideración la realidad en nuestro país, en base a los datos estadísticos así como su contexto social, económico, y cultural donde son factores de suma importancia para el desarrollo de esta investigación.

El proceso de envejecimiento, datos estadísticos, envejecimiento exitoso, no exitoso, teorías y modelos, teoría de Dorotea Orem, la salud de la mujer en México, estilo de vida y calidad de vida, así como artículos enfocados al tema son la base del marco teórico aquí presentado.

Basados en las necesidades encontradas por medio del Diseño de investigación obteniendo los siguientes resultados: Se observo que el personal de enfermería conoce lo que significa el autocuidado, así como las consecuencias, que esto ocasiona al no practicarlas, sin embargo los obstáculos para no practicarlo es por la sobrecarga de trabajo, la falta de tiempo libre, aspectos financieros, no saber cómo manejar los niveles de estrés, alimentación no adecuada, control de peso inadecuado.

Así como no realizarse una valoración periódica con el médico, no tener un control ginecológico, evitar el uso de medias elásticas, no realizar ejercicio físico, dentro de los aspectos de la recreación y el descanso, no tiene la oportunidad para brindarse un espacio ya sea en el hogar o el trabajo, existe también la evidencia de que las enfermeras buscan confiar sus problemas emocionales con las amigas, dentro del área laboral, mantienen una actitud de satisfacción, buen humor y decepción.

Resulta interesante que las enfermeras, consideran al adulto mayor como un ciudadano digno, un anciano con sabiduría, y algunas lo consideran una realidad frustrante y un estorbo. Algunas se visualizan en la etapa del adulto mayor, con un envejecimiento exitoso, disfrutando de su jubilación, en una casa de ancianos así como con un deterioro integral, de acuerdo al estilo de vida que ellas llevan.

Enfermería conoce las consecuencias de no practicar el cuidado a sí mismas, por eso el interés de conocer más acerca del autocuidado, con estos resultados obtenidos, es necesario implementar como estrategia la educación para la salud,

que como objetivo principal es prevenir, atender, y mejorar el bienestar integral donde se integra la siguiente propuesta de un cartel y folletos encaminados a la práctica del autocuidado, elaborados por mí, para dirigirlo al personal de enfermería, los cuales se encuentran en el presente trabajo.

De esta manera se llega a las siguientes conclusiones, la presente investigación manifiesta la necesidad de que el personal de enfermería, conozca y refuerce los aspectos de salud física y mental que durante la vida laboral pierde por malos hábitos de salud.

La enfermera no solo debe ser la emisora de los cuidados, deberá fomentar la parte de la docencia, que enfermería tiene como característica y la cual por medio de la comunicación, asertividad, el reconocimiento de las habilidades, capacidades y deficiencias que tiene con ella misma para modificar los hábitos ya mencionados con anterioridad.

En este sentido deberá reflexionar, identificar, verificar si las medidas que ellas practican son las adecuadas para el bienestar de su salud.

Todo esto con el fin de promocionar en el personal de enfermería la educación para la salud de forma continua para sensibilizarlo en el cuidado de su propia salud, ser mejor profesional y mejor ser humano, que viva plenamente su vocación, ya que al adquirir nuevos conocimientos, actitudes y habilidades, las cuales serán las estrategias que le permitirán llevarlas en acciones durante el transcurso de su vida cotidiana y profesional.

Por lo anterior, la prevención es parte fundamental del ejercicio en enfermería la cual va dirigida a un cambio de modificaciones en el estilo de vida, por lo cual incidirá en el bienestar integral del propio personal para la obtención de un envejecimiento exitoso.

Mencionando que el propósito de esta investigación, se ve cumplido por medio de los objetivos los cuales fueron conocer, analizar y promover la educación para la salud.

Introducción

El envejecimiento es un proceso natural paulatino de todo ser humano, este proceso puede llegar a causar temor, angustia o indiferencia para asumir que se vivirá esta realidad en un futuro no muy lejano, en especial en hombres y mujeres en edad productiva.¹

Hay diversos factores que influyen para no lograr un envejecimiento exitoso, tal es el caso de falta ejercicio, malos hábitos alimenticios, el mal manejo del estrés, en pocas palabras, la falta de una vida saludable que repercute en la edad avanzada.

El profesional de enfermería se encarga de proporcionar una educación para la salud con respecto al autocuidado, dirigido a la población en general a quien le promueve y fomenta la obtención de una mejor calidad de vida y por ende, es necesario promover la salud física, mental y laboral en todos estos profesionales, el personal de enfermería del Hospital Juárez de México, se encuentra en una edad productiva de 25 a 60 años el cual debe de conocer y promover las medidas de autocuidado en sí mismas para lograr un envejecimiento exitoso.

La presente investigación pretende dar a conocer, analizar y aplicar dichas medidas de autocuidado, para ello se divide en cuatro capítulos: en el primero se busca la definición de envejecimiento, el cual puede ser descrito como deterioro donde se suman todos los cambios que se dan con el tiempo en un organismo y que conduce alteraciones funcionales y al cese de la vida, en este capítulo se subdivide en envejecimiento exitoso y no exitoso; en el segundo apartado se presenta teorías y modelos, los conceptos principales del modelo de Orem en relación de la teoría de autocuidado, déficit del autocuidado, la teoría de los sistemas de enfermería y demanda del autocuidado terapéutico, el tercer capítulo se expone un panorama general de la salud en la mujeres en México, así como la importancia de la profesión de enfermería, y los problemas, que afectan al personal de salud en la calidad y estilo de vida, además artículos importantes acerca del tema ya citado; en el cuarto capítulo se plantea un diseño de metodológico con la ayuda de un instrumento de investigación aplicado en los servicios de Medicina Interna al personal de enfermería de dicha institución, se obtiene el análisis e interpretación de los datos encontrados, así como los resultados finales, conclusiones y sugerencias.

¹ Rodríguez García, Rosalía, El proceso de envejecimiento, Areópago, Rev. Memoranda ISSSTE, México, Núm.8, Oct-Dic

Por lo anterior se obtiene una reflexión importante y se propone que es de gran urgencia implementar medidas de autocuidado en el propio personal de enfermería, las cuales se pueden obtener mediante las modificaciones en el estilo de vida, por medio de una reestructuración en su proyecto de vida, que surja desde sus propia realidad, en base a su propia individualidad.

La utilización de folletos u carteles de información que se propone es la promoción del autocuidado dirigido al personal femenino que labora como profesional de enfermería, no pretendo, excluir a nadie, sin embargo es de suma importancia que la vocación de enfermería se dé la oportunidad de ver en sí misma, el potencial, y la responsabilidad de cuidar de ellas mismas, la participación activa del propio personal de salud, mediante la retroalimentación, la práctica de dichas medidas ayudara a fomentar la calidad de vida, para la obtención de un envejecimiento exitoso.

Marco teórico
Capítulo I
Envejecimiento en México

En el presente capítulo tomaremos como datos relevantes la situación del envejecimiento en nuestro país, así como los datos estadísticos, para comprender la realidad que estamos enfrentando, y adonde se puede encaminar los pasos del personal de enfermería para el cuidado de ellas mismas.

El envejecimiento de la población es un proceso influenciado exitosamente por las políticas de salud pública instrumentadas durante el siglo XX, en los países de desarrollo, el envejecimiento poblacional es un proceso tan inevitable como ineludible que ocurre aceleradamente debido a la rápida disminución de la fecundidad y al incremento de vida.

Esto se da como resultado de la implementación de intervenciones en salud basadas en los avances científico-tecnológicos que se convirtieron en medidas efectivas para prevenir y tratar muchas enfermedades que provocaban la muerte prematura de las personas antes de ser ancianos, una característica del envejecimiento en los países desarrollo es el incremento en la esperanza de vida, de la cual se habla más adelante como dato estadístico.

La dinámica del envejecimiento demográfico en nuestro país tendrá profundas consecuencias económicas, sociales, políticas y culturales e incidirán en la formación de un amplio espectro de comportamientos, demandas y necesidades que giran en torno a la segmentación por edades de la población, los sistemas de salud deberán adaptarse tomando en cuenta estas transformaciones.

Esta acumulación colectiva de deterioros asociados a la vejez, tendrá manifestaciones y características propias, los cuales tenderán a cuestionar la organización actual de muchas de nuestras instituciones, dando pie a nuevas pautas de necesidades y demandas que favorezcan su reorganización.²

Dentro de todos los ámbitos, por ejemplo dentro de la economía, la población activa deberá mantener a través de mecanismos diversos de transferencia de recursos, a un número creciente de adultos mayores dependientes y suministrarles los satisfactores básicos para que tengan una vida digna, en los servicios se requerirán menos guarderías, menos maestros y escuelas de educación básica, y en contraparte seguramente más geriatrias, gerontólogos y

² Idem.

especialistas en la atención de enfermedades crónico-degenerativas, más casa de día y servicios de recreación para ancianos.

Como observamos esta transformación etárea de nuestra población de un problema no solo demográfico, sino social, no es solo el hecho del incremento de los ancianos, sino al rebasarse la respuesta social organizada para dar respuesta a nuevas necesidades y demandas, en nuestro país se agudiza el envejecimiento con el problema social cuando se acompaña de pobreza, enfermedad, discapacidad y aislamiento social acompañado por la inserción de distintas expresiones de la desigualdad tales como la clase social, la etnicidad y el género, así nos encontramos con un escenario que lleva a plantear innumerables objetivos de interés para la adecuación de políticas sociales, de salud y de población.

Las consideraciones que transforman al envejecimiento es un problema, se dan cuando en las últimas etapas del curso de una vida se incrementan ciertos riesgos, tales como:

- ✓ Disminución en capacidad física y mental
- ✓ Disminución de la autonomía y la adaptabilidad
- ✓ Menoscabo de roles familiares y sociales
- ✓ Pérdida de capacidad económica
- ✓ Cese de otras actividades
- ✓ Deterioro en la salud de consecuencias incurables y progresivas

Es claro que no todas las personas ancianas llegan a desarrollar dependencia de sus familias y del entorno social. Incluso algunas guardan un alto grado de funcionalidad e independencia, cuya actividad aporta a la sociedad, de hecho, si todas las personas mantuvieran esta condición, el envejecimiento no se enfrentaría como un problema, el objetivo es minimizar los riesgos que acompañan a la vejez, aminorar sus consecuencias y aumentar las posibilidades para una vejez en el máximo bienestar, no sólo para el anciano, sino para todo el entorno familiar, social y económico que lo rodea.

Entre los determinantes del perfil epidemiológico de los ancianos tenemos:

- ✓ La mayor expectativa de vida
- ✓ Los cambios biológicos asociados con la edad
- ✓ El capital genético heredado y moldeado en el transcurso de la vida
- ✓ La acumulación de riesgos, en particular los asociados con los estilos de vida y las ocupaciones.

- ✓ La oportunidad de expresión de los periodos de latencia de las enfermedades
- ✓ El contexto ecológico y las características socioeconómicas
- ✓ El acceso y uso de los servicios de salud.

Aun cuando el envejecimiento es un proceso que afecta por igual a todos los organismos vivos, en el caso de las poblaciones humanas, no todos los individuos envejecen homogéneamente en razón de la distribución de factores enunciados anteriormente. El estudio de dichas diferencias nos permitirá conocer aquellos patrones de envejecimiento exitoso al que deberíamos aspirar como sociedad. Todo esto se basa en la referencia de los datos estadísticos que se mencionan a continuación.

1.1.- Datos epidemiológicos del envejecimiento

A inicios del siglo XX la población mexicana apenas aglutinaba a 13.6 millones de habitantes, entre 1900 y 1930, la tasa del crecimiento fue de 0.7%, mientras que durante las dos décadas siguientes llegó a ser de 2.2% con lo cual, hacia mediados del siglo anterior, la población ascendió a 25.8 millones, en 1970 la población mexicana alcanzó 48.2 millones de habitantes, casi el doble de la existencia en 1950, el censo de la población y vivienda 2000, mostraron que la población mexicana ascendió a 97.4 millones de habitantes a finales del siglo,³ entre 1930 y el año 2000, este indicador pasó de 34 a 75 años, con una ganancia para las mujeres de 43 años y en los hombres de 40 años.

Según la OMS, en el siglo XX se produjo una revolución de la longevidad, la esperanza media de vida al nacer ha aumentado 20 años desde 1950 y llega ahora a 66 años, y se prevé que para 2050 haya aumentado 10 años más, este triunfo demográfico y el rápido crecimiento de la población en la primera mitad del siglo XXI significan que el número de personas de más de 60 años, que era de alrededor de 600 millones en el año 2000, llegará a casi 2.000 millones en el 2050, mientras que se proyecta un incremento mundial de la proporción del grupo de población definido como personas de edad del 10% en 1998 al 15% en 2025.

Ese aumento será más notable y rápido en los países en desarrollo, en los que se prevé que la población de edad se cuadruplicará en los próximos 50 años, en Asia y América Latina, la proporción del grupo clasificado como personas de

³ [Http//biblioteca.salud.gob.mx](http://biblioteca.salud.gob.mx). La salud del adulto mayor. Tema y debates pág. 87-101. Onofre. Muñoz, García. IMSS.

edad aumentará del 8% al 15% entre 1998 y 2025, mientras que en África se prevé que esa proporción aumente sólo del 5% al 6% durante ese período, y que después se duplique para el año 2050.

Por lo anterior y de manera general nos permite visualizar el impacto que se tiene acerca del proceso del envejecimiento, en México, las proyecciones poblacionales indican que, para el año 2050, uno de cada cuatro mexicanos será mayor de 65 años de edad, pasando de los siete millones de adultos mayores en la actualidad a entre 27 y 32 millones.⁴

Tradicionalmente en nuestro país se han propuesto las edades de 65 a 74 años y de 75 años y más, para establecer las diferencias entre los grupos de la tercera y cuarta edad, respectivamente, dentro del grupo de la edad de 65 a 74 años representa a las edades avanzadas pero aún con oportunidades para la vida en condiciones aceptables de funcionalidad y salud, el límite de inicio a los 65 años de edad se determina en mucho por los parámetros de la seguridad social, los cuales definen este momento como la edad normal de la jubilación.

Mientras que en el grupo de 75 años y más, la gran mayoría de la población sufre pérdidas en su capacidad para realizar actividades de la vida diaria, frecuentemente derivadas de problemas físicos serios y de enfermedades crónico-degenerativas, esto ocasiona una creciente dependencia del resto de los integrantes de la familia para el sostén y el cuidado de sus necesidades más básicas, por lo anterior en nuestro país la esperanza de vida al nacer es uno de los indicadores más importantes que demuestra las condiciones de salud en las que vive la población.

En la Asamblea Mundial del Envejecimiento de la Organización de las Naciones Unidas celebrada en Viena, Austria en 1982, se decidió adoptar la edad de 60 años como inicio de la vejez, basándose en tres criterios:

- 1.- La edad promedio de expectativa de vida en el ámbito mundial
- 2.- La edad promedio de jubilación mundial
- 3.- La edad promedio de aparición de padecimientos geriátricos

En México, el grupo de ancianos es el que ha crecido más rápidamente desde hace 15 años, representan un total de 7.5 millones de personas y abarcan el 7.3 % del total de la población.

⁴ Partida V. Perspectivas del cambio demográfico. Monto y estructura de la población en el año 2000 y perspectivas en el 2050. Demos 2001: 6-7.

Esto significa que, en México, el panorama social cotidiano será diferente al actual y que, cada vez con mayor frecuencia, se convivirá entre generaciones con vivencias, necesidades y creencias diferentes, lo que constituye un verdadero reto en el ámbito social, político y cultural, como ya lo hemos observado.

Ante esta complejidad, del proceso del envejecimiento en nuestro país hablaremos específicamente de la situación de las mujeres frente a esta transformación no solo a nivel de la estadística, sino también de los ámbitos sociales, de la salud, etc., como situación real y creciente en la actualidad de nuestro contexto mexicano.

Donde de manera general y en especial en el género femenino de nuestro país se visualizan, complicaciones más un envejecimiento prematuro a causa de un déficit en el autocuidado, que se origina por diversos factores el cual se ve reflejado en las estadísticas actuales, como conoceremos de manera breve y concisa con el siguiente artículo:

El rostro femenino de la vejez

El proceso de envejecimiento de la población mexicana afectará de manera muy particular a las mujeres, que verán aumentar sus responsabilidades como jefas de hogar, con repercusiones en la calidad de vida, la salud y la economía personal, este fenómeno, irreversible, es uno de los mayores retos que nuestro país deberá enfrentar las próximas décadas.⁵

En México la vejez tiene un rostro mayoritariamente femenino, situación que, sumada a la inequitativa participación de la mujer en el mercado laboral y el acceso a la seguridad social, plantea un serio desafío de cara al proceso de envejecimiento de la población nacional, y el consiguiente incremento de hogares jefaturados por mujeres de la tercera edad.

En 2030, los adultos mayores serán 36.2 millones, de los cuales cinco millones 82 mil 119, es decir, más del 43 por ciento, serán mujeres jefas de hogar, de acuerdo con proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO)⁶

⁵ González. María de la Luz. Cimac | México, DF. 11 de Julio del 2004. La situación demográfica de México. Día Mundial de la Población.

⁶ La situación demográfica de México. 2004. El Universal.
<http://www.vanguardia.com.mx/mexicanasprimerlugarensobrepeso-668207.html>, Artículo del Universal, Marzo 2011

Los hogares conducidos por una mujer adulta mayor en México, de acuerdo con las proyecciones del CONAPO, pasarán de dos millones 599 mil en 2015 a más de cinco millones en 2030, mientras en el caso de las jefaturas masculinas el aumento será de casi 4.5 millones en 2015 a siete millones 914 mil 610 en el mismo periodo.

El organismo preciso que la creciente presencia de mujeres como jefes de hogares de la tercera edad está estrechamente vinculada a la mayor supervivencia femenina, ya que es más usual que una mujer separada, viuda o soltera en la vejez dirija un hogar que cuando continúa unida.

La tendencia se reproduce a lo largo del territorio nacional, y la conjunción del proceso de envejecimiento y mayor supervivencia es tal que, hacia 2030, en la mayoría de las entidades federativas, entre los hogares conducidos por una mujer, en más de 40 por ciento la jefa será una mujer adulta mayor. “Incluso en Nayarit y el Distrito Federal la proporción se acercará a la mitad”,

El proceso de envejecimiento poblacional es uno de los mayores retos a los que se enfrentará la sociedad mexicana durante la primera mitad del presente siglo, sostiene Elena Zúñiga.⁷

El incremento relativo de la población en edades avanzadas, que comenzó en la década de los 90, seguirá a un ritmo moderado primero y después de forma más acelerada hasta alcanzar 28 por ciento de la población en el año 2050, precisa⁸.

Zúñiga nos habla acerca de los retos del envejecimiento, donde trata acerca de los recursos financieros son insuficientes para los próximos desafíos que enfrenta la población, ya sea para el ámbito de pensiones o la atención a la salud, dentro de la población de los adultos mayores que trabajan se les considera de baja productividad y no tienen acceso a prestaciones laborales, la mujeres están en las peores condiciones, señala.

Ante esta realidad debemos responder con el fomento de la educación para la salud, no solo dirigido a los pacientes, sino involucrarnos como sujetos de

⁷ Secretaría General del CONAPO. En la investigación “Tendencias y características del envejecimiento demográfico en México” 2004

⁸ Idem.

cambio en nuestra propia historia para la obtención de calidad de vida y un envejecimiento digno, por lo que a continuación abordaremos el proceso del adulto mayor.

1.2.- Proceso del envejecimiento

La senectud responde entre otros, al estancamiento o la disminución de las posibilidades intelectuales, por una reducción de la capacidad del aprendizaje, de memorización y de creatividad, sin embargo no existe una edad típica para su aparición, si bien las responsabilidades de presentación aumentan a medida que se van cumpliendo años, pero ¿Cuándo se empieza realmente a envejecer? Un individuo es viejo cuando se siente viejo y vive como tal, es decir, desde nuestro punto de vista, cuando está cansado de vivir y cuando el mundo que le rodea ya no le interesa ni le emociona, cuando la indiferencia se impone: indiferencia a los placeres, a las alegrías, a las emociones, a la vida, por lo cual el hecho de envejecer representa un suceso relativo.

Por lo anterior se define envejecimiento como un proceso de deterioro donde se suman todos los cambios que se dan con el tiempo en un organismo y que conducen a alteraciones funcionales y al cese de la vida

Nuestra expectativa de vida ha aumentado significativamente en los últimos años y este hecho ha acrecentado el problema de los efectos de envejecimiento. Con el envejecimiento, comienza una serie de procesos de deterioro paulatino de órganos y sus funciones asociadas, muchas enfermedades, como ciertos tipos de demencia, enfermedades articulares, cardíacas y algunos tipos de cáncer han sido asociados al proceso de envejecimiento.

Dentro de las características principales del envejecimiento humano se mencionan las siguientes:

- ✓ Pérdida progresiva de la capacidad visual: Síntomas que conducen a la presbicia, miopía, cataratas, etc.
- ✓ Pérdida de la elasticidad muscular.
- ✓ Pérdida de la agilidad y capacidad de reacción refleja.
- ✓ Degeneramiento de estructuras óseas: aparición de deformaciones debido a acromegalias, osteoporosis, artritis reumatoide.
- ✓ Aparición de demencias seniles: enfermedad de Alzheimer.
- ✓ Pérdida de la capacidad de asociación de ideas.
- ✓ Distensión creciente de los tejidos de sostén muscular por efecto de la gravedad terrestre (caída de los senos en la mujer, pérdida de la tonicidad muscular).

- ✓ Pérdida progresiva de la fuerza muscular y de la vitalidad.
- ✓ Presencia de la hipertensión arterial.
- ✓ Pérdida de la capacidad inmunitaria frente a agentes infecciosos.
- ✓ Disminución del colágeno de la piel y de la absorción de proteínas, aparición de arrugas.
- ✓ Pérdida progresiva de los sentidos del gusto y de la audición.
- ✓ Las características citadas pueden variar según la raza, sexo, de una persona a otra, y de acuerdo al estilo de vida que cada uno con lleva.

Dentro del los cambios en el comportamiento de las personas de la tercera edad se considera de gran importancia mencionar los siguientes puntos:

El anciano se vuelve involucionista, que consiste en una tendencia a volver al pasado, a todo lo que fue y ya no puede ser; por lo tanto se pone nostálgico ante un mundo nuevo y el recuerdo de lo que fue puedes ocasionarle una gran tristeza y abatimiento, es conservador, haciéndose enemigo de los cambios, aferrándose a los que tiene y con temor a perder lo poco que le queda, tiene predisposición a la angustia por su inseguridad progresiva.⁹

Tiende a sentir temor, miedo e impotencia por no aceptar sus limitaciones y la propia realidad por lo que puede caer en una depresión, este rasgo es muy natural aunque no se puede generalizar en todos los individuos de edad avanzada.

El anciano tiende a encerrarse en su propio mundo, en ocasiones se le visualiza como personas amargadas, impacientes y violentas, se repliegan sobre sí mismos y prefieren el silencio a exponer sus razones mientras que por dentro existen sentimientos de rebelión.¹⁰

Son sabios. Lo han aprendido durante la vida, lo cual los hace hombres y mujeres, con gran conocimiento de la vida, para aportar sus conocimientos, se vuelven más reflexivos, contemplativos, especialmente en de reafirmar una fe, en un poder absoluto y eterno, son alegres, optimistas, y se preocupan por lo demás, se esfuerzan por hacer felices a todo aquel que se acerque en busca de un consejo u apoyo.

El envejecimiento no es una enfermedad, pero si genera vulnerabilidad. Aunque todos los seres vivos envejecen como parte del fenómeno universal, es un

⁹ Rodríguez García, Rosalia, el proceso de envejecimiento, Areopago, Rev. Memoranda.ISSSTE,México, Num.18, Oct-Dic.1997,pag.5

¹⁰ Idem.

proceso totalmente individual, ya que cada quien envejece de manera diferente, una forma de explicar el envejecimiento es que este se en relación de uso, abuso y desuso de las potencialidades en cada persona ¹¹

De la manera en que se utilice el cuerpo quedaran las reservas del organismo que van a influir en que éste sea más o menos vulnerable a los retos de la vida.¹²

La época de la senectud, vejez o ancianidad, puede ser una etapa de pérdidas o vivir en plenitud los últimos años de la vida, una suma de ganancias a partir de las experiencias marcadas y adquiridas durante el proceso vital de cada ser humano.

Ser anciano ¿Es acaso, volverse parte de los seres inanimados de la sociedad? ó es la transmisión de valores, sugerencias, de una vida que tuvo la oportunidad de tener aciertos, errores, éxitos o fracasos, de acuerdo al estilo de vida que eligió.

Recuerdo a mi padre hablarme de mis abuelos con gran respeto y admiración, y de la gran reverencia que se tenía en las antiguas culturas por el anciano, como una persona, de alta jerarquía en ámbitos familiares, religiosos, políticos y sociales.

Con el paso del tiempo y en una sociedad más globalizada, regida por los altos intereses de un sistema individualista, comercial, donde el poder es parte fundamental de los seres humanos, y parecería olvidar las raíces de fomentar cuidados para el bienestar integral de cada persona y no visualizarse en la etapa del adulto mayor, dando como consecuencia el abandono, descuido, rechazo, marginación y abuso de las personas de la tercera edad.

Dado que los datos anteriores nos muestran un panorama no muy favorable, en cuanto al problema del envejecimiento en México, el personal de salud tiene en sus manos un gran reto.

En este sentido enfermería debe prevenir, atender, y evitar la aparición de las complicaciones en la tercera edad, en primer lugar en su propia persona,

¹¹ Idem.

¹² Idem.

aplicando las medidas de autocuidado para obtener un envejecimiento exitoso el cual se describe en las siguientes líneas.

1.3.- Envejecimiento exitoso

Muchas personas asocian el proceso de envejecer a una fase vital en la que progresivamente el individuo pasa de la plenitud física, social y mental a la más absoluta decrepitud, sin embargo, en las últimas décadas, esa imagen negativa de las personas de mayor edad ha ido desapareciendo.

Diversos estudios, sobre todo los de carácter longitudinal, están aportando claridad al entendimiento de esta etapa de la vida.

El principal proceso en el que se basan es en los cambios que conlleva envejecer y que afectan a todas las áreas de la vida.

El envejecimiento exitoso ocurre cuando las personas sienten satisfacción por poder adaptarse a las situaciones cambiantes de su vida. Esto no deja de ser un criterio subjetivo, sometido a la comparación entre las necesidades individuales y el contexto concreto del desarrollo presente.

Esta definición se aplica también a la relación entre un cierto grado de salud objetiva y la satisfacción subjetiva del adulto con la vida que lleva, el término "envejecimiento exitoso" es demasiado impreciso, porque definir el "éxito" depende de una situación individual concreta, de unas metas deseadas o de una circunstancia personal, como una enfermedad o la pérdida de un ser querido, esta definición puede ser, además, mal interpretada, aún contando con criterios objetivos, como las expectativas de vida que la persona adulta no siempre experimenta de manera positiva.

La búsqueda de medidas que permitan equiparar tal diversidad de conceptos ha llevado al desarrollo de teorías que expliquen de forma amplia y adecuada en qué consiste envejecer y qué cambios conlleva dicho proceso,¹³ se ha dado a la adaptación del sujeto involucrado, su experiencia y alcance.

¹³ García Rodríguez B. Bienestar subjetivo y felicidad en la vejez. En: S. Ballesteros (Ed.) Envejecimiento saludable: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Madrid: Universitas, 2007. pp. 273-308.

El envejecimiento exitoso se basa en el concepto, entre otros, de "bienestar subjetivo", entendido éste como el grado de satisfacción que experimentan las personas cuando hacen una valoración o juicio global de sus vidas¹⁴

Para comprender, más acerca del envejecimiento exitoso y los factores que lo rodean, hablaremos en los siguientes párrafos acerca de la evolución psicológica del adulto mayor tomando en consideración aspectos del desarrollo humano basados en la teoría del desarrollo de la personalidad de Erick Erickson.

La teoría del desarrollo psicosocial divide en ocho períodos de edad la vida humana, cada etapa representa una crisis en la personalidad que implica un conflicto diferente y cada vez mayor, las cuales son momentos cruciales para la resolución de aspectos importantes; éstas se manifiestan en momentos determinados según el nivel de madurez de la persona, se mencionan a continuación brevemente, resaltando especialmente las dos últimas etapas de la vida con sus posibilidades de desarrollar ciertas virtudes propias de la adultez madura y de la vejez.

Las ocho etapas del hombre para Erickson describe en primer lugar la:

Confianza Básica vs. Desconfianza: Donde nos habla de la sensación física de confianza, el bebé recibe el calor del cuerpo de la madre y sus cuidados amorosos, se desarrolla el vínculo que será la base de sus futuras relaciones con otras personas importantes; es receptivo a los estímulos ambientales es por ello sensible y vulnerable, a las experiencias de frustración son las experiencias más tempranas que proveen aceptación, seguridad, y satisfacción emocional y están en la base de nuestro desarrollo de individualidad, se continúa con la siguiente etapa de:

Autonomía vs. Vergüenza y Duda: Esta etapa está ligada al desarrollo muscular y del control de los esfínteres, este desarrollo es lento y progresivo y no siempre es consistente o estable por ello el bebé pasa por momentos de vergüenza y duda, el no poder controlar las excretas por lo consiguiente el pequeño empieza a desarrollar la tercera etapa de:

Iniciativa vs. Culpa: El niño desarrolla actividad, imaginación y es más enérgico y locuaz, aprende a moverse más libre y violentamente, su conocimiento del lenguaje se perfecciona, comprende mejor y hace preguntas constantemente; lo

¹⁴ Moreno J. Mayores y calidad de vida. Portularia: Revista de Trabajo Social 2004; 4: 187-198. En <http://dialnet.unirioja.es>. Revista semestral. Junio.

que le permite expandir su imaginación, en esta etapa encontramos el precursor de una cualidad importante en el mundo adulto, que es saber ponerse metas y utilizar todos los recursos para alcanzarlas, como también la culpa,¹⁵ en la cuarta etapa el pequeño empieza a trabajar en la:

Laboriosidad vs. Inferioridad: El niño empieza a dominar la experiencia social experimentando, planificando, compartiendo, llega a sentirse insatisfecho y descontento con la sensación de no ser capaz de hacer cosas y de hacerlas bien la que debe velar por el establecimiento del sentimiento de laboriosidad, en la quinta etapa también se da la:

Búsqueda de Identidad vs. Difusión de Identidad: Se experimenta búsqueda de identidad y una crisis de identidad, que reavivará los conflictos en cada una de las etapas anteriores; los padres de los adolescentes se verán enfrentando situaciones nuevas que serán un nuevo reto para su misión orientadora, la fuerza específica de esta etapa, en la fidelidad, mantiene una fuerte relación con la confianza infantil y con la fe madura, mientras que en la sexta etapa tenemos:

Identidad vs. El aislamiento: Es la etapa en que el ser humano toma las decisiones más fundamentales de la vida (estado, carrera, trabajo, etc.), la evitación de esas decisiones y experiencia, debido al temor de pérdida del yo, puede conducir al aislamiento y a una consiguiente autoabsorción.

La contraparte de la intimidad es el distanciamiento: la disposición a aislarse, y si es necesario, destruir aquellas fuerzas o personas que representan un peligro para sí mismo, la Afiliación y amor son las virtudes que se requieren en esta etapa, en la séptima etapa tenemos la:

Generatividad vs. Estancamiento: Donde es la preocupación de los adultos maduros por establecer y orientar a la siguiente generación, perpetuándose a través de la influencia en los seguidores, como manera de anticipar la declinación de su existencia, la gente tiene necesidad de dejar un legado, de poder participar en la continuidad de la vida, si esta gente no encuentra salida a la generatividad se torna ensimismada. (Inactiva o sin vigor).¹⁶

¹⁵ Papalia. Diane. Desarrollo Humano, Mc Graw Hill, pág., 630

¹⁶ Papalia. Diane. Desarrollo Humano, Mc Graw Hill, pág., 630

La virtud de este periodo es el cuidado, “un compromiso amplio con el cuidado de personas, los productos y las ideas en las que uno ha aprendido a interesarse”¹⁷

La productividad y la creatividad no implican solamente una generatividad biológica, sino una posibilidad de generar obras de trascendencia social, o cultural, que impliquen cuidado y solicitud hacia otros, generalmente más jóvenes o necesitados de una función paterna, la generatividad constituye una etapa esencial en el desarrollo psicosexual y psicosocial, la capacidad de perderse en el encuentro profundo con otro ser lleva a una expansión gradual del yo incluyendo cada vez más personas o grupos de personas, en un círculo de identificación y amor.

Cuando falta tal enriquecimiento por completo, tiene lugar la regresión a una necesidad obsesiva de pseudo intimidad, a menudo acompañada de un sentimiento de estancamiento y empobrecimiento personal y para concluir con las ocho etapas del hombre según Erickson, se tiene la octava etapa que nos refiere la:

Integridad frente a desesperación: Que como se llega a la vejez, en esta etapa es la principal característica, donde se ha adaptado a los triunfos y desilusiones inherentes al hecho de ser generador de productos e ideas, Erikson lo designa como "integridad del yo" y señala algunos elementos que caracterizan dicho estado: es la seguridad acumulada del yo con respecto a su tendencia al orden y al significado; es la experiencia de que existe un cierto orden en el mundo y un sentido espiritual ya insoslayable¹⁸.

Es la aceptación del propio y único ciclo de vida como algo que debía ser y que, necesariamente, no permitía sustitución alguna; significa así un amor nuevo y distinto hacia los propios padres, los ancestros y las tradiciones.

Aunque percibe la relatividad de los diversos estilos de vida, el poseedor de integridad está siempre listo para defender la dignidad de su propio estilo de vida contra toda amenaza física y económica; porque el estilo de su cultura o su civilización llegó a ser patrimonio de su alma.

¹⁷ Erickson, pág. 67, 1985

¹⁸ Erickson, Erik (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica

En esta consolidación final, la vejez y/o la muerte pierde su carácter atormentador; la falta, la pérdida de esa capacidad yoica acumulada se expresa en temor a esta etapa que conlleva a la muerte, la integridad yoica significa llegar a los términos de la vida, con integridad y funcionalidad y por tanto, llegar al final de tu vida en forma digna.

Lo maravilloso de esta etapa es haber arribado a una plataforma desde donde es posible mirar atrás con el corazón sereno y descubrir el significado singular de cada experiencia del pasado, la tendencia mal adaptativa es llamada presunción, cuando la persona “presume” de una integridad yoica sin afrontar de hecho las dificultades de la senectud.¹⁹

Es poder dar sentido aun a los hechos vividos con dolor y angustia. Y es la oportunidad para integrar ahora conscientemente, las etapas que en su momento no pudieron ser coronadas con su virtud correspondiente, externar una sabiduría cimentada sobre la experiencia de toda una vida, y una actitud contemplativa, serán las virtudes de esta última etapa, destinada a lograr una integración progresiva y creciente, cada vez más plena de sentido.²⁰ No importando las alteraciones fisiológicas que se tenga y poder decir que se alcanzo un envejecimiento exitoso.

Como hemos observado las etapas normativas de Erickson, nos muestran que los procesos inician desde el nacimiento hasta la muerte, que las personas enfrentan retos o crisis donde también cosechan logros, en base a las etapas antes citadas, dando por consecuencia, individuos, con características de asumir el propio autocuidado en sus diversas manifestaciones para una calidad de vida, sobresaliendo en las dos últimas etapas como la edad madura y la vejez, pero no solo se necesita aceptar los retos de la vida sino que siempre se debe de fomentar y practicar un estilo de vida saludable así como cuidar los aspectos sociales, psicológicos, económicos, culturales, etc., que son parte fundamental para la obtención de un envejecimiento exitoso.

Así como la persona puede llegar a tener una vida plena, con altas y bajas, también existen personas que nunca alcanzan la madurez plena, y estas viven la vida como una gran condena, como un gran castigo y tenemos entonces un envejecimiento no exitoso.

¹⁹ Idem

²⁰ Idem

Para evitar tal situación que no beneficia la calidad de vida, es necesario reflexionar, y asumir el siguiente concepto:

El autocuidado es la responsabilidad que tiene un individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud y este se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.

De aquí podemos concluir que todos tenemos la capacidad para cuidarnos y lo aprendemos a lo largo de nuestra vida; principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales, no es extraño reconocer en nosotros mismos prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades.

En este sentido es de suma importancia conocer también acerca de lo que significa un envejecimiento no exitoso que se describe en las siguientes líneas, para su mayor comprensión y reflexión de este tema.

1.4.- Envejecimiento no exitoso

En el envejecimiento no exitoso el individuo que no ha planeado su proceso de envejecimiento y que no siempre está incorporado a un programa para la prevención de sus efectos, tienden a presentar las manifestaciones de envejecimiento prematuramente, y estas se vuelven más severas e incapacitantes, aunado si en la edad productiva existen ya enfermedades crónico-degenerativas, las cuales no se le tienen el adecuado cuidado, entonces formaran parte de un mayor deterioro en el adulto mayor.

Teniendo como consecuencia incapacidades, como lo hemos observado en la realidad, donde en ocasiones el personal de enfermería se cuestiona de ¿Cómo es posible que los pacientes lleguen tan deteriorados?, en especial en esta etapa del adulto mayor, estamos conscientes de que esto se puede evitar, o minimizar el daño, por medio de una prevención óptima y adecuada no solo, en los pacientes, sino practicando en nosotras mismas como personal de salud, las medidas de autocuidado, por supuesto que se integrarían otros factores de los cuales ya hemos tratado con anterioridad, como son a nivel social, político, etc.

Como consecuencia las manifestaciones de la vejez que no se desarrollan en la misma magnitud ni al mismo tiempo, y se presenta en individuos diferentes, así como en los procesos fisiológicos, e intelectuales. Donde se ven inmersos los diferentes aparatos y sistemas del ser humano.

A continuación se mencionan algunas de las principales características del envejecimiento.

Es importante aclarar que el envejecimiento no exitoso, se debe distinguir entre lo fisiológico y las enfermedades asociadas con el envejecimiento, tal es el caso de la:

Astenia y depresión.

Una de las primeras manifestaciones del envejecimiento es la astenia, como un cansancio permanente y progresivo, con frecuencia el cansancio y la inactividad dependen de depresión, que limita a las personas para desempeñar sus funciones en el trabajo, inclusive para realizar las actividades de la vida diaria, la depresión no es parte del proceso de envejecimiento, pero con frecuencia lo acompaña y lo complica, conduciendo a las personas a la apatía, a la indiferencia, al aislamiento, al abandono de sí mismos y de su pulcritud, al alcoholismo, a la incapacidad y al suicidio, cuando no se trata a tiempo, otro de los órganos o sentidos que se ven afectados son regularmente la del oído, vista, y el gusto, el cual afecta al:

Apetito.

En los ancianos existe una pérdida progresiva de los sentidos del gusto y del olfato, que contribuye a disminuir el apetito por los alimentos, con frecuencia los ancianos no comen porque no pueden prepararse sus alimentos o les da flojera preparárselos, como parte de su astenia y depresión, esto los mantiene en un bajo nivel de peso y los lleva a la malnutrición, en otros casos la ansiedad, los lleva a consumir en exceso alimentos no saludables y obtienen por consecuencia sobrepeso u obesidad.

Otro de los factores para la disminución del apetito, se le atribuye a que la saliva disminuye, las encías retroceden, los dientes se vuelven más oscuros y se requiere tener especial cuidado con el cepillado dental, para prevenir la gingivitis, que contribuye a deteriorar el implante y favorecer la pérdida de las piezas dentarias; todo ello dificulta progresivamente la masticación, es un factor que limita la ingesta de los alimentos, aunque no en todos los individuos, ya que existen placas dentarias para su utilización.

Dentro de las características a nivel intelectual son la pérdida de la memoria que se explica a continuación.

Memoria.

La memoria se puede ver afectada y se deteriora progresivamente, con olvidos cada vez más frecuentes y más importantes; la capacidad de aprendizaje es cada vez menor, requiriéndose más tiempo y mayor esfuerzo, para asimilar los conocimientos, no debe confundirse los olvidos del anciano con la enfermedad de Alzheimer, que es una enfermedad cerebral, que habitualmente se inicia después de los 65 años, con pérdida progresiva de la memoria, también es necesario diferenciar la enfermedad de Alzheimer de la enfermedad cerebral multi infarto y de la demencia senil,²¹ donde se puede disminuir el proceso de la pérdida de la memoria con ejercicios o juegos mentales.

Sistema músculo esquelético.

Los dolores articulares en rodillas, en las caderas, en la columna y en las manos, como consecuencia de una oteoartropatía degenerativa, del desgaste de los cartílagos articulares o aplastamiento óseo consecutivo a osteoporosis, son frecuentes, a nivel dorsal alto, se produce encorvamiento, con grados variables de compresión radicular o medular e inclusive fracturas graves, incapacitantes e inclusive mortales.

La masa muscular tiende a disminuir progresivamente, con pérdida de su capacidad de contracción y la consiguiente disminución de la fuerza, que llega a impedir las actividades laborales y a limitar las de la vida diaria, los tendones pierden su elasticidad y fácilmente se desgarran con los movimientos violentos, esta situación a nivel de la pared abdominal predispone a la formación de hernias inguinales, umbilicales y de la pared abdominal.

Sistema cardiovascular.

Como consecuencia de diversos factores de riesgo, entre los que se encuentran: los genéticos, el sedentarismo, la obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial, el tabaquismo y las hiperlipidemias; se desarrolla la aterosclerosis, como el depósito de lípidos en el interior de las arterias, que puede evolucionar hacia la calcificación, a la obstrucción vascular o a su desprendimiento de placas calcificadas, para constituir embolias.

²¹ Gutiérrez Robledo, Luis Miguel. Problemas de los ancianos, Seminario: Situación de los Adultos Mayores en el D.f., GDF, UNAM, México, 1992. Pág. 31-40

La hipertensión arterial se presenta habitualmente en adultos a partir de la cuarta década de la vida, sujetos a estrés, con antecedentes familiares del padecimiento, sedentarios y con sobrepeso, es la causa principal de las muertes por enfermedad cerebro vascular.

Sistema respiratorio.

Es frecuente que en los ancianos se presente tos con expectoración, principalmente por las mañanas, situación que en los fumadores o en sujetos a respirar aire contaminado, se presenta en edades más tempranas, con probabilidades de ocasionar enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e inclusive cáncer pulmonar.²²

Sistema génito-urinario.

En el hombre como consecuencia del crecimiento de la próstata, existe micción nocturna frecuente, incontinencia, retención urinaria y obstrucción de las vías urinarias, predisponentes de infecciones agudas y crónicas.

En la mujer, la pérdida de la elasticidad de los tejidos, da lugar a incontinencia urinaria de severidad variable, la disminución de secreciones genitales condiciona vaginitis atrófica y con frecuencia infecciones secundarias.

A nivel hormonal.

La menopausia es un hecho biológico por el cual tienen que pasar todas las mujeres y que está relacionado con la disminución de la producción de las hormonas, (estrógenos), y la finalización de la función de los ovarios y el cese de la menstruación.

La presentación de la menopausia con su cortejo sintomático agregado, con frecuencia deteriora la autoestima de la mujer, la predispone hacia la depresión y favorece la osteoporosis.

Por la presencia de manifestaciones físicas como: aumento en la temperatura corporal, diaforesis, y ausencia de los periodos menstruales, así como a nivel psíquico como: ansiedad, irritabilidad e insomnio.

²² Idem

Es importante aclarar que la presencia de la menopausia no altera la función sexual, ni mucho menos es el fin de la vida sexual, ya que la mujer debe ser conciente que es solo una etapa en el proceso de la vida, donde se requiere que de antemano se eduque tempranamente acerca de los cambios fisiológicos, así como visitar regularmente al ginecólogo para su control hormonal, pero debemos de recordar que en el envejecimiento exitoso, se debe superar dicho periodo para llegar al envejecimiento exitoso y si no se supera tendremos un envejecimiento no exitoso.

Actividad sexual.

La actividad sexual depende del mutuo acuerdo de la pareja, en ambos géneros tiende a disminuir la libido y las secreciones genitales; son útiles los lubricantes con base en agua.

En el adulto mayor, tanto como en el joven debe privilegiarse la relación sexual exclusivamente con su pareja, si alguna vez se llegara a requerir, no dejar de usar el condón, aún en la tercera edad.

Visión.

El cristalino con frecuencia se opaca por la presencia de cataratas, que representan una de las principales causas de consulta especializada, de hospitalización y la principal de cirugía en adultos mayores en las instituciones médicas, que pueden disminuir significativamente la visión y predisponerlos a accidentes.

Es necesaria la revisión oftalmológica desde antes de los 65 años y con la periodicidad que el propio oftalmólogo lo determine, para identificar y tratar oportunamente tanto las cataratas, como el glaucoma y la degeneración macular, capaces de llevar a la ceguera.²³

Audición.

La capacidad auditiva disminuye por otosclerosis, conduciendo a las personas mayores al aislamiento y a la depresión, el sentido del equilibrio se deteriora y puede haber caídas frecuentes.

²³ Idem

Piel.

La piel se adelgaza, se reseca y aparecen en ella manchas café, que es necesario vigilar y tratar cuando se requiera, la pérdida de elasticidad en la piel predispone hacia las “honorables” arrugas, que unidas a las “elegantes” canas y la implacable caída del cabello, se asocian con el envejecimiento, a consecuencia de este adelgazamiento con gran frecuencia se presentan las heridas que pueden ir de simples a la gran complejidad de heridas en miembros inferiores, afectando al individuo, y siendo más difícil la cicatrización.

Accidentes.

Al envejecimiento los reflejos disminuyen ocasionando en algunos la presencia de los accidentes, estos si bien no se pueden evitar, si se puede tomar las medidas de previsión y prevención que deberían caracterizar a los adultos mayores, serían suficientes para llevarlos a evitar riesgos innecesarios y hacer conciencia de las limitaciones propias, el adulto mayor debe ser particularmente responsable y conciente de sus facultades y habilidades para conducir vehículos y no exponerse, ni exponer a otros a un accidente.

Dentro de los accidentes más comunes, ya sea en el domicilio del paciente, u hospitalización, son las caídas, por lo cual se explica de manera breve la prevención y atención de caídas en el adulto mayor:

Se define como caída: la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo, generalmente al piso, contra su voluntad, esta suele ser repentina, involuntaria e insospechada y puede ser confirmada o no por el paciente o un testigo.

El porcentaje que se considera en México es del 65% de las personas adultas mayores que viven en comunidad, mientras que un 20% en pacientes hospitalizados, las consecuencias más temibles de las caídas se encuentran las fracturas que se producen en uno de cada diez eventos, las fracturas de húmero, muñeca, pelvis y cadera se consideran edad dependientes ya que son producto de los efectos de la osteoporosis y la caída.

Factores de riesgo intrínsecos: son las características físicas de un individuo como la edad, mayores de 80 años, generalmente se da más en el sexo femenino, la presencia de desarrollo cognoscitivo, dificultad de la movilidad, presencia de vértigo, trastornos visuales o vestibulares, la incontinencia urinaria, el consumo de medicamentos antidepresivos o sedantes.

Factores de riesgo extrínsecos: son todos los relacionados al medio ambiente, ya sea, el uso de zapatos, bastones, andaderas que se encuentren en malas condiciones, así como la mala iluminación, camas altas, pisos irregulares, resbaladizos, escaleras inseguras, tapetes arrugados etc.

Recordemos que la prevención, es la parte más primordial para evitar las caídas, basado en la educación para la salud, sensibilizar al paciente y familiares acerca de la identificación de los factores de riesgo, ya mencionados, para la modificación del entorno, así como el trabajo en equipo con el personal de salud. Tal es el caso de una buena valoración médica con el fin de tomar acciones preventivas y de rehabilitación, no se debe olvidar que las caídas son prevenibles en el mayor número de los casos. Y si el paciente sufrió alguna caída se debe acudir de inmediato con su médico para su atención.

En el siguiente párrafo se citara brevemente la osteoporosis, como una de las patologías más frecuentes que suele presentarse en el adulto mayor.

Como definición: “enfermedad caracterizada por una masa ósea baja, deterioro de la microarquitectura del hueso y aumento de la fragilidad con el aumento de la posibilidad de padecer mas fracturas”²⁴ por lo regular se da más en el género femenino, en edades de 45 a 75 años, los factores de riesgo relacionados a la osteoporosis son las fracturas, consumo de tabaco, nutrición, (falta de ingesta de calcio y vitamina D) ejercicio, menopausia precoz, lo cual disminuye la masa ósea.

El diagnostico se basa en una historia clínica, estudios de gabinete, como la densitometría ósea, el tratamiento se basa en un esquema terapéutico de vitamina D y calcio, en definitiva consiste en la prevención, con la educación para la salud, para evitar y prevenir episodios catastróficos importantes como las fracturas de cadera entre otras.²⁵

Pero todas las alteraciones de aparatos y sistemas que se presentan en el transcurso del tiempo debe ser tratado, dignamente y sobre todo previniendo a tiempo por lo cual el individuo en forma independiente debe conocer las medidas

²⁴ CANO G. Carlos Alberto, Hernán López, Gómez Fernando. Geriátría, Corporación para Investigaciones Biológicas, Colombia, 2007, Pág. 459-464

²⁵ Idem

de autocuidado para limitar el daño y retrasar en lo posible las complicaciones en cada una de ellas, por lo anterior abordare la teoría de autocuidado de Orem.

Capítulo II

Teoría de Dorotea Orem

2.1.- Teorías y modelos de enfermería

Es necesario tomar el siguiente texto acerca de las teorías y modelos que maneja enfermería, para el desarrollo de los cuidados, que brinda el personal profesional.

Estos modelos conceptuales no son realmente nuevas para la enfermería, han existido desde que Nigtingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería, así como Nigtingale tuvo sus propias ideas de la enfermería todos los profesionales de enfermería tienen una imagen privada de la práctica de enfermería y esta influye en las decisiones y guía las acciones que tomamos.²⁶

Estas ideas globales de lo que se entiende por enfermería, ha sido organizado por Fawcett, a través de lo que denomina “Estructura del conocimiento”, donde sitúa al metaparadigma, filosofías, modelos conceptuales, teoría e indicadores empíricos en una estructura descendente que vincula el mundo abstracto con el mundo concreto, para lo cual abordare algunos términos como:

Metaparadigma se entiende como los conceptos globales del fenómeno de interés de la disciplina de enfermería, persona, salud, entorno y enfermería, los cuales han sido conceptualizados de manera diferente por distintas enfermeras para dar lugar a la generación de modelos conceptuales, mientras que los modelos conceptuales son definidos como un conjunto de conceptos abstractos y generales,²⁷ ya que explican de manera general el fenómeno del cuidado, pero los modelos conceptuales son más complejos y generales que las teorías, estos otorgan una explicación muy amplia sobre algunos fenómenos de interés para la enfermería.

Los modelos son representaciones de la realidad de la practica y representan los factores implicados y la relación que guardan entre sí, se convierten en un instrumento que permanentemente recuerda los distintos aspectos del cuidado

²⁶ Fawcett. 1996. [Http//.Artemisa.unicausa.eda.col](http://.Artemisa.unicausa.eda.col). Teorías y Modelos

²⁷ Idem

de enfermería y la relación entre los factores físicos, psicológicas que se debe tener en cuenta al brindar estos cuidados.²⁸

Estos modelos ofrecen una visión global de los parámetros generales de la enfermería que incluyen ideas sobre la naturaleza y el papel del paciente y de la enfermera, sobre el entorno o cultura en donde se desarrolla la enfermería, sobre el objeto o función de la misma, cual es el cuidado de la salud y sobre las acciones o intervenciones de enfermería, todos estos conceptos se pueden caracterizar de la siguiente forma:

- ✓ La persona que recibe los cuidados
- ✓ El entorno en el existe la persona
- ✓ El concepto de salud, como meta de la persona en el momento de su interacción con la enfermera.
- ✓ Las propias acciones de enfermería.

Entre los modelos conceptuales están el modelo del “Déficit del autocuidado”, de Dorotea Orem; en Modelo de Adaptación de Sor Calixto Roy, el “Modelo de Sistemas Comportamentales” de Dorohty Jonson, “Los Cuatro Principios de Conservación” de Myra Astrid Levine.

La diferencia entre un modelo y teoría consiste en el nivel de desarrollo alcanzado; las teorías muestran un ámbito menos extenso que los modelos y son más concretas en su nivel de abstracción, se centran en el desarrollo de enunciados teóricos para responder a cuestiones específicas de enfermería.

En las teorías se mencionan las siguientes: “La enfermera Psicodinamica” de Hildegard Peplau, “Adopción del papel maternal” de Ramona Mercer y “Modelo de Promoción de la Salud” de Nola Pender.

Tanto las teorías como los modelos están elaborados por conceptos y Fawcett los define como palabras que describen imágenes mentales de los fenómenos, no se limitan a un grupo, situación e individuo particular, son generales, estos se relacionan para explicar distintos fenómenos de interés para la disciplina.²⁹ Como lo hicieron: Orem sobre el “Deficit del Autocuidado”, Roy, adaptación y estímulo, Herdenson; Necesidades básicas.

²⁸ Fawcett. 1996. [Http://Artemisa.unicausa.eda.col](http://Artemisa.unicausa.eda.col). Teorías y Modelos

²⁹ [Http://Artemisa.unicausa.eda.col](http://Artemisa.unicausa.eda.col). Teorías y Modelos.

No todos los modelos y teorías se aplican a todas las situaciones en las que esté involucrada enfermería, sino solo a una pequeña parte de todos los fenómenos de interés para la enfermería, es importante saber que los modelos y teorías de enfermería se aplican para facilitar la práctica de enfermería en la investigación, educación, administración y práctica clínica, para lo cual abordare cada una:

En relación a la educación, los modelos y teorías guían el proceso general para elaborar un plan de estudios; los programas y las actividades de enseñanza aprendizaje.

En la administración; provee una estructura sistemática para observar las situaciones e interpretar las situaciones administrativas del cuidado de enfermería de manera particular.

En la práctica clínica; proveen guías generales para la práctica con un enfoque y organización basada en los conceptos propuestos, por el modelo conceptual y en el método de trabajo de enfermería o Proceso Atención Enfermería, hoy llamado cuidado enfermero.

En cuanto a la investigación; las teorías y modelos facilitan la organización del conocimiento y guían al investigador con respecto al problema a estudiar, metodología, instrumentos, procedimientos, diseño, plan de análisis y todo el proceso de investigación, la investigación a su vez evalúa a la teoría, ya que puede desechar o realizar modificaciones con base a resultados obtenidos.

Los profesionales de Enfermería basan su Práctica en un modelo o marco conceptual de los cuidados de enfermería.

Y todo modelo conceptual debe incluir:

- ✓ Descripción de la persona que recibe la atención de enfermería
- ✓ Descripción general de la naturaleza, medio ambiente, incluyendo su contexto sociocultural.
- ✓ Naturaleza de la profesión: la Enfermería se concibe como una disciplina de ayuda, con énfasis en las relaciones interpersonales enfermera-usuario, lo que permite establecer que en enfermería la persona interactúa como participante de las intervenciones.
- ✓ Salud: este concepto articula los tres anteriores, constituye el objeto de la Enfermería que es promover, prevenir, recuperar y/o mantener en un nivel óptimo la salud en las personas.³⁰

³⁰ Idem

Como hemos visto, es de gran importancia conocer lo significativo de los modelos y teorías así como también el desarrollo de las teorías de enfermería que a continuación se mencionan.

Desarrollo de las teorías de Enfermería

La ciencia de la enfermería se derivó principalmente de las ciencias sociales, biológicas y médicas a partir de los años 60, del siglo XX un número mayor de profesionales se dedicó a desarrollar modelos de enfermería, que brindan las bases para elaborar teorías y avanzar en el conocimiento de la profesión.

La teoría proporciona los conocimientos necesarios para perfeccionar la práctica diaria mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.

La enfermería es una disciplina práctica y por lo tanto las ideas innovadoras deben surgir de la práctica con una buena fundamentación teórica, en relación con las necesidades de cuidado para mantener la salud de los individuos y la sociedad, las teorías son verificadas y validadas a través de la investigación y proporcionan una orientación para esa investigación.

Las características que deben tener son las siguientes:

- ✓ Deben ser lógicas, relativamente simples y generalizadas
- ✓ Estar compuestas por conceptos y proposiciones
- ✓ Relacionar conceptos entre sí
- ✓ Proporcionar bases de hipótesis verificables
- ✓ Pueden describir un fenómeno particular, explicar las relaciones entre los fenómenos.
- ✓ Predecir o provocar un fenómeno deseado
- ✓ Pueden y deben ser utilizadas por la enfermería para orientar y mejorar la práctica.

En cuanto a los niveles del desarrollo de las teorías se cita lo siguiente:

- ✓ Las Metateoría: se centra en aspectos generales, incluyendo el análisis del propósito, el tipo, la propuesta y la crítica de fuentes y métodos para el desarrollo de la teoría.
- ✓ Los Metaparadigma: son de contenido abstracto y de ámbito general; intentan explicar una visión global útil para la comprensión de los conceptos y principios clave.

- ✓ Las teorías de Medio Rango: tienen como objetivo fenómenos o conceptos específicos, tales como el dolor y el estrés; son de ámbito limitado, pero lo suficientemente generales como para estimular la investigación.
- ✓ Las Teorías Empíricas: se dirigen al objetivo deseado y las acciones específicas necesarias para su realización, son definidas brevemente.³¹

Por lo anterior podemos decir que existe una vasta referencia acerca de los modelos, teorías, así como su finalidad, en la profesión de enfermería. En este sentido abordar la Teoría de Orem, en las siguientes páginas, no sin antes conocer brevemente su biografía.

2.2.- Antecedentes

Orem nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl, se graduó en 1930, al comienzo de su profesión se desarrolla en áreas como: enfermería quirúrgica, servicio domiciliario, pediatría, servicio adulto, profesora de ciencias, de 1940 a 1949 fue directora de la escuela y departamento de enfermería del Hospital Providence de Detroit.

En el período de 1949 a 1957 estando en Indiana, se fijó como meta la mejora de la calidad de la enfermería en los hospitales de todo el estado, desarrollando su definición de la práctica de enfermería; en 1958 a 1960 fue asesora de programas de estudios en el Department of Health, Education and Welfare, desarrollando un proyecto de mejora en la formación práctica de las enfermeras, donde nace la interrogación: ¿Cuál es el tema principal de la enfermería?, su respuesta se publica en 1959 "Guidelines for Developing curricula for the Education of Practical nurses".³²

En 1976 le entregan el título honorario de Doctor en Ciencias, de la Georgetown University; que sería el primer reconocimiento de otros posteriores, para 1984 se jubila pero sigue trabajando con colaboradores en el desarrollo de la Teoría Enfermera Del Déficit del Autocuidado, fallece el año 2007 a los 93 años de vida, en Savannah, Georgia.³³

³¹ [Http://Artemisa.unicausa.edu.col](http://Artemisa.unicausa.edu.col). Teorías y Modelos.

³². Ann Marriner Tomey, Martha Alligood, Modelos y teorías de enfermería, Mosby, 5 Edición pag 189-207 Directrices para el desarrollo de planes de estudio para la educación de enfermería práctica.

³³ Idem.

Las teorías o modelos de enfermería que están basadas en cuatro elementos fundamentales que son llamados metaparadigmas:

- ✓ Persona
- ✓ Entorno
- ✓ Salud
- ✓ Rol profesional (Enfermería)

Dorotea Orem definió el concepto de persona, salud y enfermería de la manera siguiente:

Concepto de persona:

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante, como tal es afectado por el entorno, 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 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, los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

Concepto de Salud:

La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes, significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que 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.³⁴

³⁴ R.L Wesley (1997) Teorías y Modelos de Enfermería. Mc Graw-Hill. Interamericana, México

Concepto de Enfermería:

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su auto cuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. ³⁵

Concepto de entorno:

Representa todos los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados y la capacidad para ejercerlos los cuales facilitan el desarrollo de la persona.

Asunción del modelo:

- ✓ Presupone que el individuo tiende a la normalidad
- ✓ El paciente tiene la capacidad, quiere participare en el autocuidado

Practica de la teoría de Orem: Si se lleva a la práctica la Teoría de Orem deben seguirse los siguientes pasos:

Primer paso:

- ✓ Implica el examen de los factores, los problemas de salud y del déficit de autocuidado.
- ✓ Abarca la recolección de datos acerca de estas áreas y la valoración del conocimiento y habilidades, motivación y orientación del cliente. El análisis de los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería

Segundo paso:

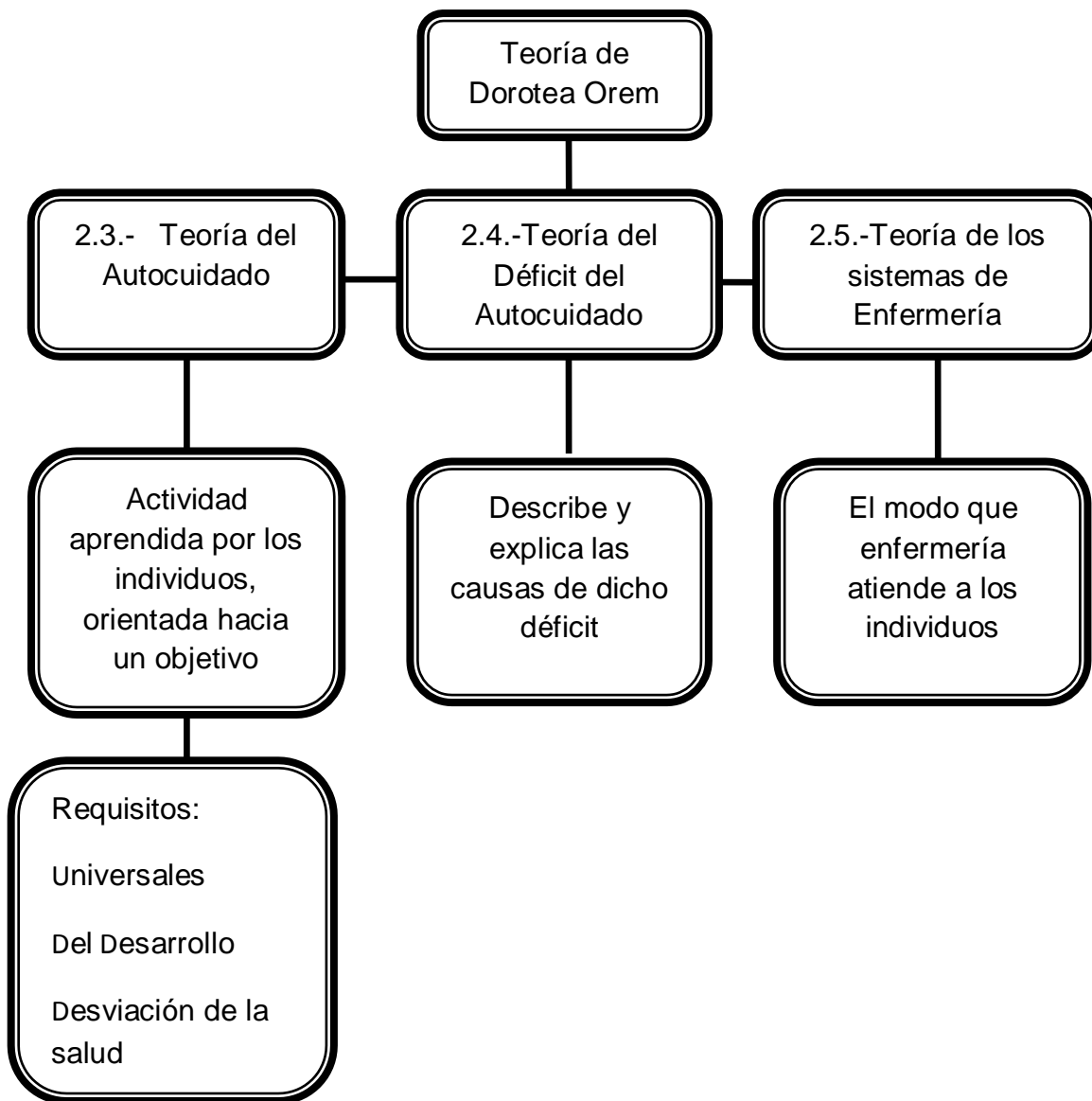
- ✓ Implica el diseño y la planificación. Se centra en capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud

³⁵ Wesley. R.L Teorías y Modelos de Enfermería. Mc Graw-Hill. Interamericana, México .1997

Tercer paso:

- ✓ Supone poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador.
- ✓ Se lleva a cabo por la enfermera y el cliente juntos

Por lo tanto tenemos que la teoría de Orem está constituida por tres aspectos fundamentales los cuales son Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit del Autocuidado y la Teoría de los sistemas de enfermería., las cuales se describe en el cuadro siguiente:



2.3.- Teoría del Autocuidado:

El autocuidado es una acción de las personas maduras y en proceso de maduración que han desarrollado las capacidades para cuidar de sí mismas en sus situaciones ambientales, las cuales tienen la capacidad para el requisito de la acción.³⁶

Esta teoría explica el concepto del autocuidado como "Una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Por lo tanto el individuo va desarrollando las medidas del cuidarse a sí mismo, por medio del aprendizaje desde las diferentes etapas de la vida, hasta alcanzar la madurez.

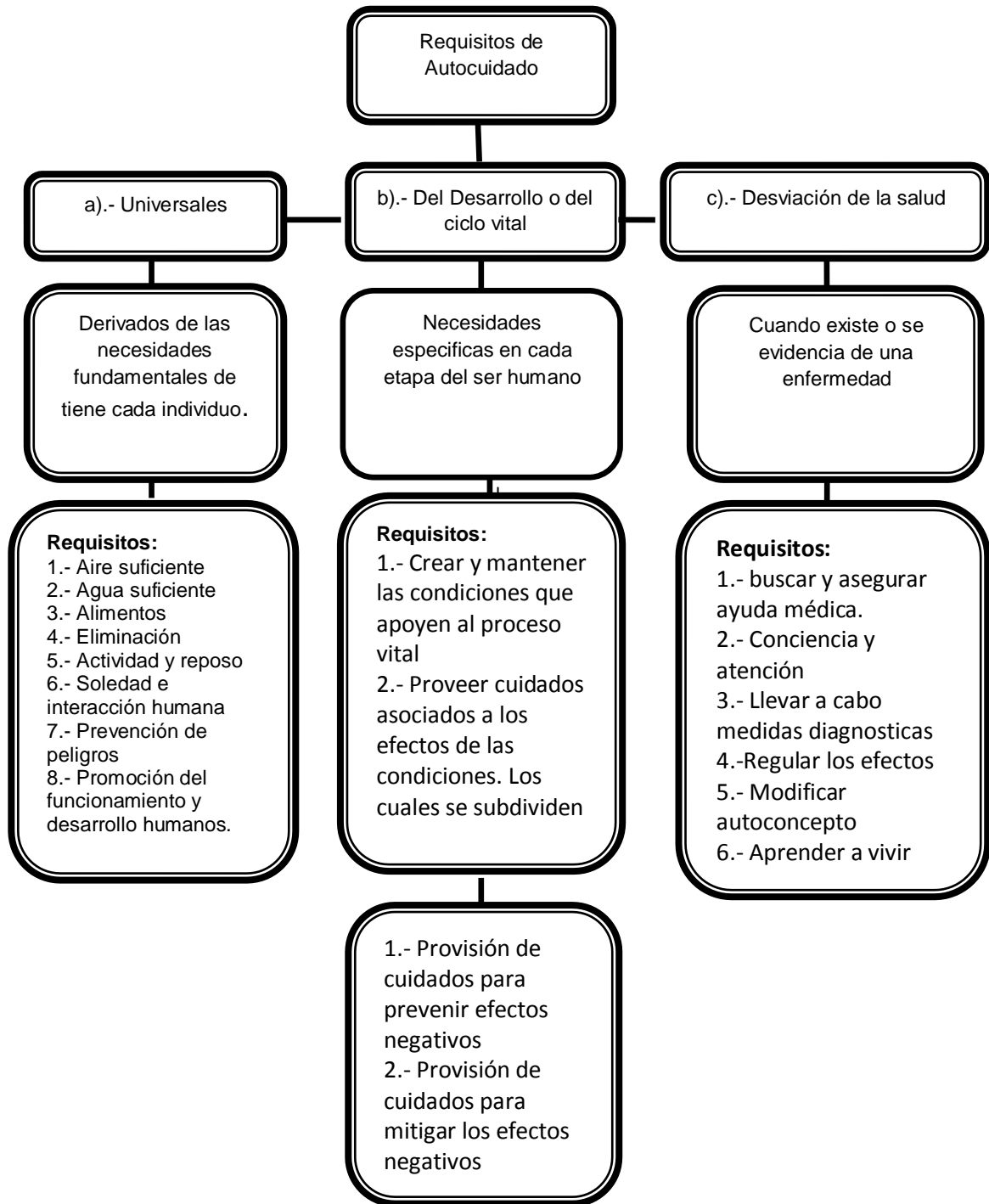
Donde se ve influenciado por su contexto histórico, donde se desarrolla, así como los hábitos, costumbres, que se generan a nivel familiar o social, que las acciones que toma, tendrán repercusión en su vida actual y futura.

Esta teoría define tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado.

- a).- Universales
- b).- Del Desarrollo
- c).- Desviación de la salud.

Los cuales se desglosan en el siguiente cuadro, y se describen en las siguientes páginas:

³⁶ Orem. Modelo de conceptos de enfermería en la práctica, Edit. Salvat-Masson, Barcelona, pag.131.



a).- Requisitos de Autocuidado Universal

En este modelo contempla los diferentes niveles de salud, ya que contiene la integralidad de la persona abarcando los aspectos biológicos, psicológicos, culturales, espirituales, etc, que se describen en los ocho requisitos de autocuidado universal comunes a todos los seres humanos, estos son los siguientes:

1. El mantenimiento de aporte de aire suficiente
2. El mantenimiento de un aporte de agua suficiente
3. El mantenimiento de un aporte de alimentos suficientes
4. La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo
6. El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos
8. La promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.³⁷

b).- Requisitos de autocuidado del desarrollo:

Los cuales promueven las condiciones necesarias para la vida y la maduración, ayudan a prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

Existen dos tipos de requisito del desarrollo:

1.- Uno de ellos es crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos del desarrollo, esto es el progreso humano.

2.- El otro es el proveer cuidados asociados a los efectos de las condiciones que se pueden afectar adversamente el desarrollo humano, estos a su vez se subdividen en:

1.1-Provisión de cuidados para prevenir efectos negativos en tales condiciones.

1.2.-Provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes en condiciones

³⁷ Idem

c) Los requisitos para el Autocuidado de Desviación de la salud

Que surgen o están vinculados a los estados de salud, se refiere a las personas que cursan ya con una enfermedad o lesión, así como complicaciones a causa de la patología, donde existe un diagnóstico y tratamiento médico, alterando toda la integralidad de la persona, ocasionando requisitos de autocuidado particulares, para este requisito, se cuenta con seis categorías las cuales de manera breve se enlistan a continuación:

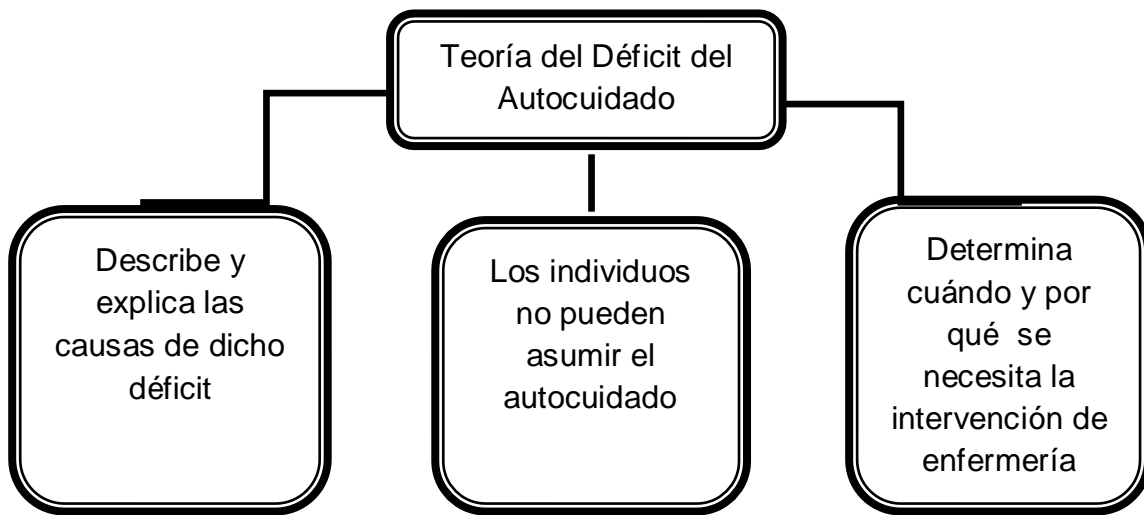
1. Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada para la exposición a agentes físicos o biológicos, así como las condiciones psicológicas asociadas con la patología humana.
2. Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
3. Llevar a cabo las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, para la atención, prevención, corrección, o la compensación de las incapacidades.
4. Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritas por el médico que producen malestar o deterioro incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
5. Modificar el autoconcepto (y la autoimagen) para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitado de formas específicas de cuidados de salud.
6. Aprender a vivir con los defectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuado.³⁸

2.4.- Teoría del déficit del autocuidado:

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit, los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente, determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

³⁸ Idem.

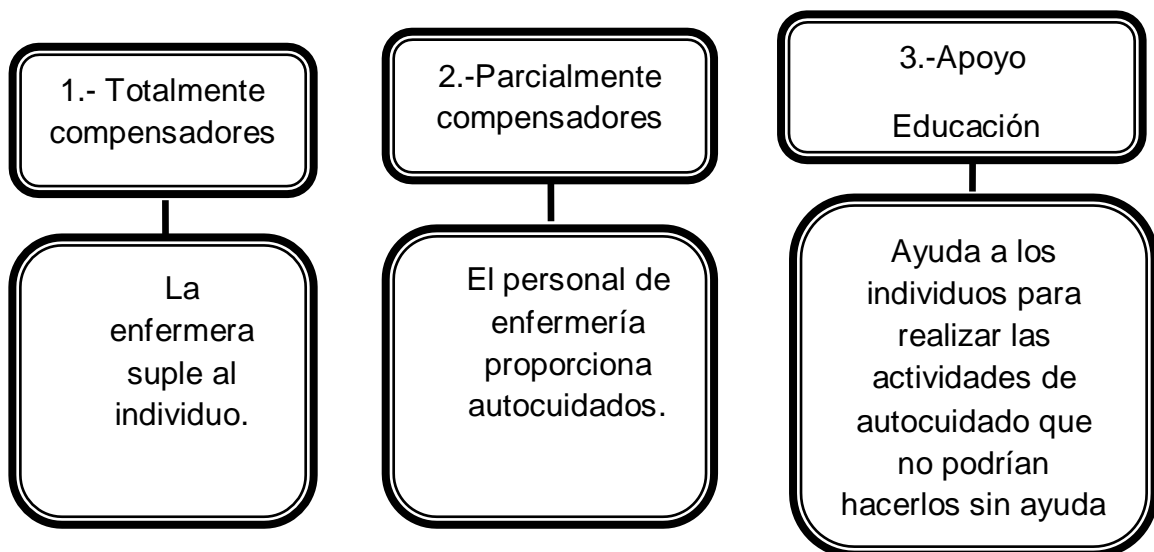
Que se observa en el cuadro siguiente:



Esta teoría explica causas, o factores que impiden llevar a cabo el autocuidado, que parte de las propias realidades del entorno, y del individuo, donde no se asume directamente el cuidado de sí mismo, por lo tanto da la pauta para enfermería que realiza sus intervenciones apropiadas en beneficio del cliente. Basadas en la teoría de los sistemas de enfermería, que son nuestros objetivos que se le brindaran al cliente y que a continuación se citan:

2.5.- Teoría de los sistemas de enfermería:

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas de enfermería:



1. Donde en este primer punto se requiere de la total cooperación del personal de enfermería para ayudar al individuo, de actuar en lugar de él,
2. Mientras que en el parcial, solo requiere ayuda en actividades terapéuticas,
3. En tercer punto se encuentran las de apoyo educación, es la enseñanza del cuidado, dirigida en la prevención, rehabilitación, del individuo.

Y 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, 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.

Por lo tanto retomando el concepto de autocuidado:

Es la responsabilidad que tiene un individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud y este se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.

De aquí podemos concluir que todos tenemos la capacidad para cuidarnos y lo aprendemos a lo largo de nuestra vida; principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales, no es extraño reconocer en nosotros mismos prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades.

Y este 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.

De tal manera que el papel de enfermería cuenta las estrategias para ejecutar las medidas de autocuidado con anterioridad mencionadas basadas no solo en la teoría, sino en la trayectoria de una praxis integral, para lo cual se requiere de la demanda de autocuidado terapéutico que a continuación se describe:

Autocuidado terapéutico

La conceptualización de esta demanda de autocuidado terapéutico se baso en la acción intencionada,³⁹ donde menciona que los propósitos u objetivos a lograr serán a través de situaciones concretas de la demandas de los propios

³⁹ Orem. Modelo de conceptos de enfermería en la práctica, Edit. Salvat-Masson, Barcelona, 1993, pag.151-161

pacientes, tomando en cuenta los factores intrínsecos y extrínsecos que afectan al funcionamiento y desarrollo humano, tomando en cuenta los aspectos básicos, socioculturales, así como los obstáculos y disponibilidad de los recursos para la aplicación de las medidas de autocuidado terapéutico.

Para la aplicación de este cuidado existe el cálculo de autocuidado terapéutico, que se realiza de componente a componente, en el cual la unidad de demanda de autocuidado terapéutico, se conoce a través de:

- ✓ Identificación, formulación y expresión de un único requisito de autocuidado en relación con el funcionamiento y desarrollo humanos.
- ✓ Identificación de la presencia de condiciones humanas y ambientales
- ✓ Determinación de los métodos o tecnologías para la satisfacción del requisito en las condiciones y circunstancias tanto humanas como ambientales predominantes.
- ✓ Establecimiento de los grupos y secuencias de acciones que deben realizarse cuando se selecciona un método y/o tecnología.⁴⁰

En donde es necesaria la participación de los profesionales de enfermería para llevar a cabo la valoración y definir el tipo de cuidados que se deben brindar de acuerdo a las demandas de cada paciente.

Es necesario mencionar que existen variaciones de acuerdo a la complejidad de cada requisito de autocuidado. Algunas ya mencionadas con anterioridad.

- ✓ Demanda de autocuidado de prevención primaria:
- ✓ Requisitos de autocuidado universal.
- ✓ Requisitos de autocuidado del desarrollo
- ✓ Demanda de autocuidado de prevención secundaria y terciaria:

Requisitos de autocuidado de desviación de salud o de autocuidado de desarrollo. Así como de requisitos de autocuidado universal⁴¹.

⁴⁰ Idem. Pág. 151

⁴¹ Idem

Por lo que en la atención de prevención se establece cuidados continuos o se promoverá un estado de salud más deseable encaminado al bienestar integral de cada individuo.

De manera que se requiere la aplicación de la Teoría del Autocuidado para involucrarse de manera directa, en las medidas que el personal de enfermería práctica en ellas mismas, para la obtención de calidad de vida, y por ende un envejecimiento exitoso.

En el siguiente capítulo se abordara de manera breve y general la salud de las mujeres en México, los datos epidemiológicos, así como los problemas que aquejan al personal de enfermería, así como la importancia de la profesión, estilo y calidad de vida.

Capítulo III

Salud en la mujer mexicana

3.1.- Panorama general

La Salud en México, ha mejorado en el último medio siglo, hecho que refleja de manera muy clara en la esperanza de vida al nacimiento: entre 1950 y 2005 el país ganó 27 años en este indicador, hoy las mujeres mexicanas pueden esperar vivir casi 78 años y los hombres casi 73.

El perfil demográfico es causa y consecuencia del perfil epidemiológico del país. La estructura por edad muestra una población que envejece paulatinamente, con el desplazamiento ascendente de la edad mediana, una menor participación de la población infantil, y un crecimiento de los grupos de edad medios, en edad productiva, así como el incremento acelerado de la población mayor de 65 años.

En consecuencia también las principales causas de muerte se han modificado, las infecciones comunes y los padecimientos ligados a la desnutrición y a la reproducción, que ocupaban los primeros sitios entre las causas de muerte, fueron desplazados por las enfermedades como: diabetes, cáncer, enfermedades cerebro y cardio-vasculares, así como: enfermedades mentales, adicciones y lesiones accidentales e intencionales, en contraste, las enfermedades no transmisibles pasaron de concentrar 44% de las muertes en 1950 a 74% en el año 2004, el porcentaje atribuible a las lesiones, sea por violencia o por accidentes, pasó de 6 a casi 11% en ese mismo periodo.⁴²

En este sentido los padecimientos no transmisibles y las lesiones requieren de tratamientos más complejos, prolongados y costosos que los exigidos por las infecciones comunes y los problemas relacionados con la desnutrición y la reproducción.

Lamentablemente el sistema mexicano de salud no cuenta con recursos suficientes para enfrentar el nuevo perfil de enfermedades que se presenta en la población, estas dos situaciones-la importancia creciente de las enfermedades no transmisibles y la inversión insuficiente de salud-, junto con la necesidad de ordenar y redistribuir el gasto público en salud, motivaron una reforma a la Ley General de Salud en 2003, que dio origen al Sistema de

⁴² www.funsalud.org.mx. La Salud en México: 2006/2012. Pág. 21-28. Visión Fun Salud.

Protección Social en Salud y a su abrazo operativo, el Seguro Popular de Salud.⁴³

La reforma también ha permitido movilizar recursos adicionales para la salud. En 2005, el gasto en salud como porcentaje del PIB se incremento a 6.5% gracias, sobre todo, al aumento del gasto público, se prevé que en 2010, mediante esta movilización de recursos, el gasto en salud representará alrededor de 7% del PIB, aunque se trata de un incremento importante, esa cifra todavía se ubicara apenas en el promedio latinoamericano-muy por debajo del nivel de gasto de otros países de ingresos medios de la región.

Para alcanzar este nivel será necesario buscar y movilizarse por medio de estrategias innovadoras y sustentables de ampliación y redistribución del gasto público.

La atención adecuada de estas necesidades exigirá también la implantación de diversas medidas que garanticen mayor salud por el dinero invertido, lo que supone una oferta de servicios oportunos, seguros y efectivos.⁴⁴

Sin embargo ante este plan, siempre existen limitaciones las cuales se describen de la manera siguiente:

Obstáculos al desempeño

Para poder garantizar la atención a la salud es necesario superar diez grandes obstáculos, siete de ellos identificados en el estudio de Economía y Salud y que aún están presentes en el sistema de salud: inequidad, inseguridad, insuficiencia, inflación, inadecuada calidad, insatisfacción, ineficiencia inadecuada información, inercia e intereses creados, las cuales se explican a continuación:

La inequidad: se refiere a un acceso diferencial a los recursos-financieros, materiales y humanos- y servicios para la salud entre distintos grupos poblacionales y entre entidades federativas, que se refleja en diferencias en las condiciones de salud, las poblaciones no aseguradas del país tienden a recibir menores recursos públicos pe cápita para la salud que las poblaciones aseguradas.

⁴³ Idem.

⁴⁴ Idem.

Las entidades del norte del país reciben más recursos públicos, que las regiones del sur, un ejemplo de ello es que la población de Baja California Sur ascendió en 2005 a 2,128 pesos, mientras que en Guerrero fue de 773 pesos.⁴⁵

En este rubro el Seguro Popular de Salud también ha ayudado a cerrar brechas, pero todavía hay un importante rezago que combatir, sobre todo en lo que se refiere a las poblaciones indígenas, que presentan aún los valores más bajos del país en los indicadores de gasto en Salud, acceso a recursos humanos (enfermeras, médicos) y materiales (camas y quirófanos), cobertura de servicios (atención prenatal, atención institucional del parto) y condiciones de salud, en este último rubro destaca la persistencia en estas poblaciones de problemas de salud (diarreas, infecciones respiratorias y problemas relacionados con la desnutrición y la reproducción) para los cuales se cuenta con intervenciones efectivas y poco costosas.

La inseguridad se refleja en el alto porcentaje de hogares mexicanos que sufren gastos catastróficos o empobrecedores al atender sus necesidades de salud, hasta diciembre de 2005 la implantación del Seguro Popular de Salud había permitido extender la protección social en salud acerca de doce millones de mexicanos que en 2003 no gozaban de beneficios de la seguridad social, sin embargo debe ampliarse para alcanzar a todos los mexicanos.

En cuanto a la insuficiencia esta relaciona de manera muy estrecha con el nuevo perfil epidemiológico del país, el cual obliga a movilizar mayores recursos financieros con el fin de atender problemas de salud más complejos, más prolongados y más costosos.

Acerca de la inflación en salud es consecuencia, sobre todo, de las continuas innovaciones tecnológicas en el sector, las cuales han hecho que los precios de los productos y los servicios para la salud se incrementan a un ritmo mayor que el índice general de precios, esto obliga al sistema de salud a un uso más eficiente y racional de sus siempre limitados recursos.

La inadecuada calidad se manifiesta tanto en los componentes técnicos como en los interpersonales de la atención a la salud, lo mismo en el sector público que en el privado existe una enorme variación en la calidad con la que operan los servicios, hay unidades públicas y privadas de salud de excelencia, pero también centros de atención ambulatoria y hospitales que ofrecen servicios de baja efectividad y son inseguros.⁴⁶

⁴⁵ Idem.

⁴⁶ Idem.

Mientras que la insatisfacción es un reflejo de la calidad heterogénea de los servicios, se han hecho progresos importantes en la atención pronta, en el trato digno a los usuarios y en el abasto de medicamentos, pero estos progresos deberán extenderse a todo el sistema para mejorar el nivel general de satisfacción de los usuarios con los servicios.

La ineficiencia se refleja en una baja productividad de los recursos en algunas instituciones (médicos, consultorios y quirófanos), mientras que en otras el problema es de sobreutilización de los recursos asociada a un exceso en la demanda que se pone en riesgo la calidad de la atención, así como los altos gastos de la administración.

En cuanto a la inadecuada información y la brecha en materia de tecnología de la información impiden la documentación objetiva de los problemas y el apoyo al diseño, implantación y evaluación de los programas y políticas de salud, por ejemplo en algunas entidades federativas, todavía hay problemas de subregistro de las defunciones infantiles y maternas, esto ha influido en la falta de transparencia y ha impedido el establecimiento de procesos institucionalizados de rendición de cuentas.

Por otro lado la inercia genera resistencias al cambio en todos los niveles del sistema, las cuales sólo pueden combatirse con la formación de una nueva cultura institucional que incorpore incentivos generadores de comportamientos eficientes y comprometidos con el objetivo último del Sistema Nacional de Salud: mejorar las condiciones de salud de la población.

Finalmente, los intereses creados, reflejados, entre otras cosas, en la apropiación corporativista de las políticas sociales y las instituciones públicas, han dificultado la implantación de las reformas financiera y organizacional que el sistema de salud requiere para adaptarse a los cambios demográficos, epidemiológicos, tecnológicos y políticos que vive el país.⁴⁷

Por lo anterior, podemos observar que la situación que vive el país, tiene grandes retos, en cuestión de la salud, altos costos, problemas sociales, falta de una reestructuración integral, aun así con las implementaciones que se dan en cada cambio de gobierno, o de las reformas que se realizan, necesitamos,

⁴⁷Idem.

generar más la participación del profesional de enfermería a nivel político, social, así como la toma de conciencia ante esta compleja realidad, a partir de nuestro lugar, con los medios que se tienen para fomentar el bien común, y ante todo contrarrestar dentro de lo posible los obstáculos para el desarrollo de la salud, no solo a nivel social, sino partiendo de la propia persona y entorno del profesional de salud.

En este sentido ante la problemática general que se vive en nuestro país, es necesario retomar que las enfermedades más sobresalientes son las crónico-degenerativas como: Diabetes, Hipertensión arterial, Sobrepeso, Obesidad, Cáncer de mama, Cáncer Cervico Uterino, Complicaciones durante el embarazo y Enfermedades de transmisión sexual.

Donde también se incluye la violencia intrafamiliar, laboral, altos niveles de estrés, así como los factores de los sistemas económicos, sociales, políticos o culturales, etc., dando como consecuencia un deterioro en la etapa del adulto mayor por las situaciones ya mencionadas.

Y esto afecta de manera directa la salud en la mujer que como ya hemos visto va desde los más complejo a situaciones específicas ocasionada por múltiples factores asociados a los estilos de vida, o hábitos adquiridos, aunado con el proceso de envejecimiento el cual es irreversible, a continuación se mencionan algunos porcentajes de dichas patologías.

Epidemiología

En México, 30% de la población tiene obesidad y 70% sobrepeso, según cifras de la Secretaría de Salud, en el caso de las mujeres adultas, 72% tienen sobrepeso, mientras que los hombres suman 67 %. Hace 10 años, 25 mil 717 de los fallecimientos de mujeres fueron por diabetes vinculada a la obesidad.

Durante el 2010, 5 mil 113 mujeres murieron a causa de cáncer de mama y 3 mil 800 por cáncer cérvicouterino,⁴⁸ en ese año fallecieron 39,913 mujeres por diabetes mellitus, 25,943 por enfermedad isquémica, 15,840 por enfermedad cardiovascular, 8,898 por enfermedad hipertensiva, el reto es de mejorar la

⁴⁸ Fuente: <http://www.vanguardia.com.mx/mexicanasprimerlugarensobrepeso-668207.html>, Artículo del Universal, Marzo 2011

prevención en la mujer, para evitar estas cifras tan alarmantes, por medio de la promoción del autocuidado.⁴⁹

En este sentido comprendemos que se necesita reforzar la educación para la salud, hacer sobre todo énfasis en el autocuidado en todas las personas pero sobre todo en el personal de enfermería.

Para que de manera general la población, comprenda y reflexione la importancia de la propia salud, pero esencialmente el personal de la salud, acerca de lo vive específicamente el personal de enfermería, ya que la labor que realiza conlleva a otra serie de padecimientos ocasionados por el múltiple desgaste físico, psíquico y mental ya que al atender a otros individuos con procesos patológicos se incrementa el riesgo de que sufra mayores daños.

Por lo anterior en las siguientes líneas se aborda brevemente que tipo de riesgos tienen o adquiere el personal profesional en su contexto, así como la importancia de su vocación.

3.2.- Problemas de salud en el personal de Enfermería

El personal de enfermería labora en los diversos niveles de salud, uno de ellos es el de la hospitalización en el cual se enfrentan a la exposición de lesiones al manipular artículos punzocortantes, así como el riesgo de contagiosos infecciosos, se suma además padecimientos, como: infecciones de vías urinarias, respiratorias, enfermedades gastrointestinales, lumbagias, várices, trastornos musculo-esqueléticos.

Dentro de los factores que ocasionan riesgo o daño a la salud del personal, son los *Psicosociales*, los cuales se definen como situaciones o acciones producidas por la interacción humana con el medio político, social, laboral y cultural, los cuales pueden afectar la salud física y mental del trabajador, al no saber equilibrar los altos niveles de estrés, ansiedad, depresión, insomnio, sentimientos de angustia, al estar en contacto permanente con el dolor y la enfermedad.⁵⁰

Así como la sobrecarga de trabajo, ya sea por una Inadecuada organización del trabajo, doble empleo, trabajo nocturno y/o la rotación de turnos, falta de

⁴⁹ Idem

⁵⁰ Gestal JJ. Riesgos del trabajo del personal sanitario. Medicina y Sociedad. Editorial Latinoamericana, McGraw-Hill, Madrid 1989, p. 399 - 415.

condiciones óptimas en el entorno laboral o estímulos de mejoría y más aún el trabajo que realiza en su domicilio.

Todo esto aunado con la falta de ejercicio, actividades de recreación, la falta de una alimentación adecuada, falta de valoración médica, etc. lo cual incide en la calidad de vida.

Importancia de la Profesión de Enfermería

El término profesión, como el de ocupación, se refiere a la dedicación laboral, los profesionales deben empezar a preocuparse de su contribución, a la supervivencia y avance de la enfermería como servicio humano en los grupos sociales.

Con el fin de identificar, resolver y mitigar tipos específicos de problemas humanos de los miembros de la sociedad.⁵¹

El desarrollo profesional exige:

- ✓ Establecer contactos, negociar acuerdos y mantener contactos con las personas que necesitan enfermería y las que buscan para ellos.
- ✓ Interactuar, comunicarse con las personas que reciben cuidados de enfermería y con sus familiares.
- ✓ Dirigir las interacciones y comunicaciones hacia el desarrollo de unidades interpersonales funcionales.
- ✓ Realizar con habilidad creciente las operaciones tecnológico-profesionales de enfermería.
- ✓ Mantener un sentido dinámico del deber en todas las situaciones de la práctica de enfermería.⁵²

Se mencionan solo algunas de estas características, del desarrollo profesional, para comprender que:

Enfermería parte de una estrategia innovadora para la atención de la atención hacia los pacientes de acuerdo a sus necesidades, por medio de proporcionar el cuidado y fomentar el autocuidado.

⁵¹ Orem. Modelo de conceptos de enfermería en la práctica, Edit. Salvat-Masson, Barcelona, 1993, Pág.362

⁵² Orem, Modelo de conceptos de enfermería en la práctica, Edit. Salvat-Masson, Barcelona, 1993, Pág.364

Ya que el objetivo, o la finalidad de su ejercicio es cuidar la salud humana, promover valores, conocimientos, experiencias, de dar respuesta a los diversos problemas de salud, para la satisfacción del cliente, no solo de resolver sus necesidades, sino de invitarlos a ser los actores principales del propio cuidado de la salud por medio de la docencia.

Donde la creatividad, el arte, y las relaciones profesionales se conjugan para la retroalimentación entre el mismo personal de enfermería para el beneficio propio y de los pacientes para el bienestar integral.

En este sentido la formación profesional tiene gran relevancia, además de una serie de hábitos, costumbres, creencias, que se adquieren desde el nacimiento, y durante el proceso desarrollo humano, donde el estilo y calidad de vida se ven inmersos.

Por lo que abordaremos los conceptos de estilo de vida, enfermería, salud, calidad de vida, como los indicadores de calidad de vida.

Estilo de vida

Para explicar acerca de los estilos de vida dentro del personal de enfermería es necesario conocer que es enfermería, así como el concepto de salud, y estilo de vida, Umaña cita que la:⁵³

Enfermería

La enfermería o la práctica de enfermería significa la identificación y el tratamiento de las respuestas del ser humano a los problemas de salud actuales o potenciales e incluye la práctica y supervisión de funciones y servicios que, directamente o indirectamente, en colaboración con un cliente o equipo de salud, aparte de las enfermeras tiene como objetivos la promoción a la salud.⁵⁴

Y dado que vivimos en una sociedad variable, para comprender el presente de la enfermería y al mismo tiempo prepararla para el futuro, se debe entender no solo su pasado y su práctica actual, sino también los factores sociológicos, físicos, emocionales, laborales etcétera que le afectan a la práctica de esta profesión

⁵³UMAÑA-MACHADO Alejandra. Relación entre estilos de vida y condición de salud de las (los) profesionales de enfermería, Hospital de Guápiles, 2005. ISSN 1409-1992/2005/261/5-12 Enfermería en Costa Rica, 2005. Artículo basado en tesis

⁵⁴ Idem

En este sentido la enfermería significa que habrá que dar respuesta a las problemáticas actuales por medio del autocuidado, los cuidados y seguimiento en materia de prevención enfermedades y la atención de la salud.

Por lo anterior la enfermería está estrechamente ligada al concepto de salud, que a continuación se expone:

Salud

Salud (del latín "salus, -ūtis") es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades, según la definición de la Organización Mundial de la Salud realizada en su constitución de 1946. También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como en el macro (social).

El concepto salud abarca el estado biopsicosocial, los aspectos que un individuo desempeña, en 1992 un investigador agregó a la definición de la OMS: "y en armonía con el medio ambiente", ampliando así el concepto.⁵⁵

En este sentido obtenemos que la profesión de enfermería vaya relacionada con la salud, así como el estilo de vida que cada una conlleva, para el bienestar de las mismas y la atención a los individuos con el fomento de los cuidados brindados así como el autocuidado.

De esta manera se convierte en una parte sustancial del profesional de enfermería donde va implícito nuestras conductas, valores y la historia de vida de cada persona, para crear, y vivir de acuerdo al estilo de vida que cada una elige, por medio de lo aprendido durante su trayectoria, ya sea a nivel personal o profesional, por lo que a continuación tenemos que:

La salud se ha conceptualizado de diversas formas a lo largo de la historia de la humanidad, hasta llegar a la concepción de actual de salud como producto o construcción social, esta definición que considera que:

La salud en el ser humano no es un fenómeno biológico, sino un proceso socio biológico, integrado y dinámico, el hombre y la mujer son seres sociales por

⁵⁵ Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978

excelencia y sus procesos biológicos están en permanente interacción con los procesos sociales, dándose una transformación mutua.⁵⁶

El anterior concepto de salud implica el replanteamiento de la atención sanitaria, para lo que es indispensable el trabajo en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud, a su vez en la carta de Ottawa para la promoción de la Salud,⁵⁷ establece cinco elementos principales, de los cuales tomaremos dos:

1. Desarrollo de las aptitudes personales
2. La creación de ambientes favorables: los dos incorporan estilos de vida saludables y la construcción de un medio laboral que promueve el bienestar del individuo.

Estudios como el de Campos, Campos, Gómez y Lázaro⁵⁸ demuestran que los (las) profesionales de enfermería aunque tienen un amplio conocimiento en promoción de estilos de vida saludables y en prevención de las enfermedades, parecen que no los interiorizan en su diario vivir porque sacrifican su salud en beneficio de los demás, lo que podría definirse como un déficit del cuidado propio, si se parte de que el autocuidado es “un proceso mediante el cual la persona deliberadamente actúa a favor de la promoción de la salud, prevención de enfermedades y la detención y tratamiento de las derivaciones de la salud.”⁵⁹

Las autoras afirman que existe una estrecha relación entre dinámica del personal de enfermería y su labor intrahospitalaria con sus estilos de vida, relación que repercute en la salud, por otra parte, la profesión por sí misma es

⁵⁶ UMAÑA-MACHADO Alejandra. Relación entre estilos de vida y condición de salud de las (los) profesionales de enfermería, Hospital de Guápiles, 2005. ISSN 1409-1992/2005/261/5-12 Enfermería en Costa Rica, 2005. Artículo basado en tesis

⁵⁷ Organización Panamericana de Salud.(1996). Promoción de la Salud: una antología. Washigton, DC

⁵⁸ Campos, G., Campos A., Gómez, C. y Lázaro K. 2003. Factores Personales, Organizacionales, Sociales y del Ambiente Laboral que intervienen en el personal de Enfermería del Hospital San Vicente de Paul en Heredia. 2003.

⁵⁹ Pérez, G. y Sanabria, G. 2003. Implementación de un programa de Promoción de Estilos de Vida Saludables, con el personal que labora en la Oficina de Recursos Humanos de la Universidad de Costa Rica. Abril-Diciembre.2003.

potencialmente estresante y diferente a las demás, condición que se evidencia con altas cifras de suicidio y trastornos psiquiátricos.⁶⁰

En América Latina Lange citado por Avedaño, Grau y Yus⁶¹ identificaron ciertos problemas en la práctica de la enfermería: falta de identidad profesional y de reconocimiento de la labor, deficiencia en la dotación de equipos y suministros y pocas oportunidades de formación continua.

Es este estudio también nos explican la situación que vive el personal de salud desde su realidad y que no está tan diferente al nuestro, especialmente como se menciona que en América Latina se necesita ampliar mas la promoción de la Salud, definitivamente reforzar los esfuerzos para que en nuestro país como es el caso de México, logremos construir una cultura del autocuidado.

Teniendo también como indicador que la profesión de enfermería, existe el predominio del sexo femenino, y este es más vulnerable al riesgo de enfermar, la Unión General de España acota que: existen aspectos que vulneran más a una mujer trabajadora hacia la afección de salud: tiene menor fuerza muscular, los factores hormonales (solos o en la interacción con las condiciones de trabajo).⁶²

También la reacción psicológica a los problemas organizacionales es más alta, las probabilidades de sufrir acoso sexual y moral son más altas y la adjudicación de las responsabilidades domesticas y familiares que implica la doble jornada y hasta tercera de trabajo,⁶³ así como la disminución del tiempo para la recuperación del desgaste, la recreación, la convivencia familiar y social.⁶⁴

Por lo anterior se toma el concepto de estilo de vida definido por la Organización Mundial de la Salud. Que se describe a continuación:

El estilo de vida comprende los aspectos relacionados con el comportamiento individual, especialmente a aquellos patrones de conducta sostenidos durante un

⁶⁰ Meza, M. Estrés Laboral en profesionales de Enfermería: estudio sobre evaluación cognoscitiva y afrontamiento. Enfermería en Costa Rica. 25. (1) pág. 31-38. 2003.

⁶¹ Avedaño. C. Grau, P. Et. Yus. Riesgos para la salud de las enfermeras del sector público de Chile. 1995. Recuperado en 21,julio, 2005. www.enfermería21.com/listasmetas/riesgosenenfermerasenchile.doc

⁶² Unión General de Trabajadores. (s/a). Salud Laboral y Género. España. En www.UTG.es

⁶³ Avedaño. C. Grau, P. Et. Yus. Riesgos para la salud de las enfermeras del sector público de Chile. 1995. Recuperado en 21,julio, 2005. www.enfermería21.com/listasmetas/riesgosenenfermerasenchile.doc

⁶⁴ Idem

plazo relativamente largo y una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos tales como características nutricionales, horas de descanso, el hábito de fumar, el uso de alcohol y otros estimulantes, el ejercicio físico y otros rasgos donde se desenvuelven los individuos,⁶⁵ ampliando más este concepto para su mayor comprensión tenemos entonces que:

3.3.- Estilo de vida

Forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales, las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales, y es el determinante que más influye en la salud y el más modificable mediante actividades de promoción de la salud o prevención primaria.

Aunque el interés por el estudio de los estilos de vida saludables ha tenido su punto más álgido en la década de los 80 del siglo pasado, el concepto de estilo de vida no constituye un ámbito de estudio nuevo, por el contrario, desde hace ya mucho tiempo este concepto ha sido un tema de estudio abordado por disciplinas como la sociología y el psicoanálisis y desde hace ya relativamente menos por la antropología, la medicina y la psicología de la salud.

En general, desde todas estas orientaciones se entiende el estilo de vida como "la forma de vida de las personas o de los grupos"⁶⁶

Como se menciona al principio de la definición de estilo de vida son patrones conductuales entendemos formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que se pueden entender como hábito cuando constituyen el modo habitual de responder a diferentes situaciones.⁶⁷

Estos hábitos se aprenden a lo largo del proceso de socialización del individuo y una vez adquiridos son difíciles de modificar, dichos comportamientos se basan en la normatividad de cada cultura, logrando características particulares en cada individuo y al practicar un estilo de vida saludable se va viendo reflejado en el quehacer cotidiano de las personas, por lo cual inciden de manera directa en los

⁶⁵ Organización Mundial de la Salud, citada por Cárdenas, A. Y Cascante, M. Programa de Capacitación al Personal de Enfermería de Medicina, Cirugía y Sala de Operaciones para Promover Estilos de Vida Saludable. 1993. Enero-Mayo.

⁶⁶ Pastor. 1999

⁶⁷ Rodríguez-Marín y García, 1995.

individuos obteniendo calidad de vida, para la comprensión de calidad de vida entonces, tenemos que:

México es un país en transición y el campo de la salud no es la excepción, como lo hemos venido desarrollando, por lo tanto recordando que se incremento la esperanza de vida, y tenemos múltiples factores como son los económicos, sociales en nuestro país, así como programas preventivos y otras acciones del sistema de salud.

Como fue el caso del lanzamiento del programa “Salud para todos en el año 2000” se incluía no solo la prevención de muerte prematura, discapacidad y enfermedad, sino también aumentar la calidad de vida,⁶⁸ dado que la vida de los individuos tenía ser observada sólo de manera cuantitativa, no es hasta los 80 que el componente de la cantidad se le ha adicionado el de la calidad en países desarrollados,⁶⁹ al mismo tiempo que se incrementaron las investigaciones sobre el tema,⁷⁰ por lo que se desarrolla la:

3.4.- Calidad de vida

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables, sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente.

La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresaliente del entorno,⁷¹ un aspecto importante a considerar es que la calidad de vida depende de muchos

⁶⁸Duran Arenas Luis, Salinas Escudero Guillermo, Gallegos-Carrillo Katia. Coordinación de Asesores-Dirección de Prestaciones Médicas. Estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor en México. Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud. Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. Pág. 155-190.

⁶⁹ Duran Arenas Luis, Salinas Escudero Guillermo, Gallegos-Carrillo Katia. Coordinación de Asesores-Dirección de Prestaciones Médicas. Estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor en México. Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud. Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. Pág. 155-190.

⁷⁰ Idem

⁷¹ Idem pág. 155

otros factores además de la salud, por lo cual los investigadores prefieren usar en estos casos el término de “Calidad de vida relacionada con la Salud”. (CVRS) (Health-Related Quality of life)⁷²

En los últimos años la medición de la CVRS se ha convertido en la medida estándar en ensayos clínicos para evaluar la efectividad de intervenciones que vayan más allá de las medidas epidemiológicas tradicionales de la mortalidad y morbilidad.

La calidad de vida se ha entendido como el grado de satisfacción o insatisfacción que se sienten las personas con varios aspectos de la vida, pues incluye un amplio rango de conceptos personales y sociales,⁷³ cuando se relaciona con la salud la calidad de vida se refiere a dimensiones física, psicológica y social de la salud, la cual puede ser influida por las experiencias de la persona, sus creencias, sus expectativas y sus percepciones.⁷⁴

Por tanto, el concepto calidad de vida es relativo, como lo son otros (bienestar, felicidad, etc.), resulta evidente que hay muchos condicionamientos que influyen en este aspecto (físicos, psíquicos, sociales, espirituales, culturales, filosóficos, médicos, etc.) y que tienen mucho que ver con la valoración que la persona haga sobre sí misma.

Y tiene un término multidimensional, por lo que en la salud pública es considerada uno de los elementos que se utiliza como un indicador útil, para evaluar el resultado de intervenciones y programas de atención a la salud, sin embargo, existen pocas investigaciones que se ha dedicado al estudio de calidad de vida.

En México existen muy pocos estudios dirigidos a investigar el efecto de los factores sociales y económicos sobre la calidad de vida de los sujetos, y existe también cierto desconocimiento sobre los factores que se encuentran asociados con la calidad de vida en adultos mayores; además, este grupo es una gran demandante de servicios de salud y de alto costo en su atención, dado que

⁷² Idem pág. 157-160

⁷³ Idem pág.162-190

⁷⁴ Duran Arenas Luis, Salinas Escudero Guillermo, Gallegos-Carrillo Katia. Coordinación de Asesores- Dirección de Prestaciones Médicas. Estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor en México. Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud. Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. Pág. 155-190.

conforma actualmente 6.54% de la población mexicana, se vuelve una prioridad estudiarlos.⁷⁵

En esta línea, y del hecho de la presente investigación acerca del autocuidado en el personal de enfermería para lograr un envejecimiento exitoso, es de gran importancia anexar que el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)⁷⁶, cuenta con algunas determinantes que corresponde al adulto mayor de las cuales se citan a continuación.

Determinantes de la calidad de vida en el adulto mayor

Estas determinantes han sido un indicador del resultado de intervenciones específicas en salud, por lo tanto, las variables asociadas a la CVRS o sus determinantes, han sido estudiados de forma paralela, ya sea como factores modificadores de los efectos de las intervenciones evaluadas, o como factores a controlar en los diseños, a pesar de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre las poblaciones hay algunos factores que permanecen constantes en los estudios sobre calidad de vida, destacan entre ellos:

1. Soporte social, un elemento que con frecuencia aparece relacionado de forma positiva, independientemente del tipo de estudio o de la intervención médica de que se trate.
2. Edad, sexo, condición de salud y residencia.
3. Factores socioeconómicos y escolaridad (si bien tienen importancia, no son del todo determinantes).
4. Finalmente, el estado de salud, ya que cualquier enfermedad en general afecta la calidad de vida, y en mayor medida los problemas de salud mental, como los desórdenes de ansiedad, depresivos y afectivos.

Por lo tanto, observamos estos lineamientos para la calidad de vida, sin embargo se requiere de hacer mas investigación acerca de estos.

⁷⁵ Idem

⁷⁶ Calidad de vida relacionada con la salud. Estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor en México. Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud. Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. Pág. 155-190.

Con anterioridad hablamos de los determinantes en el adulto mayor, ahora abordaremos los indicadores sociales y económicos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población, estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos,⁷⁷ por lo cual se mencionan a continuación:

Indicadores de calidad de vida:

Sociales: Se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.)

Psicológicos: Miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales)

Ecológicos: Miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente.

Enfoques Cualitativos: Los cuales adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.

La calidad de vida, pertenece al ámbito de la subjetividad, pero tiene mucho que ver con el mapa de la objetividad que envuelva a la persona.

Recordando entonces la definición de calidad de vida según la OMS que propuso, en 1994, para lograr el consenso: "Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses".⁷⁸

Por lo tanto los indicadores ayudan de manera directa a la obtención de un envejecimiento exitoso, por medio de la práctica de estilos de vida saludables, es decir, no evita el envejecimiento, pero ayuda a retrasar o evita los problemas de enfermedades, si estos padecimientos se encuentran en el individuo, con la aplicación de estas medidas, entonces se obtiene un equilibrio integral, se evitan complicaciones al reflexionar, practicar, ser constantes con un estilo de vida óptimo.

⁷⁷ Arostegui.1998

⁷⁸ Organización Mundial de la Salud. 1994.

Ejemplo de esto y sin pretender agredir o minimizar los esfuerzos en nuestro país, y/o nuestras instituciones, así como al profesional de la salud, expondré a continuación unas reflexiones del estilo y vigencia del autocuidado en la atención primaria de salud el cual se desarrollo en Cuba, para tener una amplia visualización de lo que se puede lograr en nuestro país, con la implementación del cuidado en sí mismas en el personal de enfermería.

El proceso de cuidar es el resultado de una construcción propia de cada situación, se origina con la identificación de los problemas de salud y las necesidades reales o potenciales de la persona, familia y comunidad que demandan cuidado, esta construcción es el resultado de la relación entre quienes ofrecen el cuidado y quienes lo demandan y que se puede generar autonomía o dependencia como consecuencia de las actividades que asume el enfermero.⁷⁹

Las reflexiones expuestas aquí, parten del pensamiento enfermero, su vigencia, relación del estilo de vida y el autocuidado de la persona, la familia y la comunidad descrito como un esencial componente transcultural en el nivel primario de atención de la salud en Cuba. Rojas Tejas se baso para este estudio en la experiencia profesional y las características del sistema único de la salud, Rojas Tejas se baso en teorías de Orem y Leininger, donde se obtuvo un patrón de conducta en el modo de actuación enfermero para brindar un autocuidado holístico actualizado, fundamentado, responsable, y coherente, culturalmente ajustado a las necesidades de las personas, sus valores, creencias y estilo de vida.⁸⁰

Donde toman en cuenta la cultura la cual es algo que trasciende al hombre y lo comprende, la cultura debe ser atendida como un todo integrado, que abarca desde el sistema de creencias hasta el sistema tecnológico, pasando por los conocimientos, costumbres, leyes, arte que permiten al hombre vivir en sociedad.

La transculturación se define como aquel fenómeno que resulta cuando los grupos de individuos, que tienen culturas diferentes toman contacto continuo de

⁷⁹ Rojas Tejas Jorge, Zubizarreta Estévez Magdalena. Reflexiones del estilo de vida y vigencia del autocuidado en la atención primaria de salud. Revista Cubana Enfermería. Sociedad Cubana de Enfermería. Holguín, Cuba 2007; 23 (1).

⁸⁰ Colectivo de Autores. Riesgos del ambiente y la salud. La Habana: Editorial Pueblo y Educación. 1999./ Generalidades de salud pública y estado de la salud de la población. La Habana. Editorial. Ciencias Médicas, 1999.

primera mano, con los consiguientes cambios de la cultura original de uno de los grupos o ambos.

En Cuba como en México aunque de forma lenta, la enfermería también ha emergido desde orígenes francamente primitivos, hasta llegar a una moderna Enfermería en vías de desarrollo y perfeccionamiento con un único y primordial objetivo, elevar cada vez más la calidad del cuidado que se brinda a la persona.⁸¹

Rojas Tejas nos dice que: el objetivo de este trabajo fue el de analizar el componente transcultural y el estilo de vida del nivel primario en Cuba, mencionado con anterioridad, donde las reflexiones, hacen hincapié en que el personal de enfermería tiene la posibilidad de promocionar la salud, con el objetivo de lograr salud para todos, teniendo en cuenta como meta gestar la prevención y acrecentar la capacidad de hacer frente a nuevas conductas generadoras de salud, a través de mecanismos de promoción de la salud tales como: autocuidado, la ayuda mutua y facilitar ambientes saludables.⁸²

Mencionan también que existe irregularidades en el autocuidado mediante la práctica integral de estilos de vida y modos de vida sanos en la población, no existe responsabilidad en el cuidado propio de la salud de las personas y estas delegan erróneamente la responsabilidad a la Enfermería, en este sentido en nuestro país (México) no estamos lejos de esta realidad, ya que el paciente deja en manos del personal de salud la responsabilidad que le es propia.

Por lo que el personal de enfermería ha de prepararse con una identidad renovadora que lo arme de los ingredientes socioculturales para conocer de manera rebuscada la interacción de las personas con su medio, es decir la comunidad, ambiente familiar y con su propia persona, con el uso adecuado de conocimientos y habilidades técnicas, el personal de Enfermería que presta servicio en la comunidad, legítima de la profesión y la ubica socialmente como capaz de transformar estilos de vida inadecuados.⁸³

En base al estudio que ellos realizaron, para la obtención de sus reflexiones, se cita que la enfermera debe ser transcultural, lo cual se explica a continuación:

⁸¹ Idem

⁸² Idem

⁸³ Colectivo de Autores. Medidas de control. En: Sistema de Salud y estrategias para solucionar los problemas de salud. La Habana: Editorial. Ciencias Médicas, 1999. Pág. 238

Esta se centra en el estudio y la clasificación sistemáticas de las creencias, valores y prácticas que se aplican a la asistencia de Enfermería según los conocimientos subjetivos que se tienen de ellos, es decir una cultura determinada, a través de manifestaciones de las personas expresadas en el lenguaje, las convicciones y el sistema de valores sobre fenómenos de Enfermería reales o potenciales, como puedan ser la asistencia, la salud y los factores ambientales,⁸⁴ mientras que el estilo de vida lo enfocan de la siguiente manera:

De manera global, la forma en que la persona vive y se desenvuelve en un medio determinado, es decir las conductas humanas que asume, sus necesidades, creencias, costumbres imperantes, su estilo de vida y su cultura, van determinar quiénes están sanos y quienes enfermos, toda esta materia relacionada con el cuidado cultural, su estrecho vínculo con el estilo de vida y el autocuidado debe primar en los pacientes guiados por el enfermero,⁸⁵ pero sobre todo en el cuidado proporcionado de la enfermera como persona, en potencia de ser sana o enferma y de llevar a cabo el autocuidado, también es necesario que sepa el profesional de la salud los usos y costumbres, para aplicarlo en sus pacientes, de manera que facilitara, mejorara su labor, y ser una enfermera transcultural.

Descripción de las características del estilo de vida como componente transcultural y el autocuidado.

Por lo anterior expuesto y en base a la teoría de Orem, se describe la siguiente reflexión, que nos habla de las actividades de educación para la salud, el personal de enfermería tiene la posibilidad de orientar el autocuidado y la opción de dirigirlo hacia los elementos donde identifique la presencia del déficit, donde se pide el:

Manejo de aspectos positivos:

- ✓ Reconocer las capacidades de las personas
- ✓ Aceptar a la persona en su totalidad (la aceptación es la piedra angular de la autoestima)

⁸⁴ Jones C. Material didáctico. La atención de Enfermería transcultural en la comunidad. EUA: Universidad de Mississipi; 2001.

⁸⁵ Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000

Tendremos en cuenta:

- ✓ Los talentos, habilidades y capacidades
- ✓ Los intereses
- ✓ Las áreas potenciales de crecimiento
- ✓ Atenderlo y aceptarlo desde las dimensiones antropológica, psicológica y sociocultural.

Manejo de los aspectos negativos

- ✓ Límites que tiene la persona, familia o la comunidad
- ✓ Malos hábitos

Por lo cual el enfermero debe realizarse las siguientes preguntas:

- ¿Qué necesidades expresa la persona con determinantes conductas?
- ¿Puede existir expresión de alguna cualidad positiva o negativa en determinada conducta?
- ¿Cómo puedo ayudar a la persona a expresar esa cualidad y satisfacer sus necesidades de forma positiva?

El autocuidado va encaminado a:

- ✓ Modificación de hábitos higiénicos, alimentarios, tóxicos, del comportamiento sexual entre otros.
- ✓ Cambios ambientales dirigidos al ambiente físico

Debemos asegurarnos de que nuestras expectativas como enfermeros sean razonables atendiendo a las características de esa persona, con una previa e inteligente selección y planificación para la aplicación del cuidado de Enfermería con un enfoque holístico refleje un plan de acciones dirigidas a modificar o mantener modos de vida, el personal de enfermería debe ofrecer entonces un autocuidado dirigido a la beneficencia momentánea y posterior en la salud de la persona.⁸⁶

⁸⁶ Rojas Tejas Jorge, Zubizarreta Estévez Magdalena. Reflexiones del estilo de vida y vigencia del autocuidado en la atención primaria de salud. Revista Cubana Enfermería. Sociedad Cubana de Enfermería. Holguin, Cuba 2007; 23 (1).

En lo personal hago hincapié, que la beneficencia debería ser en primer lugar en la propia persona de la enfermera, como lo hemos analizado a través de la documentación obtenida para la elaboración de este trabajo

Y por los cual se obtiene los elementos para desarrollar el siguiente diseño de investigación, con un planteamiento del problema que surge a partir de las propias necesidades del personal de enfermería del Hospital Juárez de México, que observe e investigue durante el servicio social, las cuales se plasman en este último capítulo.

Capítulo IV

Diseño de Investigación

4.1.- Justificación

La realización de esta tesis, inicio por la inquietud como pasante del servicio social en la honorable institución, del Hospital Juárez de México. Durante los cuatro años transcurridos de formación escolar observe al personal de enfermería como educador de la salud a nivel intra y extra hospitalario, dando énfasis en los cuidados y la promoción del autocuidado para los propios pacientes.

Ante esta vocación de servicio, que tiene como característica principal el personal de enfermería de brindar un cuidado holístico, me cuestione cómo aplicar las medidas de autocuidado en su propia persona.

Especialmente observé en el personal de enfermería que la atención al paciente se va deteriorando y con el tiempo se va devaluando la calidad en su servicio por consecuencia presenta un envejecimiento prematuro. Donde existen diversos factores como: falta de ejercicio, manejo apropiado del estrés, insatisfacción laboral, actividades recreativas, descanso, falta de tiempo, sobrecarga de trabajo, entre otros. Los cuales originan una deficiente calidad de vida, que se refleja con el ausentismo, mal humor, agotamiento, desilusión, sobrepeso, falta de una periódica valoración médica y ginecológica etc.

Por este motivo considero de gran relevancia personal, social, académica y de formación profesional el investigar y promover las medidas de autocuidado para la obtención de un envejecimiento exitoso en el personal de enfermería.

Pretendo que la presente investigación contribuirá al bienestar de las y los enfermeros por medio de los conocimientos aquí expuestos y los beneficios que pueden obtener para la reflexión y la práctica de las medidas preventivas para obtener calidad de vida y un envejecimiento digno.

4.2.- Diseño de investigación

4.3.- Planteamiento del problema

En el Hospital Juárez de México, durante el tiempo transcurrido del servicio social, se ha observado al personal de enfermería como educador de la salud, para la obtención de una mejor calidad de vida en los pacientes, con respecto al autocuidado, ya sea, intra o extra hospitalario, y en algunos servicios se les brinda un plan de alta, todo esto con la finalidad de prevenir mas deterioro en los pacientes y por consecuencia lograr una salud optima dentro de las posibilidades de cada persona.

Sin embargo en el propio personal de enfermería en edad productiva de 25 a 60 años se visualiza un déficit del autocuidado, el cual se ve reflejado por el ausentismo, mal humor, deterioro integral entre otros. Cabe mencionar que no es la totalidad del personal; este deterioro se ve reflejado en su actitud y en la realización de las actividades.

Por lo que se realiza la siguiente pregunta ¿El personal de enfermería del servicio de Medicina Interna del Hospital Juárez de México, conoce, practica y promueve las medidas del autocuidado en ellas mismas para lograr un envejecimiento exitoso?

Si las enfermeras tienen un estilo de vida saludable, que le proporcione calidad de vida, dentro de las múltiples actividades que realizan entonces se desarrolle de manera creativa, atenta, donde se reestructuró su proyecto de vida de manera integral y constante, para la obtención de un envejecimiento digno.

4.4.- Objetivos

Objetivo general

- ✓ Conocer las medidas de autocuidado que el personal de enfermería del Hospital Juárez de México, realiza de manera cotidiana, las cuales se conocerán a través de un cuestionario en base a la perspectiva de Dorotea Orem a fin de alcanzar un envejecimiento exitoso.

Objetivos específicos

- ✓ Analizar las prácticas de autocuidado que el personal de enfermería realiza en ellas mismas.
- ✓ Promover el autocuidado como una práctica habitual del personal de enfermería en ellas mismas no solo en los pacientes.

Hipótesis

- ✓ Si el personal de enfermería del Hospital Juárez de México, conoce y práctica las medidas del autocuidado, en ellas mismas entonces alcanzarán un envejecimiento exitoso, repercutiendo en una calidad de vida que le pertenece.

Variables

Dependientes

- ✓ Autocuidado
- ✓ Personal de enfermería

Independientes

- ✓ Envejecimiento
- ✓ Logro
- ✓ Éxito
- ✓ Calidad de vida

4.5.- Operacionalidad de las variables

Variables Dependientes

Concepto	Dimensión	Indicador
<p>Autocuidado:</p> <p>El autocuidado es la responsabilidad que tiene un individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud.</p>	<p>Es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma y así obtener una mejor calidad de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Autocuidado ✓ Conducta ✓ Estilo de vida ✓ Salud ✓ Entorno ✓ Bienestar
<p>Personal de enfermería:</p> <p>Son los profesionales que se encargan de brindar cuidados de Enfermería para ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo la conservación de su salud.</p>	<p>Proporcionar los cuidados para la prevención de enfermedades así, como fomentar el autocuidado para la obtener un mejor equilibrio de salud integral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermería ✓ Cuidados ✓ Ayuda ✓ Prevención ✓ Autocuidado ✓ Equilibrio ✓ Salud integral

Variables Independientes

Concepto	Dimensión	Indicador
<p>Envejecimiento:</p> <p>Es un proceso natural de todo ser humano, el cual se va dando paulatinamente. Donde se suman todos los cambios que se dan con el tiempo en un organismo que conducen a alteraciones funcionales y al cese de la vida.</p>	<p>Es un proceso de deterioro de la persona tanto biológicamente, psicológicamente y socialmente el cual puede causar angustia, temor, indiferencia o aceptación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proceso natural ✓ Deterioro biológico ✓ Deterioro psicosocial ✓ Angustia ✓ Temor ✓ Indiferencia ✓ Aceptación
<p>Logro:</p> <p>Es la obtención o consecución de aquello que se ha venido intentando desde hace un tiempo y a lo cual también se le destinaron esfuerzos tanto psíquicos como físicos para finalmente conseguirlo y hacerlo una realidad.</p>	<p>Es el resultado de los esfuerzos que las personas realizaron para llegar a conseguir sus objetivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Esfuerzos ✓ Resultado ✓ Tiempo ✓ Realidad
<p>Éxito:</p> <p>Es el triunfo o la consecución de los objetivos planeados.</p>	<p>Los objetivos que se planean y se buscan lograr por medio de la constancia se ven realizados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Triunfo ✓ Objetivos ✓ Constancia
<p>Calidad de vida:</p> <p>Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses"</p>	<p>Bienestar integral que tienen las personas a partir del entorno donde se desarrollan, obteniendo beneficios en base a sus expectativas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Valores ✓ Cultura ✓ Objetivos ✓ Expectativas ✓ Intereses

4.6.- Diseño metodológico

Tipo de estudio:

Analítico, Descriptivo/Transversal

Universo:

Personal de enfermería que presenten o no las medidas de autocuidado en sí mismas, en los turnos matutino, vespertino en el Hospital Juárez de México, en los meses de febrero a mayo del 2011.

Muestra:

40 enfermeras que se encuentren laborando, en el servicio de Medicina Interna del Hospital Juárez de México.

Tipo de muestreo:

Por conveniencia

Tipo de estudio:

Fórmula para población conocida:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{NE + Z^2 pq}$$

Donde:

n= tamaño de muestra

Z= nivel de confianza

P= variabilidad positiva

q=variabilidad negativa

N=tamaño de población total

E=precisión del error

Intervalo de confianza 95%

Intervalo de p: 0.05%

Criterios

Inclusión:

Personal de enfermería de 25 a 60 años de edad, que se encuentre trabajando en el Hospital Juárez de México en los turnos matutino y vespertino en el servicio de Medicina Interna en los meses de febrero-mayo del 2011.

No inclusión:

Personal de enfermería que no se encuentra laborando durante la aplicación de las encuestas, así como el personal que cause incidencias de cualquier clase o aquella que no desee participar en el cuestionario y que no entre en el rango de edad seleccionado.

Exclusión:

El personal del Hospital Juárez de México que no pertenece al área de enfermería, y no cumpla los criterios establecidos.

Modo de recolección de datos:

Se realizara a través de un instrumento de investigación que consta de 25 preguntas con el objetivo de identificar las medidas de autocuidado que lleva a cabo el personal de enfermería en sí mismas, posteriormente serán analizadas las respuestas, para la presentación de los resultados y sugerencias.

Procedimiento:

Se realizara en tres etapas:

En la primera etapa se solicito un oficio de presentación de la pasante, el cual fue autorizado por la coordinación de enseñanza, el cual se presento con las jefas del servicio de Medicina Interna de ambos turnos.

Una vez lograda la autorización se procedió a la presentación del instrumento, impreso, una vez en el servicio, se solicito su cooperación a cada una de las enfermeras, obviamente antes con un cordial saludo, posteriormente se entregaron los cuestionarios.

Una vez resueltos los instrumentos, se entregaron, cabe mencionar que algunas de las enfermeras manifestaron su inquietud por saber si a este trabajo se le

dará seguimiento, ya que consideran que son pocos los trabajos acerca del propio personal y mas encaminado en su propia salud.

En la segunda fue recopilar la información, analizarla, compararla. Posteriormente se llevara a cabo la estadística, en base a los resultados obtenidos por medio del instrumento de valoración, para las graficas e interpretación.

En la tercera se realizaron las conclusiones y sugerencias obtenidas.

Instrumento de recolección de datos

El presente instrumento tuvo 25 preguntas, tomando en cuenta las preguntas demográficas, las cuestiones fueron enfocadas en conocer las medidas del autocuidado que practican en ellas mismas.

Para identificar lo que se deseo investigar, dentro del instrumento se les indico por escrito que lean cuidadosamente las preguntas marquen con una cruz o palomita la respuesta elegida. De igual manera se hizo la observación de que el presente cuestionario será y fue tratado bajo los aspectos éticos y será de manera anónima su contestación.

Recursos

Materiales:

- ✓ Computadora
- ✓ Impresora
- ✓ Hojas blancas
- ✓ Lápices
- ✓ Plumas
- ✓ Tabla tamaño carta de clip
- ✓ Instrumento que se va aplicar
- ✓ Credencial de identificación
- ✓ Reloj de pulsera

Financieros: son obtenidos por medio de la propia pasante con el apoyo de la familia y amigos.

Humanos:

Personal responsable:

PLESS: María Soledad Martínez Casasola

Personal asesor:

MC: Juana Laura Díaz Hoffay

Personal de enfermería del Hospital Juárez de México quien colaboro en responder al instrumento

Análisis de datos

Para obtener el total de los resultados se realizo por medio del paloteo, pregunta por pregunta del cuestionario, aplicado a las (os) enfermeras(os).

Posteriormente se vaciaron los datos obtenidos, en un programa de estadística para que se obtengan los porcentajes en base a los cuadros y gráficas.

Presentación de los datos

Por medio de cuadros y gráficas e interpretación de los datos obtenidos, para su mejor visualización.

4.7.- Consideraciones éticas

Para la presente investigación se baso tomando en cuenta las consideraciones éticas de toda investigación, ya que toda la información que se recabe se mantendrá en la confidencialidad, ya que solo será base de un proceso académico, pero nunca será usado en contra del propio personal de enfermería.

De igual manera respetando la autonomía de cada uno de las enfermeras para participar o no querer hacerlo.

Como se explica con anterioridad se basa en la beneficencia y no en la maleficencia.

Análisis de datos

El presente analisis se baso en los resultados obtenidos acerca de la medidas de autocuidado que lleva a cabo el personal de enfermería en ellas mismas, las cuales se encontraron en el servicio de Medicina Interna del Hospital Juárez de México, para lograr un envejecimiento exitoso obteniendo lo siguiente:

El 92 % del total de encuestados es de sexo femenino, mientras el 3% es del sexo masculino, el 5% corresponde al personal de enfermería que no quizo contestar el cuestionario ya que considero que se invadia su intimidad. (nulas)

También encontrándose un 44 % en la edad de 24 a 30 años, mientras que el 37 % va de 31 a 39 años, el 7% tiene edades entre 44 a 49 años, el 12% corresponden a las nulas del personal que no contesto.

En un 42 % se encuentra el personal como solteras mientras que 35 % es casada, y solo el 9 % se encuentra en unión libre, y el 2 % son viudos y el 12 % son las nulas.

El 47.5% de las personas encuestadas contesto de que si practica las medidas de autocuidado, en ellas mismas, en un 47.5% no lo practica y el 5% son nulas

El 85 % considera que cuidarse a sí mismo es el autocuidado, mientras que 8% es un estilo de vida, el 3 % es aprendido, el 5 % son las nulas.

Un 50 % menciono que la sobrecarga de trabajo es la que le impide llevar a cabo el autocuidado, mientras que un 20% no tiene tiempo, un 12.5 % no lo contempla, el 7.5% manifiesta que el estrés las nulas son el 5%.

57.5% contesto que siempre asume el autocuidado como parte de su vida cotidiana, mientras un 20% algunas veces, un 15 % frecuentemente, mientras tanto el 2.5 % nunca las nulas corresponde al 5%

En los hábitos alimenticios encontramos a un 67.5% que tienen la oportunidad de comer 3 veces al día, el 12.5% no le da tiempo de comer y el 15% solo realiza comida y cena, mientras que el 5 % corresponde a las nulas.

El 40% consideran que tiene un peso adecuado, otro 40% con sobrepeso, un 10 % obesidad, un 5% con bajo peso y el 5% restante son las nulas.

En la realización de una actividad física el 45% contesto a veces, el 22.5% contesto que nunca, el 15% que siempre, un 12.5% frecuentemente, 5% son las nulas.

En la utilización de medias elásticas, el 35% contesto a veces, el 30% nunca, un 20% frecuentemente, el 10 % siempre las utiliza y un 5% son las nulas.

Un 67.5% contesto que solo cuando está enferma se realiza una valoración médica, el 12.5% cada seis meses, un 10% una vez al año y el 5% son las nulas.

El 55% contestaron que solo han tenido una pareja, el 17.5% más de 3, el 12.5% ninguna pareja, el 10% solo 2 parejas y el 5% son las nulas.

Dentro de la práctica del sexo seguro 50% solo mantienen relación sexuales con su pareja, el 20% utiliza condón, 15% se abstiene de relaciones sexuales y un 10 % habla con su pareja con honestidad, mientras que el 5% corresponde a las nulas.

Un 42.5% se realiza un Papanicolaou una vez al año, el 22.5% nunca, el 20% cada seis meses, un 10% nunca y las nulas corresponde al 5%

El 32.5% contesto que siempre se realiza una exploración mamaria, el 30% a veces, el 27.5% frecuentemente, un 5% nunca y el otro 5% son las nulas.

Un 57.5% respondió que sus problemas emocionales los comparte con sus amigas, el 20% no los cuenta, un 12.5% a un profesional de la salud y un 5% y 5% a un guía espiritual y el otro a las nulas.

En cuanto al manejo de estrés, el 40% se la pasa durmiendo, un 25% realiza ejercicio, mientras que el 20% lo hace caminando, 5% gritando, otro 5% en terapias y el 5% corresponden a las nulas.

37.5% contesto que se siente satisfecho con su trabajo, mientras que el 32.5 % con buen humor, 12.5% se encuentra decepcionados, 10% lo consideran éxito en sus vidas, un 2.5% se encuentra molesto con el trabajo, el 5% son las nulas

Solo un 35% escucha música, el 22.5% va al cine, el 15% ve la TV, 10% lee, otro 12.5% pasea, y el 5% son las nulas.

Un 35% descansa después de su trabajo de 15-20 minutos, otro 35% de 2 a 3 hrs, un 15% 1 hora y el 10% media hora, el 5% corresponde a las nulas.

El 37.5% no tiene tiempo para descansar durante su jornada de trabajo, el 32.5 descansa 30 minutos, un 25% 15 minutos y el 5% son las nulas

En cuanto las medidas de autocuidado actual, para lograr un Envejecimiento exitoso contesto un 37.5% que se imagina disfrutando su jubilación, el 32.5% con un envejecimiento exitoso, 12.5% con máximo deterioro integral y otro 12.5% en una casa de ancianos, mientras que el 5% son las nulas.

42.5% considera al anciano como una persona con sabiduría, 40% un ciudadano digno, 7.5% es una realidad frustrante, el 5% un estorbo, las nulas son otro 5%.

87.5% considera que necesita saber más acerca del autocuidado para lograr un envejecimiento exitoso mientras que el 7.5% respondió que no. 5% son las nulas

4.8.- Interpretación de datos

La mayoría del personal de enfermería es de sexo femenino. Las edades más frecuentes del personal de enfermería se encuentran entre los 24 a 30 años, mientras que la minoría se encuentra entre 44 a 49 años.

El resultado nos muestra que hay más enfermeras (os) solteras (os), que casados o en unión libre y mínimamente algún viudo. Se observó prácticamente que la mitad del personal de enfermería entrevistado está de acuerdo con la práctica del autocuidado al contrario de la otra mitad que no lo practica.

Además coincide que el autocuidado es cuidarse a sí, mismo, mientras que una minoría expresa que es un estilo de vida y es aprendido. Dentro de las dificultades que tiene el personal de enfermería para llevar a cabo el autocuidado, manifestó que no lo practica como causa de la sobrecarga de trabajo, la falta de tiempo, el estrés, algunos definitivamente no lo contemplan. Solo algunos contestaron siempre y mínimamente a veces.

Mientras los que asumen el autocuidado como parte de su vida cotidiana contestaron que lo practican siempre, respecto al consumo de alimentos la mayoría consume 3 veces al día, en cuanto al peso prácticamente la mitad de la población contestó que tiene sobrepeso y la otra mitad considera que tiene un peso adecuado.

En la práctica de ejercicio, la mayoría contestó realizarlo a veces y el resto nunca, o frecuentemente. Respecto a si el personal de enfermería utiliza las medias elásticas, la mayoría nunca las usa, contestaron a veces, solo algunas. Cuando están enfermas solamente se realizan una valoración médica. En cuanto al número de parejas la mayoría del personal tiene solo una pareja, una mínima parte ninguna, mientras a la práctica de sexo seguro, solo mantienen relaciones sexuales con su pareja, otros utilizan el condón, o se abstienen de relaciones sexuales.

A la realización de un Papanicolaou, la mayor parte del personal se realiza su examen una vez al año, y otra parte nunca se lo ha realizado de igual manera la exploración de mamas siempre se la realizan, y otras frecuentemente.

Respecto a comentar sus problemas emocionales, la mayor parte los comparte con sus amigas y otras no los cuentan. Para el manejo de su estrés, la mayoría lo hace durmiendo, mientras que otras lo hacen caminando, o practican un ejercicio y la minoría con terapias psicológicas. En cuanto a cómo se sienten en su ambiente de trabajo, algunas manifestaron que con buen humor, otras se encuentran satisfechas, y algunas más decepcionadas.

Mientras muy poco personal lo considera un éxito en su vida. En relativo a las actividades recreativas, la mayoría escucha música, otras van al cine y algunos más se van a pasear, mientras muy pocas ven la televisión. En cuanto a si se dan tiempo después de la jornada de trabajo, descansan entre 2 a 5 horas y de 15 a 20 minutos. Durante las jornadas de trabajo la mayoría no tiene tiempo para hacerlo y el resto manifestó que solo de 15 a 30 minutos de descanso se permiten.

Con las medidas actuales de autocuidado que lleva el personal de enfermería la mayoría se imagina en la etapa del adulto mayor disfrutando su jubilación, otros con un envejecimiento exitoso, algunos más con gran deterioro integral o en una casa de ancianos. En cuanto a cómo consideran al adulto mayor, algunas contestaron que es una persona con sabiduría, otros un ciudadano digno y la minoría como una realidad frustrante y un estorbo para sus familias. La mayoría del personal considero que sí necesita, saber más acerca de las medidas de autocuidado para lograr un envejecimiento digno.

Resultados

Se observa que el personal de enfermería conoce lo que significa el autocuidado, así como las consecuencias, que esto ocasiona al no practicarlas, sin embargo los obstáculos para no practicarlo es por la sobrecarga de trabajo, la falta de tiempo libre, aspectos financieros, no saber cómo manejar los niveles de estrés, alimentación no adecuada, control de peso inadecuado.

Así como no realizarse una valoración periódica con el médico, no tener un control ginecológico, evitar el uso de medias elásticas, no realizar ejercicio físico, dentro de los aspectos de la recreación y el descanso, no tiene la oportunidad para brindarse un espacio ya sea en el hogar o el trabajo, existe también la evidencia de que las enfermeras buscan confiar sus problemas emocionales con las amigas, dentro del área laboral, mantienen una actitud de satisfacción, buen humor y decepción.

Resulta interesante que las enfermeras, consideran al adulto mayor como un ciudadano digno, un anciano con sabiduría, y algunas lo consideran una

realidad frustrante y un estorbo. Algunas se visualizan en la etapa del adulto mayor, con un envejecimiento exitoso, disfrutando de su jubilación, en una casa de ancianos y con deterioro integral, de acuerdo al estilo de vida que ellas llevan.

Enfermería conoce las consecuencias de no practicar el cuidado a sí mismas, por eso el interés de conocer más acerca del autocuidado. Con estos resultados obtenidos, es necesario implementar como estrategia la educación para la salud, que como objetivo principal es prevenir, atender, y mejorar el bienestar integral.

Conclusiones

La presente investigación manifiesta la necesidad de que el personal de enfermería, conozca y refuerce los aspectos de salud física y mental que durante la vida laboral pierde por malos hábitos de salud.

Los resultados encontrados en esta investigación indican la importancia de fomentar talleres, terapias, folletos y otras publicaciones sobre temas de salud en equilibrio personal y laboral.

La enfermera no solo debe ser la emisora de los cuidados, deberá fomentar la parte de la docencia, que enfermería tiene como característica y la cual por medio de la comunicación, asertividad, el reconocimiento de las habilidades, capacidades y deficiencias que tiene con ella misma para modificar los hábitos ya mencionados con anterioridad.

En este sentido deberá reflexionar, identificar, verificar si las medidas que ellas practican son las adecuadas para el bienestar de su salud.

Todo esto con el fin de promocionar en el personal de enfermería la educación para la salud de forma continua para sensibilizarlo en el cuidado de su propia salud, ser mejor profesional y mejor ser humano, que viva plenamente su vocación, ya que al adquirir nuevos conocimientos, actitudes y habilidades, las cuales serán las estrategias que le permitirán llevarlas en acciones durante el transcurso de su vida cotidiana y profesional.

Por lo anterior, la prevención es parte fundamental del ejercicio en enfermería la cual va dirigida a un cambio de modificaciones en el estilo de vida, por lo cual incidirá en el bienestar integral del propio personal para la obtención de un envejecimiento exitoso.

Sugerencias

El proceso de envejecimiento se da desde el momento en que se nace y finaliza hasta el cese de la vida, ante la deficiencia de las medidas de autocuidado aquí expuestas para obtener calidad de vida en el personal de enfermería y como consecuencia un envejecimiento exitoso se propone lo siguiente:

- ✓ Gestionar con la coordinación de enseñanza un espacio específico para enfermería donde se fomente el autocuidado para la obtención de un envejecimiento exitoso.
- ✓ Teniendo la educación continua ya establecida en el hospital, puede transmitirse y aprovecharse el espacio para construir una cultura y promover la educación para la salud, las medidas de autocuidado, motivar al personal de enfermería en el análisis, reflexión, y desarrollo de un pensamiento crítico acerca de su propia persona para el reforzamiento de su proyecto de vida y la obtención de un envejecimiento exitoso.
- ✓ Promover medidas de autocuidado en el personal de enfermería por medio de un cartel y folletos que yo desarrollo para el cuidado de ellas, para lograr un envejecimiento exitoso que son:
 1. Salud física
 2. Salud mental y espiritual
 3. Salud integral
 4. Salud laboral
- ✓ Es importante continuar, profundizar y promocionar la investigación acerca del autocuidado en el personal de enfermería así como en el demás personal de salud, para mejorar la calidad de vida.

Bibliografía

AROSTEGUI I. Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco. Universidad de Deusto. 1998.

ANN Marriner Tomey, Martha Alligood, Modelos y teorías de enfermería Mosby, 5 Edición 2000.pág.189-207

AVEDAÑO. C. Grau, P. Et. Yus. Riesgos para la salud de las enfermeras del sector público de Chile. 1995. Recuperado en 21, julio, 2005.

CAMPOS, G., Campos A., Gómez, C. y Lázaro K. 2003. Factores Personales, Organizacionales, Sociales y del Ambiente Laboral que intervienen en el personal de Enfermería del Hospital San Vicente de Paul en Heredia. 2003.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD. Estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor en México. Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud. Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. Pág. 155-190.

CANO G. Carlos Alberto, Hernán López, Gómez Fernando. Geriatria, Corporación para Investigaciones Biológicas, Colombia, 2007 pág. 195-202,459-464.

COLECTIVO DE AUTORES. Medidas de control. En: Sistema de Salud y estrategias para solucionar los problemas de salud. La Habana: Editorial. Ciencias Médicas, 1999. Pág. 238

COLECTIVO DE AUTORES. Riesgos del ambiente y la salud. La Habana: Editorial Pueblo y Educación. 1999. Generalidades de salud pública y estado de la salud de la población. La Habana. Editorial. Ciencias Médicas, 1999.

DURAN ARENAS Luis, Salinas Escudero Guillermo, Gallegos-Carrillo Katia. Coordinación de Asesores-Dirección de Prestaciones Médicas. Estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor en México. Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud. Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. Pág. 155-190.

ERICKSON, Erik *El ciclo vital completado*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica 2000. 1985

GARCÍA Rodríguez B. Bienestar subjetivo y felicidad en la vejez. En: S. Ballesteros (Ed.) Envejecimiento saludable: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Madrid: Universitas, 2007. Pág. 273-308

GESTAL JJ. Riesgos del trabajo del personal sanitario. Medicina y Sociedad. Editorial Latinoamericana, McGraw-Hill, Madrid 1989, p. 399 - 415.

GUTIÉRREZ Robledo, Luis Miguel. Problemas de los ancianos, Seminario: Situación de los Adultos Mayores en el D.F., GDF, UNAM, México, 1992.

JENKINS CD, Mejoremos la salud a todas las edades, un manual para el cambio del comportamiento, Washigton DC, Organización Panamericana de la Salud, 2005

JONES C. Material didáctico. La atención de Enfermería transcultural en la comunidad. EUA: Universidad de Mississipi; 2001.

LA SITUACIÓN DEMOGRÁFICA DE MÉXICO. 2004. El Universal.

LECTURAS DE FILOSOFÍA, Salud y Sociedad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000

MEZA, M. Estrés Laboral en profesionales de Enfermería: estudio sobre evaluación cognoscitiva y afrontamiento. Enfermería en Costa Rica. 25. (1) pág. 31-38. 2003.

MORENO J. Mayores y calidad de vida. Portularia: Revista de Trabajo Social 2004 pág. 187-198

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

RODRÍGUEZ GARCÍA, Rosalía, El proceso de envejecimiento, Areópago, Rev. Memoranda ISSSTE, México, Núm.8.1997

RODRÍGUEZ-MARIN J y GARCIA JA. Estilo de vida y salud. En: Latorre, JM, editor. Ciencias psicosociales aplicadas II. Madrid, Síntesis. 1995.

SECRETARIA GENERAL DEL CONAPO. En la investigación "Tendencias y características del envejecimiento demográfico en México" 2004

OREM. Modelo de conceptos de enfermería en la práctica, Edit. Salvat-Masson, Barcelona, 1993. pag.131.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) en 1978

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, citada por Cárdenas, A. Y Cascante, M. Programa de Capacitación al Personal de Enfermería de

Medicina, Cirugía y Sala de Operaciones para Promover Estilos de Vida Saludable. 1993. Enero-Mayo.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. (1996). Promoción de la Salud: una antología. Washigton, DC. Organización Panamericana de Salud.

PAPALIA. Diane. Desarrollo Humano, Mc Graw Hill. 2008. pág., 630

PARTIDA V. Perspectivas del cambio demográfico. Monto y estructura de la población en el año 2000 y perspectivas en el 2050. Demos 2001: 6-7.

PASTOR Y. Un estudio de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia media. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Valencia. 1999.

PASTOR Y, BALAGUER I y GARCIA-MERITA ML. Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludables. 10 (1): 15-52. Revista de Psicología de la salud 1998.

PÉREZ, G. y SANABRIA, G. 2003. Implementación de un programa de Promoción de Estilos de Vida Saludables, con el personal que labora en la Oficina de Recursos Humanos de la Universidad de Costa Rica. Abril-Diciembre.2003.

ROJAS TEJAS Jorge, Zubizarreta Estévez Magdalena. Reflexiones del estilo de vida y vigencia del autocuidado en la atención primaria de salud. Revista Cubana Enfermería. Sociedad Cubana de Enfermería. Holguin, Cuba 2007; 23 (1).

UMAÑA-MACHADO Alejandra. Relación entre estilos de vida y condición de salud de las (los) profesionales de enfermería, Hospital de Guápiles, 2005. ISSN 1409-1992/2005/261/5-12 Enfermería en Costa Rica, 2005. Artículo basado en tesis para obtener el grado de licenciado en enfermería.

Bibliografía de Internet

[Http//biblioteca.salud.gob.mx](http://biblioteca.salud.gob.mx). La salud del adulto mayor. Tema y debates pág. 87-101. Onofre. Muñoz, García. IMSS.

[Http//.Artemisa.unicausa.eda.col](http://.Artemisa.unicausa.eda.col). Teorías y Modelos. Fawcett. 1996

www.funsalud.org.mx. La Salud en México: 2006/2012. Pág. 21-28. Visión Fun Salud.

[Http://www.enfermería 21.com/listasmetas/riesgosenenfermerasenchile.doc](http://www.enfermería21.com/listasmetas/riesgosenenfermerasenchile.doc)

<http://www.vanguardia.com.mx/mexicanasprimerlugarensobrepeso-668207.html>, Artículo del Universal.

Anexos



SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
ESCUELA DE ENFERMERIA
Con estudios Incorporados a la
UNAM



MEDIDAS DE AUTOCUIDADO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

El presente instrumento es anónimo, será tratado bajo las consideraciones éticas. Los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente para trabajo de tesis. Instrucciones: Coloque una cruz en la respuesta que usted seleccione.

Datos generales:

Edad:___ Sexo:Femenino:___Masculino___ Servicio:_____

Estado civil: Soltero___Casado: ___Unión libre: ___Viuda (o) _____

1.- Considera usted que el personal de enfermería es quien más práctica el autocuidado?

- Si
- No

2.- El Autocuidado es:

- Es una actividad aprendida por los individuos
- Es un estilo de vida
- Es una forma propia de cuidarse a si mismo

3.- ¿Qué dificultades le impiden llevar a cabo el autocuidado?

- Falta de recursos financieros
- Falta de tiempo
- Estrés
- Sobrecarga de trabajo
- No lo contempla

4.- El autocuidado usted lo asume como parte de la vida cotidiana?

- Siempre
- A veces
- Frecuentemente
- Nunca

5.- Consume sus alimentos:

- Tres veces al día
- Más de cinco veces
- A veces no come
- Solo comida y cena

6.- ¿Cómo se considera usted mismo en su peso?

- Peso adecuado
- Bajo peso
- Sobrepeso
- Obesidad

7.- ¿Realiza usted alguna actividad física?

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Nunca

8.- ¿Usted que se mantiene mucho tiempo de pie en su trabajo, utiliza las medias elásticas?

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Nunca

9.- ¿Cada cuando tiene una valoración médica?

- No la necesito
- Cuando estoy enferma (o)
- Cada seis meses
- Una vez al año

10.- ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?

- 1
- 2
- Más de 3
- Ninguna pareja

11.- ¿Usted practica el sexo seguro?

- Usa condón
- Se abstiene de relaciones sexuales
- Solo con su pareja
- Habla con honestidad con la pareja antes de tener una relación sexual

12.- ¿Cada cuando se realiza un papanicolaou?

- Cada seis meses
- Al año
- A veces
- Nunca

13.- ¿Usted se realiza su exploración de mama?

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Nunca

14.- ¿Cuándo usted tiene problemas emocionales acude a?

- Amigas (os)
- Profesional de la salud
- Guía espiritual
- No los cuenta

15.- ¿Cómo maneja su estrés?

- Gritando
- Durmiendo
- Caminando
- Ejercicio de relajación
- Terapias con Psicólogo

16.- ¿Usted en su trabajo se siente?

- Con buen humor
- Molesto
- Decepcionado de su trabajo
- Esta satisfecho
- Lo considera un éxito en su vida

17.- ¿Dedica usted tiempo para actividades recreativas cómo?

- Ir al cine
- Pasear
- Leer
- Ver la tv
- Escuchar música

18.- ¿Se da usted el tiempo necesario para el descanso después de su jornada de trabajo?

- 15-20 minutos
- ½ hora
- 1 hora
- 2-3 horas

19.- ¿Durante la jornada de trabajo se permite usted un descanso de?

- 15 minutos
- 30 minutos
- No tiene tiempo

20.- ¿Cómo se imagina usted en la etapa de adulto mayor con las medidas de autocuidado que lleva actualmente?

- Con un envejecimiento exitoso
- Con máximo deterioro integral
- Disfrutando de su jubilación
- En una casa de ancianos

21.- Considera usted al adulto mayor como:

- Un estorbo para sus familias
- Una persona con gran sabiduría
- Una realidad frustrante
- Un ciudadano digno

22.- ¿Usted cree que es necesario conocer más acerca del autocuidado para lograr un envejecimiento exitoso?

- Siempre
- A veces
- Frecuentemente

¡Gracias por su valiosa cooperación!



SECRETARIA DE SALUD
 HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
 ESCUELA DE ENFERMERIA
 Con estudios Incorporados a la
 UNAM



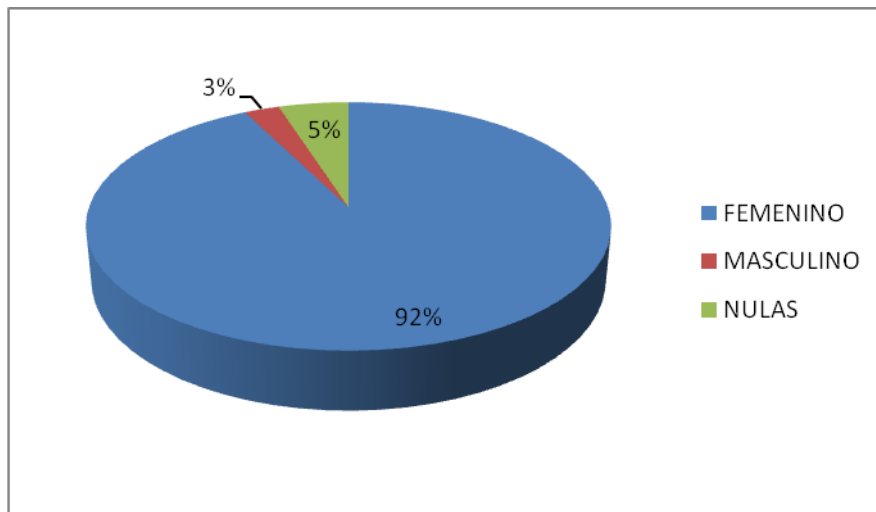
CUADRO # 1

	SEXO FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	37	92%
MASCULINO	1	3%
NULAS	2	5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

GRAFICA # 1

SEXO



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

CUADRO # 2

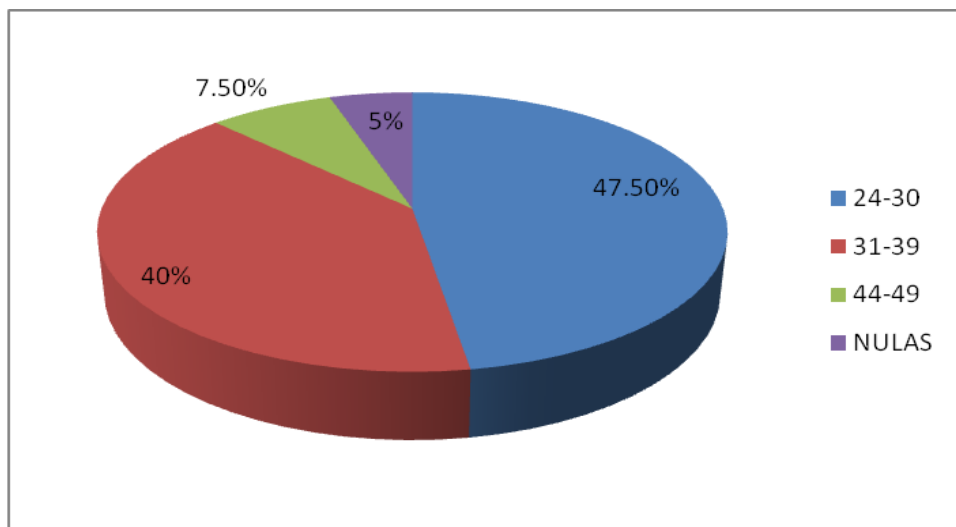
EDAD

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
24-30	19	47.50 %
31-39	16	40 %
44-49	3	7.50%
NULAS	2	5 %
TOTAL	40	100 %

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

GRAFICA # 2

EDAD



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

CUADRO # 3

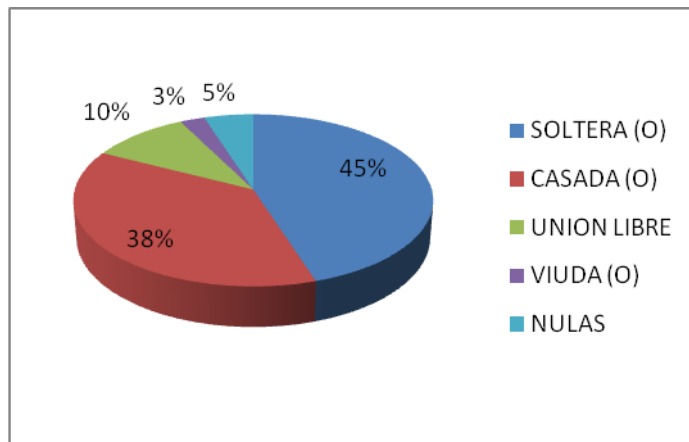
ESTADO CIVIL

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERAS (O)	18	45 %
CASADAS (O)	15	37 %
UNION LIBRE	4	10 %
VIUDA (O)	1	3 %
NULAS	2	5 %
TOTAL	40	100 %

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

GRAFICA # 3

ESTADO CIVIL



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

CUADRO # 4

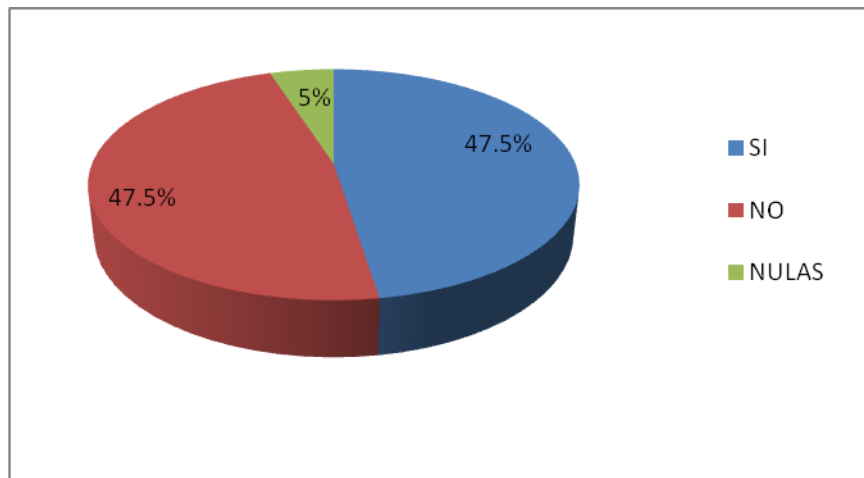
ENFERMERIA PRÁCTICA EL AUTOCUIDADO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	19	47.5 %
NO	19	47.5 %
NULAS	2	5 %
TOTAL	40	100 %

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

GRAFICA # 4

ENFERMERIA PRÁCTICA EL AUTOCUIDADO



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

CUADRO # 5

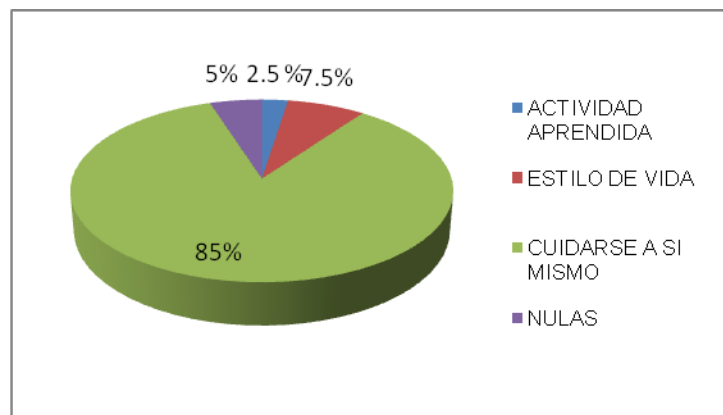
EL AUTOCUIDADO ES

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
APRENDIDA	1	2.5%
ESTILO DE VIDA	3	7.5%
CUIDARSE ASÍ MISMO	34	85%
NULAS	2	5%
TOTAL	40	100 %

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

GRAFICA # 5

EL AUTOCUIDADO ES



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

CUADRO # 6

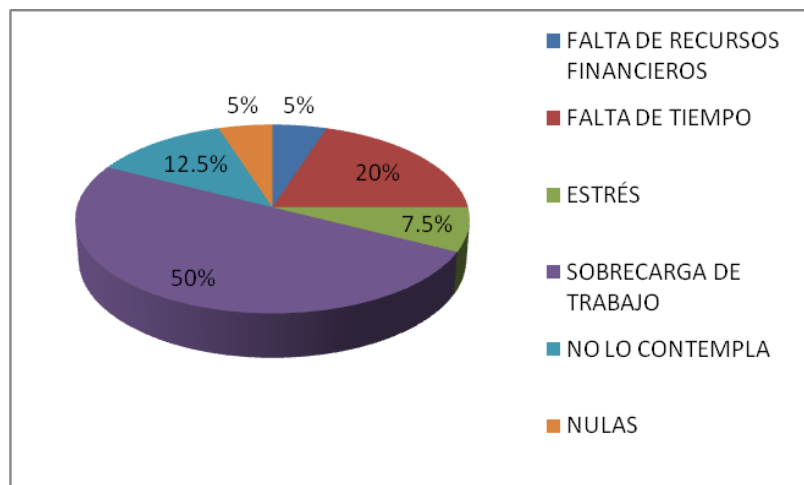
DIFICULTADES

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FALTA RECURSOS FINANCIEROS	2	5%
FALTA DE TIEMPO	8	20%
ESTRÉS	3	7.5%
SOBRECARGA DE TRABAJO	20	50%
NO LO CONTEMPLA	5	12.5%
NULAS	2	5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

GRAFICA # 6

DIFICULTADES



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

CUADRO # 7

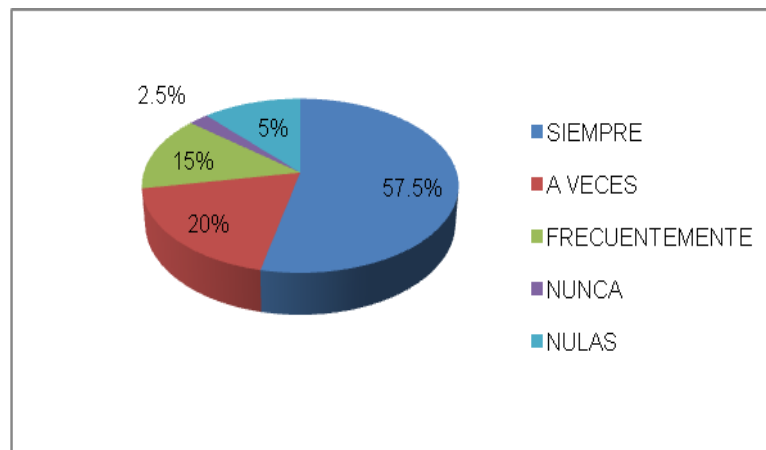
LO ASUME

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	23	57.5%
A VECES	8	20%
FRECIENTEMENTE	6	15%
NUNCA	1	2.5%
NULAS	2	5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

GRAFICA # 7

LO ASUME



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

CUADRO # 8

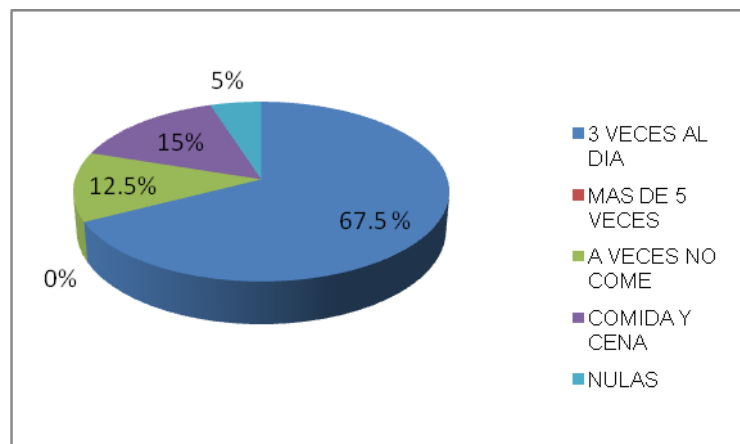
ALIMENTOS

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TRES VECES AL DIA	27	67.5%
MAS DE CINCO VECES	0	0
A VECES NO COME	5	12.5%
SOLO DOS VECES AL DIA	6	15%
NULAS	2	5%
TOTAL	40	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

GRAFICA # 8

ALIMENTOS



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

CUADRO # 9

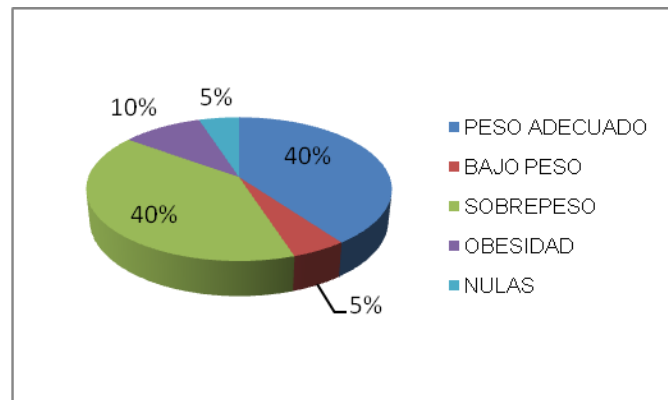
PESO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PESO ADECUADO	16	40%
BAJO PESO	2	5%
SOBRE PESO	16	40%
OBESIDAD	4	10%
NULAS	2	5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

GRAFICA # 9

PESO



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

CUADRO # 10

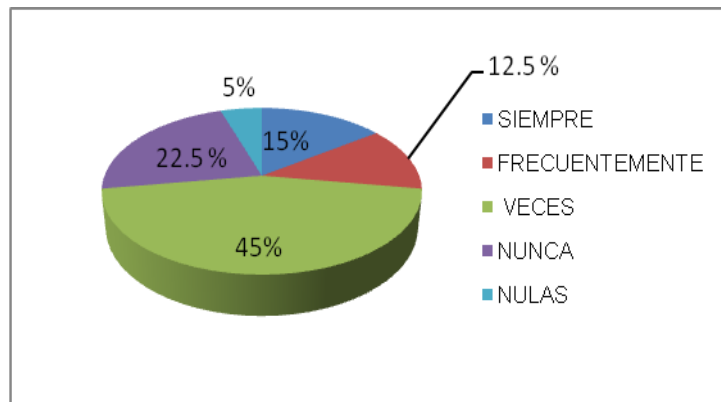
ACTIVIDAD FISICA

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	6	15 %
FRECUEENTEMENTE	5	12.5 %
A VECES	18	45 %
NUNCA	9	22.5 %
NULAS	2	5 %
TOTAL	40	100 %

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

GRAFICA # 10

ACTIVIDAD FISICA



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

CUADRO # 11

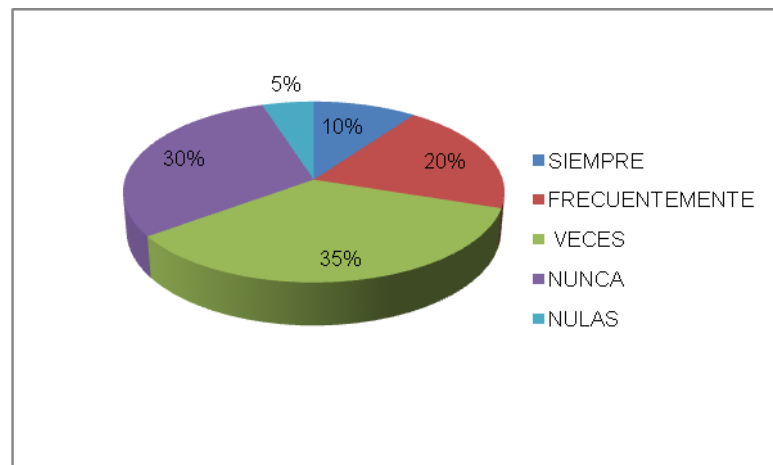
MEDIAS ELASTICAS

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	4	10%
FRECUENTEMENTE	8	20%
A VECES	14	35%
NUNCA	12	30%
NULAS	2	5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

GRAFICA # 11

MEDIAS ELASTICAS



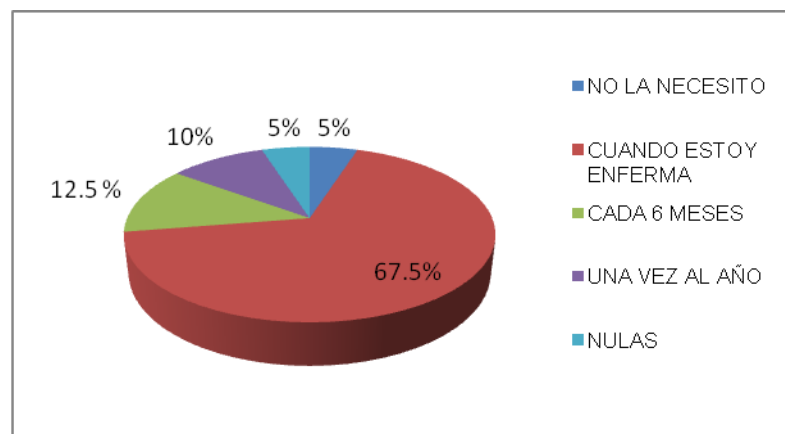
FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

CUADRO # 12
VALORACION MÉDICA

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO LA NECESITA	2	5%
CUANTO ESTA ENFERMA	27	67.5%
CADA SEIS MESES	5	12.5 %
UNA VEZ AL AÑO	4	10%
NULAS	2	5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

GRAFICA # 12
VALORACION MÉDICA



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

CUADRO # 13

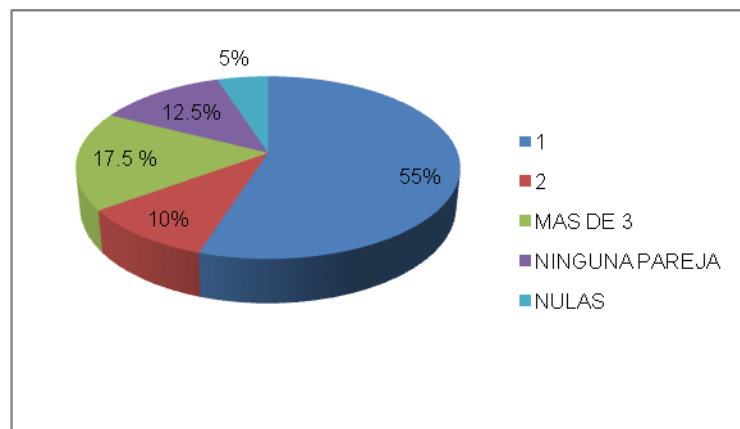
PAREJAS

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	22	55%
2	4	10%
MAS DE 3	7	17.5%
NINGUNA PAREJA	5	12.5%
NULAS	2	5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

GRAFICA # 13

PAREJAS



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

CUADRO # 14

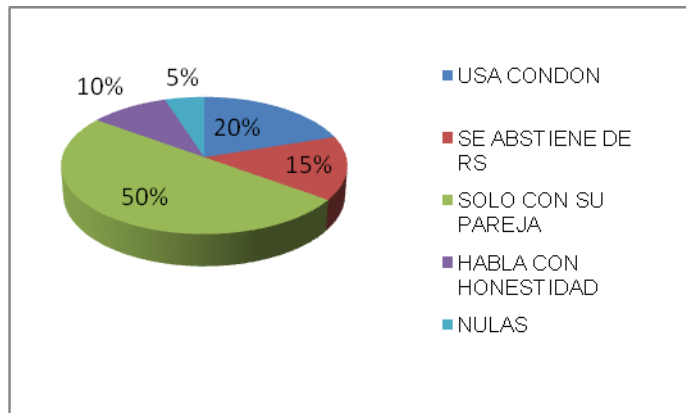
SEXO SEGURO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
USA CONDÓN	8	20%
SE ABSTIENE DE RS	6	15%
SOLO CON SU PAREJA	20	50%
HABLA CON HONESTIDAD	4	10%
NULAS	2	5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

GRAFICA # 14

SEXO SEGURO



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

CUADRO # 15

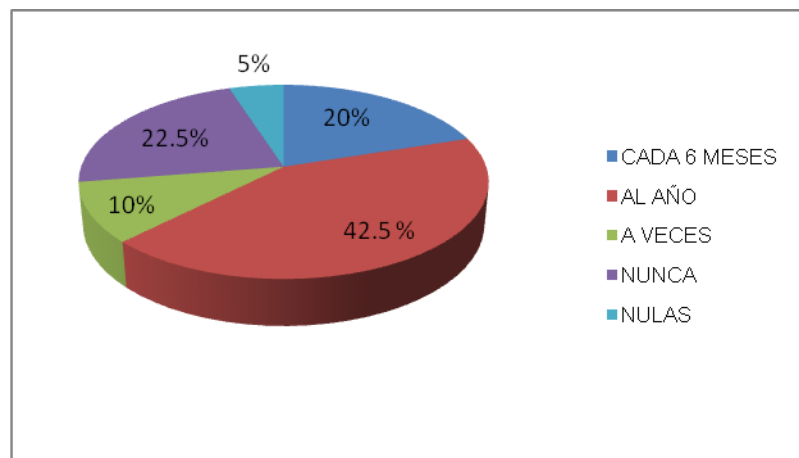
PAPANICOLAU

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CADA SEIS MESES	8	20%
AL AÑO	17	42.5%
A VECES	4	10%
NUNCA	9	22.5%
NULAS	2	5%
TOTAL	40	100 %

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

GRAFICA # 15

PAPANICOLAU



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

CUADRO # 16

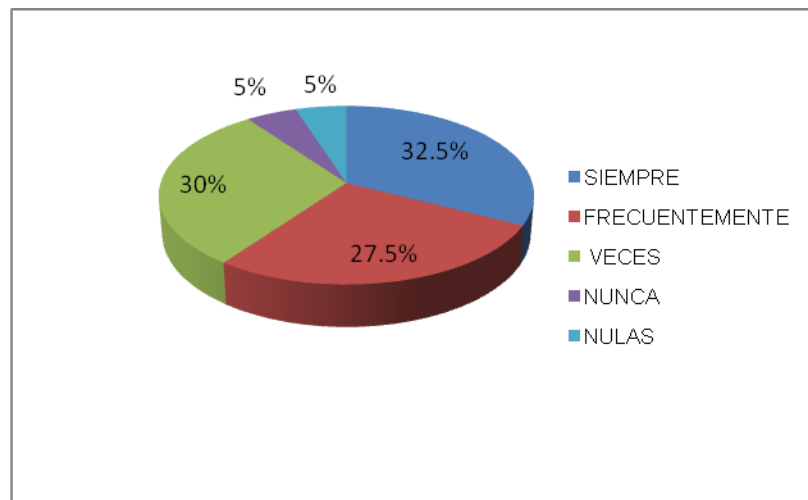
EXPLORACION MAMARIA

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	13	32.5%
FRECUENTEMENTE	11	27.5%
A VECES	12	30%
NUNCA	2	5%
NULAS	2	5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

GRAFICA # 16

EXPLORACION MAMARIA



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

CUADRO # 17

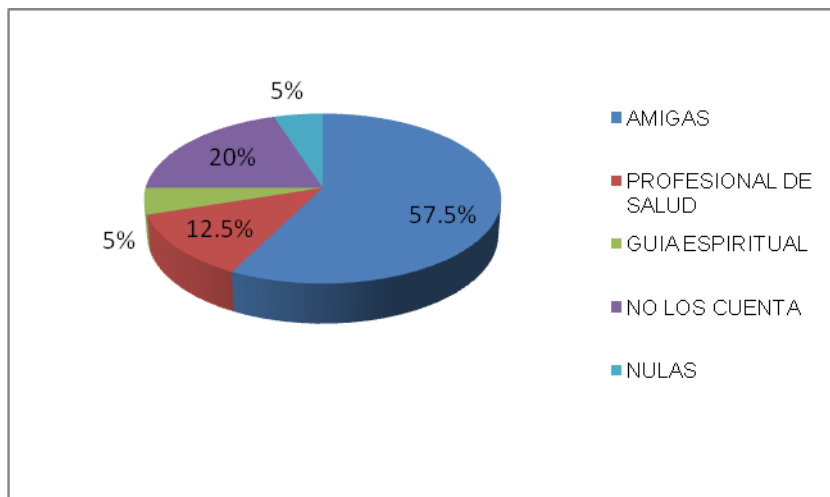
PROBLEMAS EMOCIONALES

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMIGAS	23	57.5 %
PROFESIONAL DE LA SALUD	5	12.5%
GUIA ESPIRITUAL	2	5%
NO LOS CUENTA	8	20%
NULAS	2	5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

GRAFICA # 17

PROBLEMAS EMOCIONALES



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

CUADRO # 18

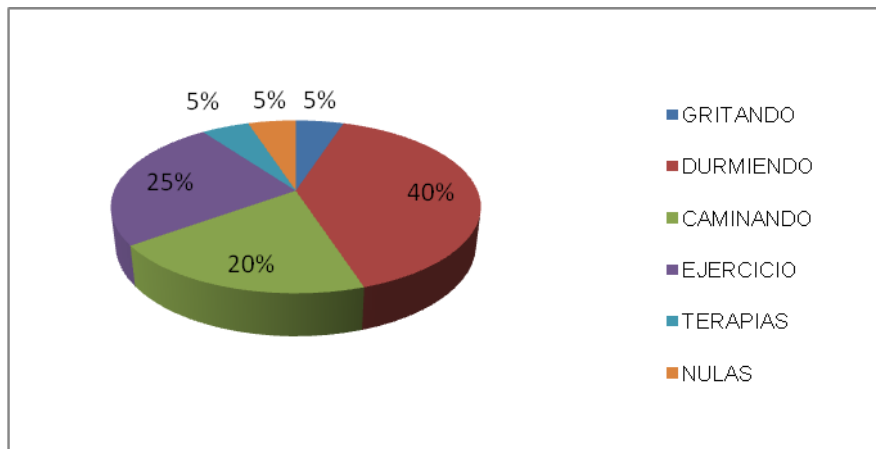
ESTRÉS

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GRITANDO	2	5%
DURMIENDO	16	40%
CAMINANDO	8	20%
EJERCICIO	10	25%
TERAPIAS	2	5%
NULAS	2	5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

GRAFICA # 18

ESTRÉS



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

CUADRO # 19

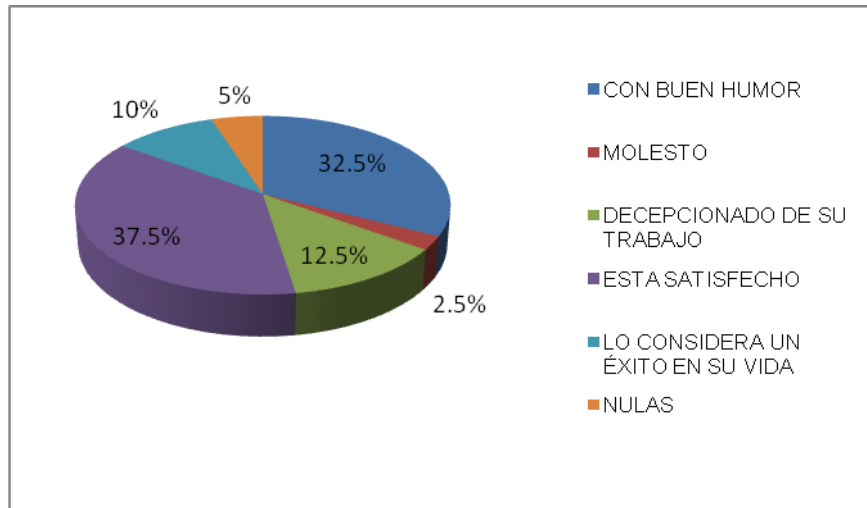
TRABAJO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUEN HUMOR	13	32.5%
MOLESTO	1	2.5%
DECEPCIONADO	5	12.5%
SATISFECHO	15	37.5%
ÉXITO	4	10%
NULAS	2	5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

GRAFICA # 19

TRABAJO



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

CUADRO # 20

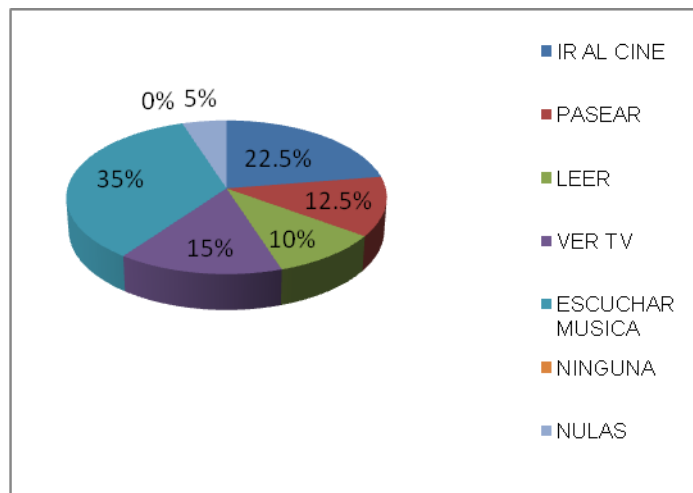
ACTIVIDADES RECREATIVAS

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IR AL CINE	9	22.5%
PASEAR	5	12.5%
LEER	4	10%
T.V	6	15%
ESCUCHAR MUSICA	14	35%
NINGUNA	0	0%
NULAS	2	5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

GRAFICA # 20

ACTIVIDADES RECREATIVAS



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

CUADRO # 21

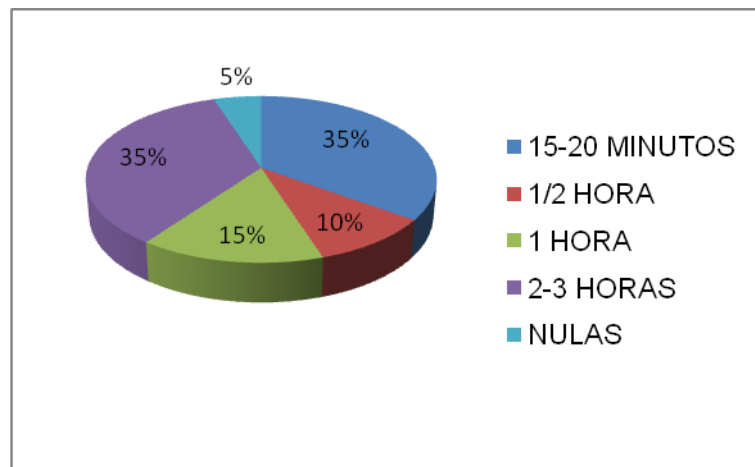
DESCANSO DESPUES DEL TRABAJO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15-20 MINUTOS	14	35%
½ HORA	4	10%
1 HORA	6	15%
2-3 HRS	14	35%
NULAS	2	5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

GRAFICA # 21

DESCANSO DESPUES DEL TRABAJO



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

CUADRO # 22

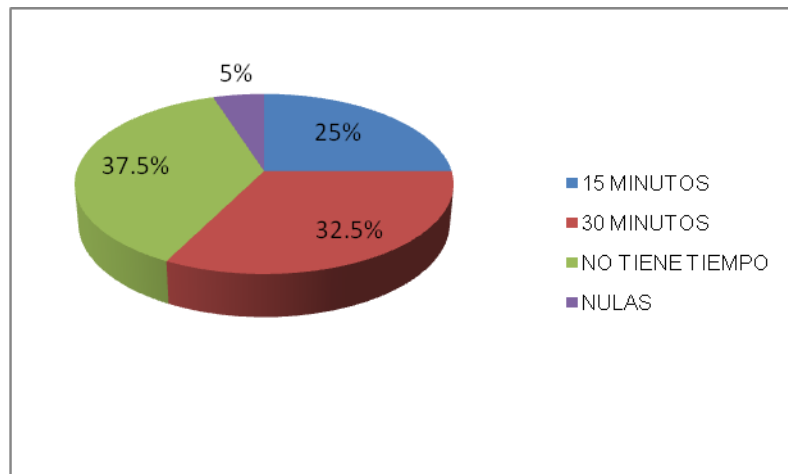
DESCANSO DURANTE LA JORNADA

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 MIN	14	25%
30 MIN	13	32.5%
NO TIENE TIEMPO	15	37.5%
NULAS	2	5%
TOTAL		100%

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

GRAFICA # 22

DESCANSO DURANTE LA JORNADA



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

CUADRO # 23

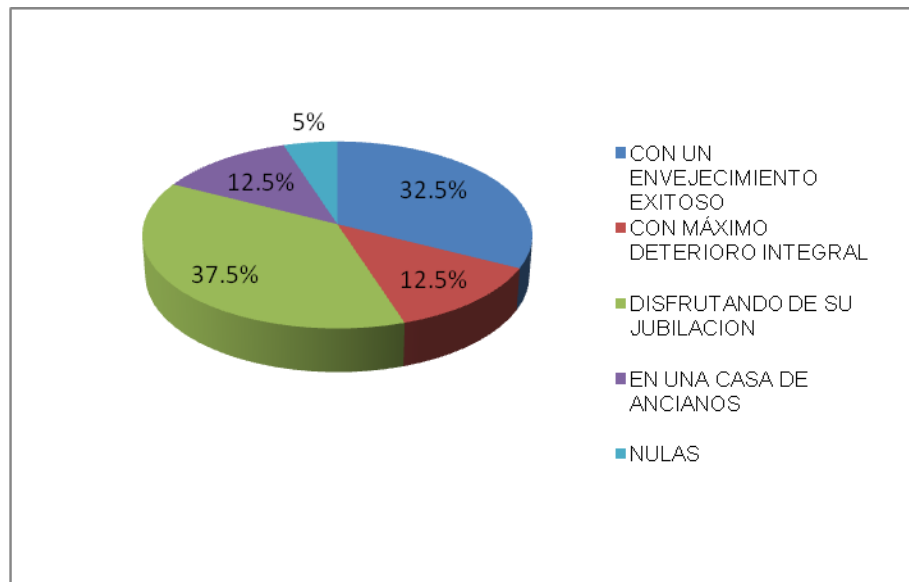
MEDIDAS DE AUTOCUIDADO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENVEJECIMIENTO EXITOSO	13	32.5%
DETERIORO INTEGRAL	5	12.5%
DISFRUTANDO SU JUBILACION	15	37.5%
CASA DE ANCIANOS	5	12.5%
NULAS	2	5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

GRAFICA # 23

MEDIDAS DE AUTOCUIDADO



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

CUADRO # 24

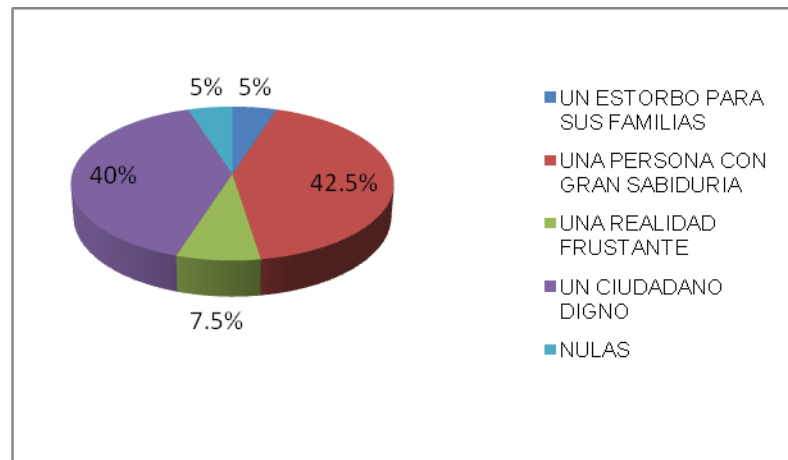
EL ADULTO MAYOR LO CONSIDERA:

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UN ESTORBO	2	5%
ANCIANO CON SABIDURIA	17	42.5%
UNA REALIDAD FRUSTANTE	3	7.5%
CIUDADANO DIGNO	16	40%
NULAS	2	5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

GRAFICA # 24

EL ADULTO MAYOR LO CONSIDERA:



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

CUADRO # 25

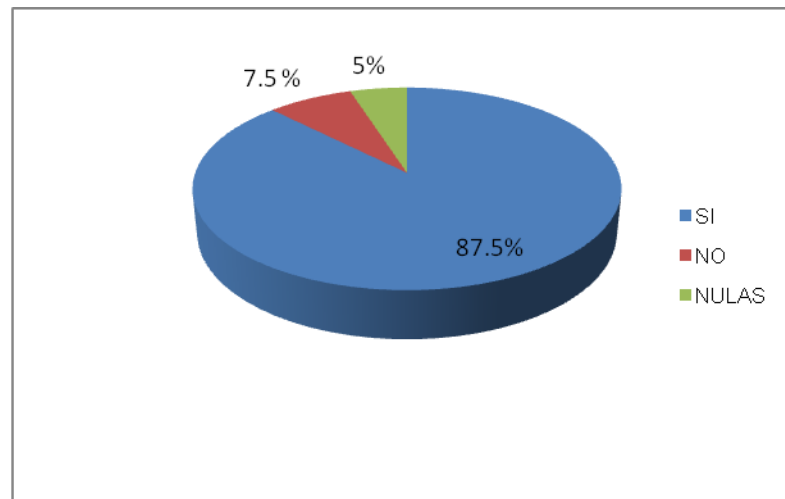
CONOCER MÁS DEL AUTOCUIDADO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	35	87.5%
NO	3	7.5%
NULAS	2	5%
TOTAL	40	100%

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

GRAFICA # 25

CONOCER MÁS DEL AUTOCUIDADO



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Glosario

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

Autocuidado: Etimológicamente se presenta conformado de dos palabras: Auto Del griego *αὐτο* que significa "propio" o "por uno mismo", y cuidado del latín *cogitātus* que significa "pensamiento". Tenemos entonces el cuidado propio, cuidado por uno mismo.

Apatía: Es una afección del alma que suele venir acompañada de inactividad física, tristeza, infelicidad, la sensación de vacío, falta de capacidad de disfrute y desmotivación ante las cosas que antes nos producían placer.

Acromegalia: Alargamiento anormal, desmesurado, de las extremidades del esqueleto causada por una producción exagerada de la hormona del crecimiento hipofisaria, posterior a la adolescencia.

Astenia: Cansancio, pérdida del entusiasmo y disminución de impulsos que derivan en una fatigabilidad física y mental.

Autoestima: Es la valoración que cada uno de los seres humanos tenemos sobre nosotros mismos.

Artritis: Trastorno reumático causado por la inflamación de una o varias articulaciones, con una hinchazón dolorosa que limita los movimientos.

Bienestar: Es un estado que depende del contexto y de la situación, que comprende aspectos básicos para una buena vida: libertad y capacidad de elección, salud y bienestar corporal, buenas relaciones sociales, seguridad y tranquilidad de espíritu.

Calidad de Vida: Concepto que integra el bienestar físico, mental, ambiental y social como es percibido por cada individuo y cada grupo. Dependen también de las características del medio ambiente en que el proceso tiene lugar (urbano, rural).

Cuidado: Vigilancia por el bienestar de alguien o por el funcionamiento de una cosa

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

Cultura: Es el conjunto de todas las formas, los modelos o los patrones, explícitos o implícitos, a través de los cuales una sociedad regula el comportamiento de las personas que la conforman.

Déficit: Es una escasez de algún bien, ya sea dinero, comida o cualquier otra cosa.

Déficit de autocuidado: Relación entre las propiedades humanas de la demanda de autocuidados terapéuticos y la agencia de autocuidados terapéuticos en la que los elementos de las capacidades de autocuidados desarrolladas dentro de la agencia de autocuidados no son operativos o adecuados para conocer y satisfacer algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidados terapéuticos existente o prevista.

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

Envejecimiento: Es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente.

Estilo de vida: Forma de vida o modo de vida son expresiones que se designan, de una manera genérica, al estilo, forma o modo en que se entiende la vida.

Éxito: Es la paz mental, es la autosatisfacción de saber que haces lo máximo para llegar a ser lo mejor que eres capaz de ser" [Wooden].

Fatiga: Es la sensación de cansancio extremo, agotamiento o debilidad que puede hacer que las tareas cotidianas se tornen más difíciles.

Glaucoma: Es una enfermedad de los ojos que puede causar la pérdida de la visión. Ocurre como resultado de acumulación de líquido en el globo ocular.

Hábito: Es cualquier comportamiento repetido regularmente, que requiere de un pequeño o ningún raciocinio y es aprendido, más que innato.

Inequidad: Desigualdad considerada injusta y evitable.

Inflación: en economía, es el incremento sostenido y generalizado en los precios, los bienes y los servicios. Las causas que la provocan son variadas, aunque destacan el crecimiento del dinero en circulación, que favorece una mayor demanda, o del costo de los factores de la producción (materias primas,

energía, salarios, etc). Si se produce una baja continua de los precios se denomina deflación.

Incontinencia urinaria: Es la pérdida del control vesical e implica un importante impacto psicológico y social y puede afectar gravemente el estilo de vida del paciente.

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

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

Menopausia (del griego *mens*, que significa "mensualmente", y *pausi*, que significa "cese") se define como el cese permanente de la menstruación.

Osteoartropatia: Cualquier afección que afecta a la articulación y los extremos óseos que la conforman.

Papanicolaou: Es el estudio mediante el cual se hace un raspado del cuello uterino para recolectar células y observarlas en un microscopio por un médico patólogo experto para diagnosticar células con alteraciones provocadas por el virus del papiloma humano así como con alteraciones inflamatorias e infecciosas y cáncer así como el estado hormonal.

Pér capita: es una locución latina de uso actual que significa literalmente *por cada cabeza* (está formada por la preposición *per* y el acusativo plural de *caput*, *capitis* 'cabeza'), esto es, por persona o individuo.

Generalmente, se utiliza para indicar la media por persona en una estadística social determinada. El uso más común es en el área de los ingresos. Así, existen índices de renta per cápita, ingresos familiares per cápita, renta familiar disponible per cápita.

PIB: Producto interno bruto, valor monetario de la economía

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

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

Requisitos de autocuidado: Reflexión formulada y expresada sobre acciones a realizar que se sabe o se supone que son necesarias en la regulación de uno o más aspectos del funcionamiento y del desarrollo humano.

Salud: Descriptor de las cosas vivas con respecto a su totalidad su buen estado estructural y funcional.

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

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

Vaginitis: Es una inflamación de la vagina debido a un adelgazamiento y encogimiento de los tejidos y una disminución en la lubricación.