

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

FACULTAD DE ENFERMERIA

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



**FACTORES BIO-SOCIO-ECONOMICOS Y SU RELACION CON
LAS PRACTICAS DE AUTOCUIDADO DE LAS ENFERMERAS
DE LA RED TRUJILLO**

TESIS

**PARA OPTAR EL TITULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERIA,
MENCION: ONCOLOGÍA**

AUTORA: LIC. CARDENAS AGUILAR, EVELYN MAYBEE

ASESORA: DRA. TABOADA PILCO, ROCIO YVONNE

TRUJILLO – PERU

2018

AGRADECIMIENTO

A Dios, nuestro señor,

Gracias, por tu infinito amor.

Tú eres mi alegría, mi luz, mi esperanza,

Gracias, por protegerme en todo momento.

Por ser mi soporte y darme la fortaleza para
superar los obstáculos que se presenten a lo largo de todo el camino.

Gracias por todo lo que me has dado

y por lo que está por venir,

pero sobre todo

Gracias por estar siempre a mi lado...



Mi profundo afecto, admiración y gratitud a mi asesora:

Dra. Rocio Yvonne Taboada Pilco,

Gracias por su valiosa orientación, paciencia, tiempo, dedicación y apoyo constante durante el desarrollo de la presente investigación, además de contribuir en mi formación académica; guiándome y motivándome permanentemente a seguir adelante en esta profesión.

A las Enfermeras de la Red Trujillo:

Con inmensa gratitud y reconocimiento por
contribuir en la realización de este trabajo

A todas aquellas personas que de una u
otra manera colaboraron en hacer posible
la realización de la presente investigación.

DEDICATORIA

A mis queridos Padres:

Rosa y Juan

Con mucho cariño por su invaluable sacrificio,
educarme con valores, por su constante apoyo
y comprensión durante mi vida personal y
profesional.

A mi esposo e hijo:

Raúl y Raúl Jr.

Por su amor, comprensión, apoyo
incondicional y por aceptar el sacrificio de
mi ausencia, que representan el estímulo de
seguir adelante y me impulsaron a culminar
el presente trabajo.

A mis hermanos:

Ericka y Witman

Por brindarme su cariño y apoyo en todo momento, ya que gracias a ellos pude realizar el presente trabajo.

A mi querida abuela:

Rosa y demás familiares

por estar siempre presente, motivándome a continuar y finalizar el presente estudio

En memoria de:

Margarita y Juan

Por ser parte de mí y haberme regalado los mejores momentos de su vida,
que siempre recordare.

Gracias por sus consejos, por ser ejemplos de lucha y mi motivación
constante, que me ha permitido ser una persona de bien.

Gracias por haberme enseñado a ser cada día mejor, por creer en mí y
aunque hoy no están a mi lado para poder disfrutar juntos de mis logros, sé
que desde el cielo guiaran mis pasos, y siempre estarán a mi lado
apoyándome y guiándome en todo momento.

Gracias...

INDICE

	Pag.
Resumen	i
Abstract	ii
I. INTRODUCCIÓN.....	01
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	19
III. RESULTADOS.....	29
IV. DISCUSIÓN.....	37
V. CONCLUSIONES.....	53
VI. RECOMENDACIONES.....	54
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
ANEXOS.....	62

“Factores Bio-socio-económicos y su relación con las Prácticas de autocuidado de las enfermeras de la Red Trujillo”

Lic. Evelyn Maybee Cárdenas Aguilar¹
Dra. Rocío Yvonee Taboada Pilco²

RESUMEN

La presente investigación de tipo cuantitativo, método descriptivo y correlacional y de corte transversal; se realizó con la finalidad de determinar la relación que existe entre algunos factores bio-socio-económicos: edad, sexo, estado civil, carga familiar, número de trabajo remunerado e ingreso económico y prácticas de autocuidado de las enfermeras de la Red Trujillo. La muestra estuvo conformada por 77 profesionales de enfermería, las cuales fueron seleccionadas según criterios de inclusión, a quienes se les aplicó una encuesta como instrumento de recolección de datos. Para la confiabilidad se utilizó Alfa de Cronbach (Autocuidado: 0.708); y para el análisis estadístico el test de Independencia de Criterios Chi cuadrado. Los resultados muestran que la mayoría de las enfermeras tienen regular prácticas de autocuidado, el 74%, mientras que el restante 26% refirió altas prácticas de autocuidado. Dentro de los factores biosocio-económicos que se relaciona significativamente es la edad ($P < 0.05$); mientras que sexo, estado civil, carga familiar, número de trabajos remunerados e ingreso económico no mostró asociación significativa.

Palabras Claves: Prácticas de autocuidado, factores bio-socio-económico, enfermeras de la Red Trujillo.

¹Autora: Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo. Correo electrónico: evelyn_cardnas@hotmail.com

²Asesora: Licenciada en Enfermería. Maestra de Salud Pública. Dra. en Gestión y Ciencias de la Educación. Correo electrónico: rtaboadapilco@gmail.com

"Bio-socio-economic factors and their relationship with the self-care practices of the nurses of the Red Trujillo"

Lic. Evelyn Maybee Cárdenas Aguilar¹
Dra. Rocío Yvonee Taboada Pilco²

ABSTRACT

The present investigation of quantitative type, descriptive and correlational and cross-sectional method; was carried out in order to determine the relationship that exists between some bio-socio-economic factors: age, sex, marital status, family burden, number of paid work and income and self-care practices of nurses of the Red Trujillo. The sample consisted of 77 nursing professionals, who were selected according to inclusion criteria, to whom a survey was applied as an instrument for data collection. For reliability, Cronbach's Alpha (Self-care: 0.708) was used; and for the statistical analysis the Chi square Criteria Independence test. The results show that the majority of nurses have regular self-care practices, 74%, while the remaining 26% reported high self-care practices. Age is significant among the biosocio-economic factors that is significantly related ($P < 0.05$); while sex, marital status, family burden, number of paid jobs and economic income showed no significant association.

Key words: Self-care practices, bio-socio-economic factors, nurses of the Trujillo Network.

¹Autora: Degree in Nursing. National university of Trujillo. Email: evelyn_cardnas@hotmail.com

²Adviser: Degree in Nursing. Master of Public Health. Dra. In Management and Education Sciences. Email: rtaboadapilco@gmail.com

I. INTRODUCCIÓN

La situación sanitaria en nuestro país muestra grandes disparidades en función del género, la edad, el nivel socioeconómico y el lugar de residencia. En el Perú, como en otros países en vías de desarrollo, las políticas de cobertura universal no han tenido los resultados esperados, han fracasado en alcanzar la equidad en salud. Asimismo, las políticas sanitarias han estado orientadas principalmente a la asistencia médica reparativa, primando un enfoque eminentemente biomédico.

El concepto de salud sobrepasa la noción de ausencia de enfermedad y debe ser considerada como un derecho humano universal y requiere que la sociedad desarrolle sistemas de protección y promoción de oportunidades, mejorando su calidad de vida, que permiten que sean partícipes de su propio cuidado (Aliaga, 2008).

El cuidar, cuidado y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y la sociedad, en tanto son inherentes a la supervivencia de todo ser vivo. El cuidarse se contribuye a promover un conjunto de acciones que tiene por objetivo hacer que ésta se mantenga, continúe y se desarrolle. Teniendo en cuenta la importancia del autocuidado en la promoción de la vida y el bienestar de los seres humanos que permita incrementar la salud general de la población mundial, la cual se ha ido en declive debido a los malos hábitos de autocuidado, acentuando la prevalencia de enfermedades no transmisibles (Uribe, 2013).

Según la OMS (2017), las Enfermedades No Transmisibles (ENT) producen la muerte a 40 millones de personas cada año, lo que equivale a 70% de las muertes que se producen en el mundo. Dentro de las ENT, el cáncer constituye un problema de salud pública para el mundo desarrollado y también para las naciones en desarrollo, está considerada como la segunda causa de mortalidad con 8,8 millones cada año, después de las enfermedades cardiovasculares.

Conforme la esperanza de vida en el planeta va mejorando, la incidencia de cáncer está aumentando; no existe otro mal más relacionado con los problemas de la vida moderna, hay una mayor exposición de los individuos a factores de riesgo cancerígenos. Se puede observar una distribución en la exposición diferenciada a los factores ambientales relacionados al proceso de industrialización, como agentes químicos, físicos y biológicos y las condiciones de vida que varían de intensidad en función de las desigualdades sociales (MINSAs, 2007).

La redefinición de los patrones de vida, a partir de las condiciones de trabajo, nutrición y consumo, desencadenados por el proceso global de industrialización, tiene sus consecuencias importantes en el perfil epidemiológico de las poblaciones. Las alteraciones demográficas donde la proporción de pobladores jóvenes va disminuyendo y a la vez la población adulta se incrementa, debido a la reducción de las tasas de mortalidad y natalidad, indican la prolongación de la expectativa de vida y el envejecimiento poblacional, llevando al aumento de la incidencia de

dolencias crónico-degenerativas, especialmente las cardiovasculares y el cáncer (MINSA, 2012).

En el Perú, mientras la mortalidad por todas las causas viene descendiendo progresivamente, las ENT siguen la segunda causa de muerte, panorama que se observa a nivel mundial. Según estudios nacionales, al año se presentan cerca de 47 000 nuevos casos de cáncer y más de 25 000 de peruanos fallecen a causa de esta enfermedad, afectando el mayor porcentaje de casos al momento del diagnóstico al sexo femenino con 67%, mientras que el sexo masculino solo el 33.4%. A nivel local, La Libertad es el departamento que ocupa el segundo lugar de casos nuevos con 17%, después de Lima, según la distribución de casos de cáncer según hospitales notificantes a nivel nacional (MINSA, 2017).

En nuestro país, el 85% de casos de cáncer se detectan en estadios avanzados, lo que repercute en menores probabilidades de curación, menos calidad de vida, mayor costo de tratamientos y una elevada mortalidad, esta realidad en parte está relacionada con un menor acceso a los servicios de salud. En los EEUU, el 60% de cáncer de mama son diagnosticados en las primeras etapas mientras que en México solo el 10% se diagnostican en una etapa temprana (MINSA, 2013).

En los últimos años se ha venido realizando esfuerzos de promoción de la salud en el país que responda a la necesidad de ir mejorando las condiciones de salubridad de la población. La promoción de la salud trata de romper con este paradigma biomédico y acercarse más al nuevo paradigma

emergente, por el cual se confiere el poder a la ciudadanía para mejorar y ejercer control sobre su propia salud (Aliaga, 2008).

Como profesionales de la salud, especialmente a los que trabajan en el nivel de atención primaria y secundaria, deben promover en los individuos y en las comunidades la adopción de hábitos de vida saludable y en ellos mismos realizar prácticas de autocuidado y sean vistos como ejemplos en una sociedad globalizada.

El profesional de enfermería, como ejes indispensables en el cuidado de la salud de las personas y dentro de su enfoque de promover estilos de vida saludable debe mantener un nivel de salud personal que garantice cuidados de enfermería seguros, con apropiadas conductas de autocuidado teniendo el objetivo de ser reconocido como un modelo a seguir, quedando reflejada una coherencia entre su actuar y su decir.

La sociedad espera que las enfermeras sean un ente de apoyo, en cuanto a prevención y fomento de la salud. Es importante llevar un autocuidado adecuado proyectándose hacia las futuras generaciones de enfermeras, con el fin de que este sea una herramienta más para enfrentar la agitada vida y forme parte de la cultura en la que se está inmerso, afrontando este reto de disminuir las tasas de morbi-mortalidad que se está dando en el mundo actual.

El aumento de las afecciones crónicas, y el envejecimiento de sus propios agentes de salud han llevado a una demanda cada vez mayor de

personal sanitario. La OMS (2016), insta a todos los países a dar prioridad al personal sanitario y poner en marcha un plan nacional para gestionarlo.

En nuestra realidad el personal de enfermería ocupa el segundo lugar de profesionales en el sector salud, siendo en el 2015 en el departamento de La Libertad 4169 enfermeras colegiadas, después del personal médico, y es Trujillo la provincia quien ocupa el primer lugar con 462 enfermeras de un total de 1214 enfermeras en el sector salud, según la Gerencia Regional de Salud La Libertad (INE, 2016).

Además considerando que enfermería dirige mucha atención a responder a las necesidades cambiantes de salud que surgen como consecuencia de la globalización y de acorde a esta realidad debe desarrollar acciones para involucrarse e involucrar a la población como actores en los derechos humanos y los esfuerzos mundiales de la diplomacia de la salud.

JUSTIFICACION

Estos aspectos permiten reflexionar al personal de enfermería, profesionales del cuidado, a asumir en forma voluntaria la importancia de practicar actividades que lleven a cuidar su salud y les permitan vivir activos y saludable. Además son considerados como el primer promotor de la salud; por ello, debe ser ejemplo en su autocuidado; el autocuidado debe ser, más que un deber, una característica inherente y natural de las enfermeras, quien debe compartirlo y enseñarlo; pero, antes debe demostrarlo con el ejemplo y solo así tendrá mayor credibilidad al quedar reflejada una coherencia entre su actuar y su decir (León, 2016).

Las enfermeras aunque tienen un amplio conocimiento sobre autocuidado y promoción de estilos de vida saludables, sin embargo, estos conocimientos no garantizan que estos profesionales los apliquen. Sin embargo aquellas que cuidan de su salud tienen mayor probabilidad de recomendar e inducir a prácticas de autocuidado y por consiguiente mayor éxito en sus recomendaciones, logrando que la comunidad adopte practicar una medicina preventiva en lugar de curativa, evitando de esta forma el origen de algunas enfermedades crónicas y cancerígenas (Manturano; Cabanillas, 2013).

Las enfermeras de la Red Trujillo, no se encuentran exentas de esta realidad, por tanto la importancia de esta investigación está en conocer el autocuidado de las enfermeras, además teniendo en cuenta que la adopción de prácticas saludables mejora el estado de salud y evita muchas enfermedades, las enfermeras deben cuidar su salud para seguir cuidando. Para ello se debe establecer una relación humana, contar con un sistema de cuidador de la persona que cuida, que permita trazar estrategias de intervención y eviten enfermarse en la entrega del cuidado a los demás.

Por lo anteriormente expuesto y considerando que los estudios sobre el autocuidado de las personas ha ido en aumento, no así del personal de salud, específicamente de las enfermeras; es que nació la inquietud de desarrollar la presente investigación, además de no existir estudios que relacionen las prácticas de autocuidado de las enfermeras con los factores bio-socio-económicos; por ello se plantea la siguiente pregunta de investigación.

1. PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre algunos factores Bio-socio-económicos edad, sexo, estado civil, carga familiar, número de trabajo remunerado, e ingreso económico, y prácticas de autocuidado de las enfermeras de la Red Trujillo?

2. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la relación que existe entre algunos factores Bio-socio-económicos: edad, sexo, estado civil, carga familiar, número de trabajo remunerado e ingreso económico y las prácticas de autocuidado de las enfermeras de la Red Trujillo, 2015.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar algunos factores Bio-socio-económicos: edad, sexo, estado civil, carga familiar, número de trabajo remunerado e ingreso económico de las enfermeras de la Red Trujillo 2015.
- Determinar las prácticas de autocuidado de las enfermeras de la Red Trujillo 2015.

3. MARCO TEORICO

La salud a lo largo de la historia ha sido considerada como un bien muypreciado pero difícil de conseguir; su definición ha resultado complicada por tratarse de un concepto complejo y multivariante, ya que se trata de un completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad (OPS, 1996).

La salud, puede ser considerada como parte del desarrollo evolutivo de las personas a lo largo de toda la vida, como un proceso que tiene más éxito en la medida que el individuo es capaz de afrontar flexible y eficazmente las demandas externas e internas a las que está sometido y llevar a cabo los comportamientos o acciones de cuidado de su salud (Kozier, 1993).

El cuidado surge desde las primeras acciones llevadas a cabo por las personas para el mantenimiento y conservación de la especie humana y representa el centro del de la disciplina de enfermería. Desde su evolución en el tiempo y bajo la mirada de la autonomía en los cuidados de la salud, surge el concepto de autocuidado (Tobón, 2006).

El autocuidado es una conducta humana, un comportamiento aprendido, una acción intencionada para cuidar a sí mismo, influyendo múltiples factores para regular su propio funcionamiento y desarrollo interno. Este autocuidado es realizado en gran medida como un hábito, sin embargo, los individuos que no han pensado sobre su rol de autocuidado pueden necesitar ayuda para contemplarse a sí mismo como agentes de autocuidado a fin de comprender los valores con los que sus hábitos les

comprometen y para apreciar la adecuación de sus habilidades de autocuidado (Orem, 1993).

El autocuidado es intelectualizado como una función reguladora humana llevada a cabo con cierto grado de complejidad y efectividad; también es la acción intencionada y dirigida que es sensible al conocimiento de las personas, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir enfermedades; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece (Cabezas, 2000).

Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos. Todas estas actividades son medidas por la voluntad, son actos deliberados y racionales que realizamos muchas veces sin darnos cuenta siquiera, se han transformado en parte de nuestra rutina de vida.

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo condiciones específicas (Marriner, 2007).

Son ocho los requisitos de autocuidado que propone Orem (1993), para los hombres, mujeres y niños: El mantenimiento de un aporte suficiente de aire, alimento, agua, provisión de cuidado asociados con los procesos de eliminación urinaria e intestinal, equilibrio entre la actividad y el descanso,

equilibrio entre la interacción social y la soledad, prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano, y por último la promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano. Cada uno de estos requisitos están íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados de acuerdo a los factores condicionantes básicos, que son determinantes e influyentes en el estado de salud de toda persona (Marriner, 2007).

En la antigua cultura griega, en lo que ellos denominaron culto de sí, se puede identificar el enfoque integral bajo el cual miraron al ser humano, a través de prácticas orientadas, tanto al cuidado del cuerpo como al del espíritu. El cuidado de sí, incluyó el ejercicio físico moderado, el equilibrio de sus necesidades, la meditación, la lectura, y la reflexión acerca de las verdades conocidas que despertaba la satisfacción de sí mismo. Tenían en cuenta elementos como el clima, la alimentación y el modo de vida, en tanto estos podían perturbar al cuerpo y a través de éste, al alma. Esta cultura aportó elementos iniciales para establecer la importancia del autocontrol como forma de autocuidado (Gómez, 2000).

Más tarde en el tiempo, las primeras ideas judeocristianas cambiaron la prioridad de un cuidado integral (físico y emocional), por cuidados centrados en lo espiritual. Se fomentó el 'desprecio' por el cuidado corporal, sustentado en el principio de 'vencer al mundo del demonio y la carne' (Cecil, 1997).

Ya en el siglo XX, en la década del setenta, se inició un análisis crítico a las formas de cuidado, a través del movimiento feminista: “grupos de mujeres en todo el mundo lucharon por una autonomía, autodeterminación e independencia de la autoridad médica masculina, predominante en el sistema médico vigente. Debido a su punto de partida, el autocuidado fue considerado inicialmente como una actividad de la gente, al margen del mundo académico. Siendo la investigación sobre autocuidado desde sus orígenes tema de debate político y epistemológico en la sociedad y en las ciencias sociales (Cook, 1993).

Desde el punto de vista paradigmático Orem (1993), define a la persona: como un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, con potencial de aprender y desarrollarse, sujeto a las fuerzas de la naturaleza, con capacidad para autoconocerse, realizar acciones beneficiosas, satisfacer los requisitos de autocuidado; y Enfermería, como un servicio dirigido a la ayuda de uno mismo y de otros, define a la salud como un estado caracterizado por la firmeza o totalidad de la estructura y el funcionamiento corporal, de aspectos físicos, psicológicos, interpersonales y sociales, con el entorno como factores ambientales que pueden afectar de forma positiva o negativa las capacidades de una persona para promover su cuidado (Rebolledo, 2010).

Existen elementos o características internas y externas que afectan al individuo en alguna situación de su vida e influyen en la adecuación de capacidades personales para cuidarse de sí mismo o de los que dependen de él (Orem, 1993).

El autocuidado está influenciado por muchos factores, los cuales interactúan en la vida de las personas que realizan la función de cuidador y de esto depende muchas veces su forma de actuar. Estos son agrupadas como biosociales, dentro de los cuales se puede mencionar: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema para el cuidado de la salud, factores del sistema familiar, patrones de vida, factores ambientales, adecuación y disponibilidad de recursos (Gómez, 1996).

Los factores que se incluyen el presente estudio son: edad, sexo, estado civil, carga familiar, número de trabajos remunerados e ingreso económico.

La edad es un factor que está muy relacionado con las características del comportamiento de la persona, se refiere el tiempo cronológico de vida de una persona transcurrida a partir de su nacimiento hasta el momento de aplicación de la encuesta (Dugas, 2000).

El sexo, es uno de los factores que influye en las prácticas de autocuidado, son las características anatomofisiológicas, que diferencian al hombre y la mujer (Long, 1998).

El estado civil, es la unión de las personas de diferentes sexos con fines de procreación y vida en común y que asume permanencia en el tiempo (INEI, 2016).

La carga familiar, es un factor que hace mención al número de personas que se tiene bajo su dependencia para proveer custodia y protección. Se considera las responsabilidades familiares que tiene a su cargo, relacionadas con el bienestar familiar, como manutención, educación, es decir la responsabilidad y compromiso familiar. Estos no necesariamente son hijos, pueden ser padres, hermanos, sobrinos, pareja, etc. (Mosby, 2015).

El número de trabajos remunerados, es la cantidad de actividades que se realiza a cambio de pago o salario, para la adquisición de bienes y servicios necesarios para la optimización de bienestar individual y grupal, pero también puede implicar desgaste laboral y con ello menor tiempo para realizar prácticas de autocuidado (EUSEN, 2009).

El ingreso económico es factor que influye en las prácticas de autocuidado teniendo en cuenta que es la remuneración que se obtiene por realizar una actividad durante un periodo de tiempo y será con el que se contara para cubrir sus necesidades (INEI, 2016).

La relación entre desarrollo económico y niveles de salud es un asunto complejo de múltiples dimensiones. La asociación directa que existe entre el ingreso económico y la salud de las personas, es clara en el sentido de que a mayores niveles de desarrollo económico se obtienen mejores índices de salud (Aguirre, 2010).

La toma de decisiones respecto a su autocuidado está determinada por los conocimientos, la voluntad y las condiciones requeridas para vivir.

Los conocimientos y la voluntad son factores internos a la persona y las condiciones para lograr calidad de vida, depende de la persona la importancia o voluntad que dé al cuidado de su salud para promover practicas saludables en el logro de su bienestar (Rebolledo, 2010).

El personal de salud es el responsable del fomento del autocuidado en las personas, tanto con su testimonio de vida sana como con la educación, como herramienta, para que las personas puedan optar por prácticas favorables a la salud.

La primera Teoría de enfermería nace con *Florence Nightingale*, donde en su juramento realizado en la segunda mitad del siglo XIX, planteó: Juro solemnemente ante Dios y en presencia de esta Asamblea, *llevar una vida pura*; y ejercer mi profesión con devoción y fidelidad. Me abstendré de todo lo que sea perjudicial o maligno o de tomar o administrar a sabiendas, ninguna droga que pueda ser nociva a la salud.... (Rebolledo, 2010).

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

4. MARCO EMPIRICO

La salud de los enfermeros es un factor indispensable para mantener el equilibrio en su actividad, condición a través de la cual las acciones, actitudes, comportamientos y obligaciones pueden desarrollarse sin tensiones que debiliten o interfieran los cuidados específicos de enfermería.

Flores, Jenó, Ormeño y Vargas (2011), en Chile, investigaron sobre el Autocuidado del profesional de enfermería del hospital de San Carlos en las dimensiones de Alimentación, Actividad y reposo, Conductas de riesgo, funcionamiento familiar y estrés laboral, donde concluyen que los profesionales de enfermería cuentan con un buen autocuidado en las dimensiones evaluadas, salvo en las dimensiones de alimentación y actividad física, en donde en relación a la alimentación el 81.4% se alimenta de acuerdo a su estado de salud, pero solo el 58.1% señala que siempre o casi siempre consume desayuno diariamente, respecto a la actividad física menciona que el 72.1% casi nunca y nunca realizan y el 62.8% duerme entre 6 a 7.9 horas diarias.

Vargas (2011), en Argentina, investigó las Acciones de autocuidado de salud que realizan las enfermeras donde concluyó que son muy pocas las enfermeras que realizan acciones de autocuidado universales adecuadas hacia ellas mismas, con respecto a la ingesta de agua el 92% es inadecuada, no descansa el tiempo suficiente para cubrir sus necesidades básicas de autocuidado el 82%., el 70% acude a control médico anual, 88% realiza uno menos veces por semana de actividad física, el 42.5% no realizan control

ginecológico y el 90% de enfermeros varones no cumplen acciones de autocuidado en relación a los controles prostáticos.

Garduño, Méndez y Salgado, (2012), en un estudio cualitativo en México, titulado Autocuidado del profesional de enfermería de un Hospital Público donde afirmaron que el autocuidado del personal de enfermería es deficiente por las diversas actividades que desempeñan, problemática que se requiere de acciones para su salud y para que brinde mejor cuidado de la salud individual y colectiva.

Godoy y Vargas (2013), en Venezuela, estudiaron el Autocuidado de las profesionales de Enfermería que prestan sus servicios en la unidad de gineco-obstetricia del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda, donde evidencian que las profesionales de enfermería, donde evidenciaron que solo el 30% siempre asiste a los controles médicos, 25% nunca se realizan exámenes de laboratorio, el 65% acepta que su peso corporal no es el adecuado, 45% nunca realiza ejercicios, el 40% siempre mantiene un patrón de sueño adecuado, el 25% siempre realiza actividades recreativas, el 20% nunca realiza actividades vacacionales y el 15% nunca realiza actividades culturales por lo que afirma que en cuanto a la salud social no disponen de una amplia cantidad de tiempo para lograr participar de actividades culturales y vacacionales.

Sánchez, Sámano, Chinchilla y Rodríguez (2014), en México, realizó un estudio sobre el Autocuidado en enfermeras y su asociación con su estado emocional y obtuvo que el 60% tiene prácticas de autocuidado inadecuadas. Afirman que sí se tiene conocimientos en cuidados de salud

pero no se aplican; la baja autoestima y el malestar emocional aumentan el riesgo de no cuidar su salud.

Manturano y Cabanillas en el Perú (2013), realizó un estudio sobre Conocimiento y practica de autocuidado del profesional de Enfermería del servicio de Pediatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen donde afirma que el 42.2% de las enfermeras no conocen sobre autocuidado y muestra una práctica inadecuada sobre el mismo; de igual forma, un 26.7% está en la escala de conocer y practica adecuadamente su autocuidado; asimismo, existe un 8.9% del profesional de Enfermería que, a pesar de no conocer sobre el autocuidado, tiene prácticas adecuadas de autocuidado.

Gámez (2015), en el Perú estudio Nivel de estrés y autocuidado en enfermeras adultas maduras. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote- Ancash. Se encontró que el 45% de las enfermeras adultas maduras que laboran en los servicios de medicina y emergencia mostraron un autocuidado saludable y el 55% de ellas muestran que su autocuidado es no saludable.

León (2016), en Perú investigo Nivel de autocuidado de las enfermeras de la Microred Pueblo Nuevo según la teoría de Orem en la Universidad San Martín de Porres de Ica, encontró que el 72,5% de las enfermeras presentaron un nivel de autocuidado bueno y el otro 25% presento un nivel de autocuidado regular. Encontró que el 45% de las enfermeras adultas maduras laboran en los servicios de medicina y

emergencia mostraron un autocuidado saludable y el 55% de ellas muestran que su autocuidado es no saludable.

En el ámbito local no se han encontrado estudios con la variable de esta investigación, sin embargo se han encontrado con la variable de estilos de vida, y teniendo en cuenta que el autocuidado es considerado como parte del estilo de vida de la persona, entendido como patrones de conducta que reflejan la forma de interactuar con su medio social (MINSa, 2008).

Por lo que se ha considerado el estudio de Aznarán, 2014; titulado Practicas de Estilos de vida y percepción de salud del as enfermeras de centro Quirúrgico en el hospital Lazarte de Es salud, muestra que de 25 enfermeras que presentan prácticas de estilos de vida saludables el mayor porcentaje, 92% refirió percepción alto de estado de salud.

II. MATERIAL Y MÉTODO

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, método descriptivo, correlacional y de corte trasversal, se realizó en la Red Trujillo perteneciente al distrito de Trujillo, provincia de Trujillo, departamento de La Libertad.

2.1. Universo

El universo estuvo conformado por 313 enfermeras, que trabajan para los establecimientos de la Red de Salud Trujillo.

2.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por las 77 enfermeras que laboran en los diferentes establecimientos de salud de la Red Trujillo. Se obtuvo mediante el muestreo aleatorio simple con un nivel de significancia del 5% y error de muestreo del 8%. El cual fue seleccionado en forma aleatoria hasta completar el tamaño de la muestra y cuenta los criterios de inclusión y exclusión (Anexo 1).

Criterios de inclusión:

- Enfermeros (as) que estén trabajando para la Red Trujillo.
- Dos años mínimos de experiencia en el desempeño de la profesión
- Enfermeros (as) que deseen participar en la investigación

Criterios de exclusión:

- Enfermeros (as) que se encuentren de vacaciones o en descanso médico.

Unidad de análisis:

Estuvo conformada por cada una de las enfermeras que laboran en la Red Trujillo y cumplieron con los criterios de inclusión.

2.3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se elaboró un instrumento: tipo encuesta, el cual se denominó: “Encuesta sobre algunos factores bio-socio-económicos de la enfermera y las prácticas de autocuidado” de las enfermeras que laboran para la Red Trujillo (Anexo 2), la cual se desglego en dos grupos:

A. FACTORES BIO-SOCIO- ECONÓMICOS

Esta parte del instrumento fue elaborado por la autora, mide la variable “Factores bio-socio-económicos”, y consta de 6 ítems que permiten obtener datos sobre:

a) Factores Bio-sociales:

- Edad
- Sexo
- Estado Civil
- Carga familiar
- Número de trabajos remunerados

b) Factores económicos:

- Ingreso mensual
 - <1000
 - 1000 a 2000
 - 2001 a 3000
 - 3001 a más

B. PRACTICAS DE AUTOCUIDADO

Esta encuesta fue modificada por la autora basada en el instrumento elaborado por Alva (1998) que se describe a continuación:

Datos relacionados a prácticas de autocuidado: 30 ítems que considera 4 aspectos:

- a) Hábitos alimenticios: 13 ítems
- b) Actividad física: 04 ítems
- c) Cuidados personales: 06 ítems
- d) Sueño: 07 ítems

La calificación de la encuesta se realizara teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- **Siempre**; cuando las prácticas de autocuidado forman parte de la rutina, teniendo como valor dos puntos cada una.
- **A veces**; cuando las prácticas de autocuidado, algunas forman parte de la rutina, teniendo como valor un puntos cada una.
- **Nunca**; cuando no se realizan las prácticas de autocuidado, teniendo como valor cero puntos cada una.

- Prácticas de autocuidado buenas: 41 a 60 puntos
- Prácticas de autocuidado regulares: 21 a 40 puntos
- Prácticas de autocuidado malas: 0 a 20 puntos

2.4. CONTROL Y CALIDAD DE INSTRUMENTOS

Prueba Piloto:

Con la finalidad de hacer ajustes necesarios en el instrumento de recolección de datos, para una mayor comprensión por parte de los participantes de la investigación, se aplicó el instrumento a 20 enfermeras que laboran en la Red Trujillo y que presentaron características similares a la muestra de estudio. Esta prueba permitió modificar la redacción de algunos ítems que pudieron dificultar su entendimiento y aplicación, así como opiniones que contribuyeron a mejorar el instrumento.

Validez:

Para determinar la validez del instrumento se utilizó la prueba estadística de correlación de Pearson.

La validez del instrumento utilizado en la investigación se detalla a continuación:

Si $p \leq 0.01$ (1%) → Altamente significativa

Si $p \leq 0.05$ (5%) → Significativa

Si $p > 0.05$ (5%) → No significativa

Test	Número de casos	Valor de correlación de Pearson	Probabilidad (p)	Significancia
Encuesta sobre prácticas de autocuidado de las enfermeras	20	0.553	0.025	Significativo

El instrumento es válido

Confiabilidad:

La confiabilidad se determinó a través de la prueba estadística del coeficiente Alpha de Cronbach, aplicado a la prueba piloto obteniéndose los siguientes resultados:

Test	Valor de Alpha de Cronbach	Número de casos	Número de Ítems
Encuesta sobre prácticas de autocuidado de las enfermeras	0.708	20	30

El instrumento es confiable

2.5. PROCEDIMIENTO

Antes de iniciar la recolección de datos se realizó las coordinaciones con la Dirección de la Red Trujillo para la obtención del permiso correspondiente y así poder desarrollar el presente trabajo.

Para la recolección de datos se entregó a cada enfermera participante un cuestionario, el cual ha sido denominado: Encuesta sobre algunos factores bio-socio-económicos y su relación con las prácticas de autocuidado (Anexo 2), así como una carta de presentación, donde se agradece el consentimiento y la participación en este estudio y se aseguró la total confidencialidad de los datos. Este sobre se entregó mediante entrevista personal a las enfermeras en cada uno de sus establecimientos de salud donde laboran.

2.6. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos por el instrumento fueron procesados con metodología estadística (programa estadístico SPSS-19 para WINDOWS). Los resultados se presentan en tablas de una y doble entrada, de forma numérica y porcentual de acuerdo a los objetivos propuestos, de tal manera que se pueda medir la relación entre las variables del estudio. Así mismo se utilizó la prueba de independencia de criterios Chi-cuadrado con un nivel de significancia del 5%.

2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para realizar el siguiente trabajo de investigación se solicitó el permiso respectivo a dirección de la Red Trujillo y se solicitó a cada participante

el consentimiento para su participación voluntaria en el estudio, se garantizó la anonimidad y la confidencialidad de los datos, así como su libre decisión de suspender su participación del proyecto cuando lo estimen necesario. Se tomó en cuenta sus valores, criterios personales y el respeto a los derechos humanos; considerando así los principios bio-éticos de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

2.8. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

A. VARIABLE INDEPENDIENTE

FACTORES BIO-SOCIO-ECONÓMICOS

Factores que destacan las características biológicas, sociales y económicas, los cuales interactúan en la vida de las personas, y pueden influenciar de manera positiva o negativa en las prácticas de autocuidado de las enfermeras de la Red Trujillo (Gómez, 1996).

a) EDAD

Definición Conceptual: Es el tiempo cronológico de vida de una persona transcurrida a partir de su nacimiento hasta el momento de aplicación de la encuesta (Dugas, 2000).

Definición operacional: se tomara en cuenta,

- Joven: 20 - 29
- Adulto: 30 - 59
- Adulto mayor: 60 a más

b) SEXO

Definición Conceptual: Son las características anatomofisiológicas, que diferencian al hombre y la mujer (Long, 1998).

Definición operacional: se caracteriza en:

- Femenino ()
- Masculino ()

c) ESTADO CIVIL

Definición Conceptual: es la unión de las personas de diferentes sexos con fines de procreación y vida en común y que asume permanencia en el tiempo (INEI, 2016).

Definición operacional: se caracteriza en:

- Soltero ()
- Casado ()
- Conviviente ()
- Viudo ()
- Divorciado/separado ()

d) CARGA FAMILIAR

Definición Conceptual: Se considera las responsabilidades familiares que tiene a su cargo, relacionadas con el bienestar familiar, como manutención, educación, es decir la responsabilidad y compromiso familiar. Estos no

necesariamente son hijos, pueden ser padres, hermanos, sobrinos, pareja, etc. (Mosby, 2015).

Definición operacional: se medirá según el número de personas que dependen de su cuidado, de la siguiente manera:

- Pareja
- Hijos
- Sobrinos
- Padres
- Otros

e) NUMERO DE TRABAJO REMUNERADO

Definición Conceptual: es la cantidad de actividades que se realiza a cambio de pago o salario, para la adquisición de bienes y servicios necesarios para la optimización de bienestar individual y grupal, pero también puede implicar desgaste laboral y con ello menor tiempo para realizar prácticas de autocuidado (Eusen, 2009).

Definición operacional: se considerara según la siguiente categoría:

- 1 ()
- 2 ()
- 3 ()
- 4 a más ()

f) INGRESO ECONÓMICO

Definición Conceptual: es la remuneración que se obtiene por realizar una actividad durante un periodo de tiempo y será con el que se contara para cubrir sus necesidades (INEI, 2016).

Definición operacional: según el ingreso mensual:

- < 1000 ()
- 1000 a 2000 ()
- 2001 a 3000 ()
- 3001 a más ()

B. VARIABLE DEPENDIENTE:

PRACTICAS DE AUTOCUIDADO DE LAS ENFERMERAS

Definición conceptual: son el conjunto de actividades que realiza el individuo siguiendo un patrón y una secuencia con el propósito de promover la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para restablecer la salud, con la libre decisión y responsabilidad (Orem, 1993).

Definición operacional: se categorizara en buenas, regulares y malas, ya mencionadas en el instrumento.

- Prácticas de autocuidado buenas = 62 a 78 puntos
- Prácticas de autocuidado regulares = 44 a 61 puntos
- Prácticas de autocuidado malas = 26 a 43 puntos

III. RESULTADOS

Tabla 1

DISTRIBUCION DE 77 ENFERMERAS SEGÚN FACTORES BIO-SOCIO-ECONÓMICOS DE LAS ENFERMERAS DE LA RED TRUJILLO

Factores Bio-socio-económicos		N°	%
Edad	Joven	18	23.4
	Adulto	57	74.0
	Adulto mayor	2	2.6
Sexo	Masculino	3	3.9
	Femenino	74	96.1
Estado Civil	Soltero	43	55.8
	Casado	26	33.8
	Conviviente	5	6.5
	Viudo	1	1.3
	Divorciado/separado	2	2.6
Carga familiar: total de personas que están bajo su cuidado	0	8	10.4
	1	27	35.1
	2	22	28.6
	3	8	10.4
	4 a más	12	15.6
Número de trabajos remunerados	1	66	85.7
	2	10	13.0
	3	1	1.3
	4 a +	0	0.0
Ingreso económico	<1000	14	18.2
	1000 a 2000	32	41.6
	2001 a 3000	24	31.2
	3001 a más	7	9.1
Total		77	100.0

Fuente: Información obtenida de la encuesta

Tabla 2

**DISTRIBUCION DE 77 ENFERMERAS SEGÚN PRÁCTICAS DE
AUTOCUIDADO DE LAS ENFERMERAS DE LA RED TRUJILLO**

Nivel de Prácticas	N°	%
Mala	0	0.0
Regular	57	74.0
Buena	20	26.0
Total	77	100.0

Fuente: Información obtenida de la encuesta

Tabla 3

**DISTRIBUCION DE 77 ENFERMERAS SEGÚN EDAD Y PRÁCTICAS DE
AUTOCUIDADO DE LAS ENFERMERAS DE LA RED TRUJILLO**

Nivel de Prácticas	Edad						Total	
	Joven 18-29		Adulto 30-59		Adulto mayor más 60			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mala	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Regular	16	20.8	40	51.9	1	1.3	57	74.0
Bueno	02	2.6	17	22.1	1	1.3	20	26.0
Total	18	23.4	57	74.0	2	2.6	77	100.0

Fuente: Información obtenida de la encuesta

$X^2 = 8.12$ $p = 0.004$ Altamente Significativa - Hay relación entre variables

Tabla 4

DISTRIBUCION DE 77 ENFERMERAS SEGÚN SEXO Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE LAS ENFERMERAS DE LA RED TRUJILLO

Nivel de Prácticas	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Mala	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Regular	1	1.3	56	72.7	57	74.0
Bueno	2	2.6	18	23.4	20	26.0
Total	3	3.9	74	96.1	77	100.0

Fuente: Información obtenida de la encuesta

$X^2 = 2.69$ $p = 0.101$ No Significativa - No hay relación entre variables

Tabla 5

**DISTRIBUCION DE 77 ENFERMERAS SEGÚN ESTADO CIVIL Y PRÁCTICAS
DE AUTOCUIDADO DE LAS ENFERMERAS DE LA RED TRUJILLO**

Nivel de Prácticas	Estado Civil										Total	
	Soltero		Casado		Conviviente		Viudo		Divorciado/ Separado			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mala	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Regular	33	42.9	17	22.1	4	5.2	1	1.3	2	2.6	57	74.0
Bueno	10	13.0	9	11.7	1	1.3	0	0.0	0	0.0	20	26.0
Total	43	55.8	26	33.8	5	6.5	1	1.3	2	2.6	77	100.0

Fuente: Información obtenida de la encuesta

$X^2 = 1.93$ $p = 0.381$ No Significativa - No hay relación entre variables

Tabla 6

DISTRIBUCION DE 77 ENFERMERAS SEGÚN CARGA FAMILIAR (TOTAL DE PERSONAS QUE ESTA BAJO SU CUIDADO) Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE LAS ENFERMERAS DE LA RED TRUJILLO

Nivel de Prácticas	Total de personas que está bajo su cuidado										Total	
	0		1		2		3		4 a más		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Mala	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Regular	6	7.8	22	28.6	17	22.1	7	9.1	5	6.5	57	74.0
Bueno	2	2.6	5	6.5	5	6.5	1	1.3	7	9.1	20	26.0
Total	8	10.4	27	35.1	22	28.6	8	10.4	12	15.6	77	100.0

Fuente: Información obtenida de la encuesta

$X^2 = 2.95$ $p = 0.399$ No Significativa - No hay relación entre variables

Tabla 7

**DISTRIBUCION DE 77 ENFERMERAS SEGÚN NUMERO DE TRABAJOS
REMUNERADOS Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE LAS
ENFERMERAS DE LA RED TRUJILLO**

Nivel de Prácticas	Número de Trabajos Remunerados								Total	
	1		2		3		4 a más		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Mala	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Regular	50	64.9	7	9.1	0	0.0	0	0.0	57	74.0
Bueno	16	20.8	3	3.9	1	1.3	0	0.0	20	26.0
Total	66	85.7	10	13.0	1	1.3	0	0.0	77	100.0

Fuente: Información obtenida de la encuesta

$X^2 = 3.04$ $p = 0.219$ No Significativa - No hay relación entre variables

Tabla 8

DISTRIBUCION DE 77 ENFERMERAS SEGÚN INGRESO ECONOMICO Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE LAS ENFERMERAS DE LA RED TRUJILLO

Nivel de Prácticas	Ingreso mensual								Total	
	<1000		1000 a 2000		2001 a 3000		3001 a más		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Mala	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Regular	12	15.6	26	33.8	16	20.8	3	3.9	57	74.0
Bueno	2	2.6	6	7.8	8	10.4	4	5.2	20	26.0
Total	14	18.2	32	41.6	24	31.2	7	9.1	77	100.0

Fuente: Información obtenida de la encuesta

$X^2 = 6.08$ $p = 0.108$ No Significativa - No hay relación entre variables

IV. ANALISIS Y DISCUSION

En la presente investigación se muestra la distribución de 77 enfermeras según la tabla 1 en relación a los factores bio-socio-económicos: edad, sexo, estado civil, carga familiar (total de personas que están bajo su cuidado), número de trabajos remunerados e ingreso económico de enfermeras de la Red Trujillo, se encuentra que la mayoría (74.03%) son adultos mientras que el 23.37% joven y el 2.6% adulto mayor, quiere decir que predomina las enfermeras entre las edades de 30 a 59 años, esta realidad se observa debido a que este grupo de edad es la población en edad a trabajar, la cual en nuestro país está considerado desde los 14 a 65 años a más, siendo el mayor grupo a nivel nacional de 25 a 59 años de edad con 59.2 %; lo cual corrobora los datos encontrados en el estudio. Además al observar los cambios que han surgido en la pirámide poblacional de nuestro país, nos podemos dar cuenta del progresivo y persistente incremento de la población adulta, lo que muestra el lento envejecimiento de la población peruana, situándonos actualmente en una pirámide estacionaria, propia de países en vías de desarrollo como el nuestro (INEI, 2015).

Enfermería surge como profesión gracias a Florence Nigthingale quien desde sus orígenes cambia a enfermería de una actividad totalmente doméstica a un nivel profesional, dejaron ser simples cuidadoras sin entrenamiento y se convirtieron en personas entrenadas en el cuidado, evidenciándose hasta nuestros días, la función de las enfermeras en instituciones de salud obedece al estereotipo del género femenino según se evidencia en el presente estudio con un 96.1% (García; Sainz; Botella, 2004).

Respecto al estado civil se pudo apreciar que, el 55.8% de enfermeras son solteras, el 33.8% casado, mientras que el 6.5% conviviente, 1.3% viudo y el 2.6% divorciado o separado; estos resultados reafirman lo que se está viviendo a nivel mundial, como Japón, EEUU, España y Colombia donde el número de hogares formados por una sola persona están aumentando al pasar los años; así como la mayoría de personas están optando por mantenerse solteros en buscar un mayor desarrollo personal y/o profesional antes de formar una familia, observándose la proporción de matrimonios progresivamente reducida además de producirse cada vez a edades más tardías. A nivel nacional, esta realidad no es diferente, tal es así que el número de matrimonios inscritos está en descenso mientras que la cantidad de divorcios se han duplicado y la población soltera cada día aumenta (INEI, 2016).

La enfermera como ser social y familiar cuida de su familia asumiendo responsabilidades del cuidado de sus miembros u otras personas cercanas a ellas, tal es así que la carga familiar en el presente estudio se identificó a través del total de personas que tiene bajo su cuidado, siendo el más alto porcentaje el 35.1% de enfermeras con una persona, el 28.6% dos, seguido del 15.6% que tiene a cuatro o más personas bajo su cuidado y el mismo porcentaje de 10.4% de enfermeras a tres o ninguna persona bajo su cuidado. Esta realidad nos permite observar un incremento en las exigencias que debe asumir la enfermera al tener usuarios demandantes, sin desconocer el hecho de que la mayoría del personal sanitario es femenino, por lo cual existe un recargo adicional de presión familiar, por cumplir el rol

de madre y/o esposa trabajadora, y que muchas veces desvalorizar la importancia de desarrollar acciones de cuidado para sí misma.

El 85.7% de enfermeras tienen un trabajo remunerado, el 13.0% y 1.3% dos y tres trabajos remunerados respectivamente y ninguna enfermera tiene más de cuatro trabajos. La enfermera como profesional, persona trabajadora es un ser con responsabilidades con deseo de progresar profesional y personalmente; y por la misma necesidad de cumplir con estos objetivos, aunado a ello la situación socioeconómica, bajos salarios, inestabilidad laboral, escasez de personal en las instituciones, ha llevado a que las enfermeras realicen jornadas extras de trabajo o a una multiplicidad de empleos descuidando su propio cuidado (Quiroga, 2012).

Respecto al ingreso mensual, el 41.6% de enfermeras tienen entre mil a dos mil soles, el 31.2% dos mil uno a tres mil soles, el 18.2% menos de mil soles y solo el 9.1% más de tres mil un soles. En el sector salud existe una desigualdad de remuneraciones y eso varía de acuerdo al tipo de contrato con el que se encuentre laborando. A pesar que el recurso humano es elemento clave y principal en los servicios de salud, aún existen diferencias remunerativas, tal es así que hay enfermeras con un ingreso mensual básico. En nuestro país el sueldo mínimo paso de S/.650 a S/.750 en el 2012 según el D.S. N°007-2012-TR. y en el 2016 a un aumento de S/.850 con el D.S. N°005-2016-TR (El Peruano, 2012 y 2016).

En la tabla 2 respecto a las prácticas de autocuidado de las enfermeras encontramos que las prácticas de autocuidado es regular 74%,

bueno el 26% y mala el 0%, considerando el autocuidado como lo define Dorothea Orem al conjunto de actividades que realizan los individuos a favor de la manutención de la propia vida, salud y bienestar.

Estos resultados reflejan lo mencionado por León (2016), en un estudio realizado en Ica, Perú, donde encontró que el 72.5% de las enfermeras tienen un nivel de autocuidado bueno, seguido del 25% regular y sólo un 2.5% excelente, mientras que ninguna enfermera tuvo un nivel de autocuidado insuficiente y deficiente.

Así mismo, es similar al estudio de Flores, Jenó, Ormeño y Vargas (2011), en Chile, donde concluyen que las enfermeras cuentan con un buen autocuidado en las dimensiones de reposo, conductas de riesgo, funcionamiento familiar y estrés laboral, mientras que en las dimensiones de alimentación y actividad física, indican que se encuentran deficientes en relación a los rangos óptimos planteados.

También existen estudios que difieren a los resultados encontrados, como la investigación de Manturano y Cabanillas en el Perú (2013), donde encuentra que el 42.2% del personal de enfermería desconoce sobre autocuidado y por ende, tienen una prácticas de autocuidado inadecuadas.

El estudio de Gámez (2015), concluye que el 55% de las enfermeras muestran un autocuidado no saludable y el 45% de enfermeras que es saludable; coincidiendo con Sánchez, Sámano, Chinchilla y Rodríguez (2014), en México donde encontró que el 60% tuvo prácticas de autocuidado inadecuadas, 15% conocimientos deficientes en cuidados de salud,

afirmando que las enfermeras sí tienen conocimientos en cuidados de salud pero no se aplican.

El mismo panorama se refleja en el estudio cualitativo de México de Garduño, Méndez y Salgado (2012), donde afirman que el autocuidado del personal de enfermería es deficiente por las diversas actividades que desempeñan, se alimentan fuera de casa, no realizan ejercicio y se enfrentan riesgos laborales.

Al igual que al estudio anterior, Vargas (2011) en Argentina, concluyo que son pocas las enfermeras que realizan acciones de autocuidado, con respecto a la ingesta de agua, siendo el 92% inadecuada, el porcentaje de enfermeros que no descansa el tiempo suficiente el 82%, sin embargo es muy alto el porcentaje de enfermeros que concurre a un control médico anual siendo el 70%. También Godoy y Vargas (2013), en Venezuela evidenciaron que solo el 30% siempre asiste a los controles médicos, 25% nunca se realizan exámenes de laboratorio, el 65% acepta que su peso corporal no es el adecuado, 45% nunca realiza ejercicios, 25% siempre realiza actividades recreativas y el 40% siempre mantiene un patrón de sueño adecuado.

A nivel local se han encontrado con la variable de estilos de vida, y teniendo en cuenta que el autocuidado es considerado como parte del estilo de vida de la persona se tomara como referencia el estudio de Aznarán (2014) quien encontró que el mayor porcentaje de enfermeras, el 86 y 79% refirieron prácticas de estilos de vida saludable y una percepción de un alto estado de salud respectivamente, mientras que sólo el 14 y 21% practicas

no saludables y una percepción baja del estado de salud. Existiendo relación entre las prácticas de estilos de vida y la percepción de salud, es decir la forma en que una persona considera la salud determina en gran parte, las medidas que tomen para protegerla, mejorarla y el tiempo que designen a practicarlas.

Los profesionales de enfermería, como defensores de la salud de los seres humanos, deben fomentar en su propia persona, una adecuado autocuidado, que fomente el bienestar bio-psico-social, para desarrollar una personalidad terapéutica que trasmita e inspire salud, con el objetivo de ser reconocido como un modelo a seguir

Tabla N°3 referente a la edad y prácticas de autocuidado de las enfermeras se obtuvo que los Jóvenes (18-29 años) tienen regulares prácticas de autocuidado con el 20.8% y el 2.6% bueno, los Adultos (30-59 años) presentan regular y buenas prácticas de autocuidado en 51% y 22.1% respectivamente, mientras que los Adultos Mayores (más de 60 años) tienen 1.3% de regular y buenas prácticas de autocuidado.

El perfil demográfico de los profesionales en estudio indico que en el rango de edad mayoritaria fue los adultos de 30 a 59 años, con 74% de los cuales el 51.9% tienen prácticas de autocuidado regular y bueno el 22.1%. Según Flores, Jeno, Ormeño y Vargas en el 2011, refieren que en la edad adulta existe la probabilidad de que se acreciente al autocuidado de los individuos, debido a que ya se iniciaron la vida laboral y se habituaron en el ritmo de vida e intensidad del trabajo; afirmando que los requerimientos del

autocuidado están condicionados por las etapas del desarrollo del ser humano y tal es así que una vez creadas sus metas y objetivos para la vida, se da inicio a la vida laboral; la cual influye en sus prácticas de autocuidado.

Según el estudio que realizó Gámez en el año 2015, encuentra que existe un 45% de enfermeras adultas maduras que muestran un autocuidado saludable, reafirmando la necesidad de autocuidado que requiere la enfermera como ser humano y por las cuales está expuesta en su entorno laboral.

Estos resultados al ser sometidos a la prueba de Chi cuadrado, se encontró que si hubo altamente significancia ($p < 0.05$) entre las distribuciones de ambos grupos, lo que demuestra que en este grupo de estudio la edad es un factor que condiciona el nivel de prácticas de autocuidado percibido por las enfermeras, en donde se observa que en las tres etapas de las edades se presentó un nivel de autocuidado de regular a bueno.

No se encontraron trabajos similares con las variables edad y prácticas de autocuidado de las enfermeras, solo se encuentra con pacientes de diferentes programas de salud, pero no corresponden al mismo perfil demográfico del presente estudio; motivo por el que no se consideró en la presente investigación.

Los resultados encontrados en este estudio reafirman a que la edad influye en el autocuidado, en cualquier fase de la vida y pueden surgir incapacidades o limitaciones derivadas a la naturaleza del cuidado. Además en los adultos el autocuidado es compensatorio, por lo que en esta etapa de

la vida se consolida aún más la autoestima y tratan por todos los medios de conocer y ampliar buenas prácticas de cuidado, existiendo una baja relación entre las capacidades del individuo y la demanda para proveer cuidados (Orem, 1993).

Al observar la Tabla N°4 sobre, sexo y prácticas de autocuidado de las enfermeras se puede apreciar que el 3.9% son del sexo masculino, de los cuales el 2.6 % y el 1.3% tienen buenas y regular prácticas de autocuidado respectivamente; mientras que el 96.1% son del sexo femenino y de ellas el 72.7% tienen regular prácticas de autocuidado y solo el 23.4% buenas prácticas de autocuidado.

Estos resultados coinciden con los encontrados con Flores, Jenó, Ormeño y Vargas en el 2011, es su investigación sobre Autocuidado del profesional de enfermería encuentra que el 70% son del sexo femenino y afirma que esta situación podría influir en el autocuidado, ya que estas están vinculadas socialmente a una multiplicidad de roles lo que limita el tiempo disponible para mantener buenas prácticas de autocuidado.

Garduño, Méndez y Salgado en el 2012, en la investigación cualitativa de Autocuidado del profesional de enfermería, concluyen que los diversos roles que tiene la enfermera le limita su autocuidado, que en el caso de las mujeres se ve aumentada y ejemplo de ello son las enfermeras, quienes en muchos casos desempeñan roles de madre, esposa, hija y hermana enfermera.

Godoy y Vargas en el 2013, refiere que hay que tener en cuenta que la profesión de enfermería es llevada a cabo de manera primordial, aunque no exclusiva, por mujeres. Esto quiere decir, que las enfermeras, por su condición femenina, en su inmensa mayoría están sometidas a una doble jornada laboral; además del desempeño de su trabajo profesional de alta responsabilidad que con frecuencia propicia un gran desgaste psíquico, deben cumplir también una segunda jornada laboral en sus hogares, como amas de casa, esposas y madres de su prole. Esto les lleva a una sobrecarga de actividades y disminución de oportunidades para cuidarse de sí misma.

PAPALIA, (1992) manifiesta que el sexo es uno de los factores que influye en las prácticas de autocuidado y se evidencia que el sexo femenino lo realiza mejor que el masculino; probablemente porque las mujeres se preocupan más por su apariencia física y su salud. Por otro lado los varones, por los diferentes roles y responsabilidades sociales que cumplen no se preocupan por su apariencia y tienen malas prácticas de autocuidado.

Sin embargo en la actualidad las mujeres desempeñan diversos roles tanto en la familia como en la sociedad, y aunque su estilo de vida se vuelve cada vez más parecido al de los varones, no dejan de lado la práctica de medidas autocuidado en pro de su salud y bienestar.

Estadísticamente no se detecta evidencia suficiente de significancia estadística ($p=0.101$), lo que pone de manifiesto que el sexo no constituye un factor condicionante o asociado a las prácticas de autocuidado.

En la tabla N°5 respecto al estado civil y prácticas de autocuidado de las enfermeras, el 43% son solteras, de ellas el 42.9% tienen regular prácticas de autocuidado y el 13% buenas prácticas de autocuidado, las enfermeras casadas el 22.1% regular y buenas prácticas de autocuidado el 11.7%, las enfermeras convivientes el 5.2% regular y el 1.3% buenas prácticas de autocuidado, el grupo de enfermeras viudas solo son el 1.3% con regular prácticas de autocuidado, mientras que las enfermeras divorciadas/separadas solo tienen prácticas de autocuidado regular con el 2.6%.

Por otro lado se puede observar que el mayor porcentaje se ubican en prácticas regular de autocuidado, siendo el 42.9% solteras, seguido de enfermeras casada con el 22.1%, conviviente el 5.2%, divorciado/separado el 2.6% y viudo el 1.3%. Estos resultados al ser sometidos a la prueba estadística, se encontró que no hay evidencia suficiente de relación entre las variables, se observa un valor Chi cuadrado de 1.93 con probabilidad 0.381 siendo no significativa.

No se han encontrado estudios con profesionales de enfermería, que relacionen estas variables para poder compararlos, sin embargo existen referencia bibliográfica relacionadas a este grupo de estudio que se tomaran en consideración.

En relación al estado civil, Flores, Jeno, Ormeño y Vargas en el 2011, refieren que el predominio del estado civil soltero está vinculado a un ritmo de vida socialmente más activo lo que puede causar en los individuos se

vean afectados por situaciones de malas prácticas de autocuidado, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables.

Además hay que tener en cuenta que la unión conyugal y la existencia o no de hijos hacen que las personas sean generalmente personas más maduras y estables, por lo tanto con mayor deseo de mantenerse saludables en todos los aspectos de la vida, a pesar que tienen que desempeñar innumerables roles y responsabilidades.

En la tabla N°6 sobre carga familiar (total de personas que están bajo su cuidado) y prácticas de autocuidado de las enfermeras, el 10.4% no tienen ninguna persona bajo su cuidado, de ellas el 7.8% y el 2.6% tienen regular y buenas prácticas de autocuidado respectivamente; las enfermeras que tienen a una sola persona bajo su cuidado son el 35.1%, el 28.6% tienen regular y el 6.5% buenas prácticas de autocuidado; aquellas que tienen dos personas bajo su cuidado son el 28.6%, de las cuales el 22.1% tienen regular y el 6.5% buenas prácticas de autocuidado; las enfermeras con tres personas bajo su cuidado corresponden al 10.4%, siendo el 9.1% regular y el 1.3% buenas prácticas de autocuidado; y las enfermeras con cuatro a más personas bajo su cuidado son el 15.6%, siendo el 9.1% buenas y el 6.5% regular prácticas de autocuidado. Al realizar en análisis estadístico, se observa un valor Chi cuadrado de 2.95 con probabilidad 0.39 siendo no significativa, no habiendo relación entre variables.

Los resultados encontrados no se pueden contrastar por no haberse encontrado reportes similares, para comparar con las variables del presente trabajo de investigación.

Según Manturano y Cabanillas en el 2013, afirma que la enfermera es un profesional que ha adquirido competencia para cuidar y ayudar al ser humano que sufre alguna dolencia o necesite alguna protección; desde sus orígenes el cuidar ha formado parte de cada ser humano y más en el profesional de enfermería, el cual ha ido perdurando en las diferentes épocas de la historia, por la asunción de distintas responsabilidades y roles, teniendo siempre como punto de referencia los cuidados de salud de las personas.

Las enfermeras al tener que cumplir con la demanda que conlleva el desempeño su labor de cuidadora con frecuencia anteponen el bienestar de su familia y de otras personas dependientes, experimentando dificultad y menor tiempo disponible para cumplir con las expectativas y obligaciones propias de sí mismo, para lo cual anteponen estas responsabilidades al cuidado de su propia salud.

La presencia de contar con un mayor número de personas bajo su cuidado y en muchas ocasiones no poder afrontarlo favorablemente va influir en su desempeño personal, familiar y laboral; el aumentar las responsabilidades, el brindar apoyo, cuidados y tiempo a esa persona bajo su cuidado puede generar un déficit del autocuidado propio, que incrementan los riesgos de la salud. Este desequilibrio entre la demanda y la respuesta

de ayuda predispone en algunas ocasiones a no practicar acciones de autocuidado.

En la tabla N°7 sobre el número de trabajos remunerados y prácticas de autocuidado de las enfermeras se puede observar que, las enfermeras con un trabajo remunerado tienen el 64.9% regular y el 20.8% buenas prácticas de autocuidado; las enfermeras con dos trabajos remunerados el 9.1% y el 3.9% regular y buenas prácticas de autocuidado respectivamente; mientras que las enfermeras con tres trabajos remunerativos solo tienen el 1.3% con buenas prácticas de autocuidado; y ninguna enfermera tiene cuatro a más trabajos remunerados.

Además, se puede evidenciar que el mayor porcentaje que prevalece es el de regular prácticas de autocuidado con el 64.9% y el 9.1% en aquellas enfermeras con uno a dos trabajos remunerados respectivamente. Al someter estos resultados a la prueba estadística de chi cuadrado, se encontró que no hubo diferencia significativa ($p > 0.05$) entre las distribuciones de ambos grupos, lo que demuestra que en este grupo de estudio el número de trabajo remunerado no es un factor que condiciona el nivel de prácticas de autocuidado percibido por las enfermeras.

No se han encontrado estudios para contrastar los resultados. Sin embargo la bibliografía encontrada señala que el número de trabajos en muchas ocasiones puede tener un efecto adverso sobre la salud física o mental.

Garduño, Méndez y Salgado en el 2012, menciona que el desempeñar varios trabajos representa para algunas enfermeras una tensión constante, tanto por las demandas y obligaciones simultaneas en el ámbito laboral y familiar por lo que deben ser demasiado precavidas al desempeñarlos de la forma correcta y asertiva, mediante una mejor programación, asignación de recursos y mayor atención en su cuidado.

Según los resultados en el presente estudio, encontramos que hay personal de enfermería que tienen un solo trabajo y usualmente llegan a su casa a descansar o inmediatamente a integrarse a sus labores domésticas, mientras que otros trabajan en dos o tres lugares distintos. En la última década se ha caracterizado por un importante desarrollo de la ciencia y la tecnología, sin embargo, amplios grupos poblacionales no se han beneficiado de ello. La salud y la vida de la mayoría de la población laboral se mantienen en condiciones precarias, expresadas por jornadas de trabajo extensivas y bajos salarios que obliga a realizar otros trabajos remunerados.

Hay que tener en cuenta que al realizar otra actividad remunerativa favorece un menor calidad de vida que el que no realiza otra actividad remunerada, ya que el hecho de tener dos o más trabajos requiere de sacrificios físicos y psicológicos que implican mayor remuneración económica, pero también una disminución en el tiempo libre para realizar actividades de autocuidado.

En la tabla N°8 referente el ingreso económico y prácticas de autocuidado de las enfermeras de la Red Trujillo, se observa lo siguiente,

que las enfermeras con un ingreso económico menor de mil soles son el 18.2%, de los cuales el 15.6% tiene regular y el 2.6% buenas prácticas de autocuidado; las enfermeras con un ingreso económico de mil a dos mil soles corresponden el 41.6%, cuyas prácticas de autocuidado regular es el 33.8% y el 7.8% buenas prácticas de autocuidado; las enfermeras cuyo ingreso económico es de dos mil uno a tres mil soles corresponden al 31.2% con regular 20.8% y buenas prácticas de autocuidado el 10.4%; las enfermeras con un ingreso económico de tres mil uno a mas soles son el 9.1% , siendo el 5.2% de enfermeras con buenas prácticas de autocuidado y el 3.9% regular prácticas de autocuidado.

Por otro lado se pudo se evidenciar que en su mayoría las enfermeras de la Red Trujillo su ingreso económico es de mil a dos mil soles con 41.6% y el más bajo es el 9.1% con tres mil un soles a más. Sin embargo se puede evidenciar que aún existe profesional de enfermería que perciben un ingreso menor de mil soles siendo el 18.2%. Dichos resultados al ser sometidos a la prueba Chi cuadrado se observa un valor 6.08 con probabilidad 0.108 siendo no significativa ($p>0.05$), lo que demuestra que el numero de trabajo remunerado no es un factor que condiciona el nivel de prácticas de autocuidado.

Garduño, Méndez y Salgado en el 2012, refiere que las personas con mayores ingresos económicos generalmente tienen la facultad de elegir el medio en el que establecen sus hogares, así como la calidad y el tipo de alimentos que consumen y la atención medica que reciben. En cambio para los que tienen bajos ingresos económicos, sus opciones están fuertemente

restringidos por la escasez de sus recursos, lo que favorece la frustración, desmotivación, la cual afecta directamente en las prácticas de autocuidado que realiza.

En el presente estudio se puede apreciar una desigualdad en el ingreso mensual de las enfermeras, existiendo desde enfermeras con un ingreso mensual menor de mil soles a aquellas con ingresos que superan los tres mil soles, esto quizás se deba por la misma escala remunerativa que existe dentro del sistema de salud; y a su vez la situación económica, donde prevalece los bajos salarios, la inestabilidad laboral ha llevado a las enfermeras a realizar multiplicidad de empleos y jornadas extras de trabajo, conllevándoles a una deficiente alimentación, pocas horas de descanso, que se reflejan en malas prácticas de autocuidado.

Los resultados obtenidos no pudieron ser comparados con los de otros estudios similares, por no encontrarse reportes de investigaciones que relacionen las variables por lo que el presente documento de investigación constituye fuente importante de información en estudios posteriores y al ser la profesión de enfermería la encargada de promover prácticas de autocuidado se necesitan estrategias que ayuden a mejorar el bienestar de las enfermeras y se conviertan en modelos de vida para la comunidad.

V. CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación, se concluye:

1. El 74% de enfermeras son adultas, cuyas edades son de 30 a 59 años de edad, el 96.1% son del sexo femenino, el 55.8% son de estado civil solteras, además el 35.1% tienen una sola persona bajo su cuidado, también el 85.7% tienen un solo trabajo remunerado y el 41.6% de enfermeras que un ingreso económico entre mil a dos mil soles.
2. El mayor porcentaje de enfermeras, el 74% realizan prácticas de autocuidado regular, mientras que ninguna enfermera tiene malas prácticas de autocuidado.
3. Existe relación altamente significativa entre la edad y las prácticas de autocuidado de las enfermeras de la Red Trujillo, sin embargo no se encuentra significancia con las otras variables de estudio.

VI. RECOMENDACIONES

1. Continuar realizando investigaciones sobre el tema, en la misma institución o en otros establecimientos de salud, con otras variables de estudio como: experiencia laboral, nivel de estrés y autoestima; a fin de determinar las variables que se asocian a la práctica de autocuidado de las enfermeras.
2. Realizar estudios de investigación cualitativa con el personal de enfermería donde puedan expresar sus percepciones, para lograr comprender sus sentimientos y así poder mejorar sus prácticas de autocuidado.
3. Que los resultados del presente trabajo de investigación, considerando las variables de estudio, sirvan de referencia para inculcar prácticas de autocuidado al personal de enfermería, según su edad; y no sólo sean consideradas como un ser que brindan cuidados sino que también deben ser cuidadas.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguirre, R. (2010). Revista de Ciencias Sociales. Departamento de Sociología. Universidad de la Republica Uruguay. Vol. 1 Diciembre.

Aliaga, E. (2008). Políticas de Promoción de la Salud en el Perú: Retos y Perspectivas. Perú. Citado 25 de noviembre del 2017. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/GOB/1002_CIES3.pdf

Alva, D. (1998). Prácticas de Autocuidado y su relación con Factores biosocioculturales en personas adultas que presentan Osteoartrosis. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo.

Aznarán, B. (2014). Prácticas de estilos de vida y percepción de salud de las enfermeras de Centro Quirúrgico. Tesis para optar el grado de Maestra en Salud Publica. Mención en: "Gerencia y políticas Publicas". Universidad Nacional de La Libertad-Trujillo.

Cabezas, C. (2000). La calidad de vida de los profesionales. Madrid, España.

Cecil, L. (1997). Tratado de Medicina Interna, 19ed. Edit. Interamericana. México.

Cook, G. (1993). Fundamentos esenciales de la enfermería en Salud Mental, 2 da ed., Edit. Interamericana, México.

Dugas, B. (2000). Tratado de Enfermería Práctica. Cuarta edición revisada. Interamericana. España.

El Peruano (2012). Normas Legales. Trabajo y Promoción del Empleo. Incrementan Remuneración Mínima de los trabajadores sujetos al régimen laboral de la actividad privada a partir del 1° de junio de 2012 Decreto Supremo N° 007-2012-TR. Citado 10 de diciembre del 2017. Disponible en: <http://www.munizlaw.com/normas/2012/Mayo/17-05-12/D.S.%20N%C2%BA%20007-2012-TR.pdf>

El Peruano (2016). Normas Legales. Trabajo y Promoción del Empleo. Decreto Supremo que incrementa la remuneración mínima vital de los trabajadores sujetos al régimen laboral de la actividad privada. Decreto Supremo N° 005-2016-TR. Citado 10 de diciembre del 2017. Disponible en: <http://www.elperuano.com.pe/normaselperuano/2016/03/31/1361982-1.html>

Eusen, R. (2009). Trabajo remunerado y no remunerado. Citado 14 de diciembre del 2014. Disponible en: http://taula.treballamsuport.com/files/trabajo%20remunerado%20y%20no%20remunerado_op3.pdf

Flores, M.; Jeno, D.; Ormeño J.; Vargas, S. (2011). Autocuidado del profesional de enfermería del hospital de San Carlos en las dimensiones de Alimentación, Actividad y reposo, Conductas de riesgo, funcionamiento familiar y estrés laboral. Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias de la salud y los alimentos. Universidad del Bío-Bío. Chile. Citado 28 de agosto del 2017. Disponible en: <http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/787/1/Flores%20Inostroza%2C%20Mar%C3%ADa%20Teresa.pdf>

Gámez, J. (2015). Nivel de estrés y autocuidado en enfermeras adultas maduras. Hospital Eleazar guzmán barrón. Nuevo Chimbote. Citado 02 de

noviembre del 2017. Disponible en: <http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/2781/30764.pdf?sequence=1>

García, M.; Sainz, A.; Botella, M. (2004). La enfermería vista desde el género. España. Citado 28 de abril 2017. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000200009

Garduño, A.; Méndez, V.; Salgado, J. (2012). Autocuidado del profesional de enfermería de un hospital Público. México. Citado 28 de setiembre del 2017. Disponible en: http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/2_AUTOCUIDADO.pdf

Godoy, M.; Vargas, E. (2013). Autocuidado de la salud de las profesionales de Enfermería. Hospital Central Universitario DR. Antonio María Pineda. Venezuela. Citado 28 de setiembre del 2017. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/autocuidado-salud-profesionales-enfermeria/>

Gómez, A. (1996). Factores que se relacionan con la capacidad de autocuidados de embarazada. Citado 28 de agosto del 2008. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/6255/1/1080072407.PDF>

Gómez, M. (2000). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de psicología, Universidad de Salamanca. Madrid, España.

Kozier, E. (1993). Enfermería Fundamental. Edit. Interamericana. España.

INEI (2015). Perú: Natalidad, Mortalidad y Nupcialidad 2015. Citado 02 de diciembre 2017. Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1407/libro.pdf

INEI (2016). Sistema Estadístico Nacional. Compendio Estadístico. La Libertad.

León, M. (2016). Nivel de Autocuidado de las enfermeras de la Microred pueblo nuevo según la teoría de Orem. Universidad San Martín de Porres. Perú. Citado 26 de octubre 2017. Disponible en: http://www.repositorio academico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2387/3/leon_a.pdf

Long, B. (1998). Enfermería Médico Quirúrgico, 2da ed. Edit. Interamericana. España.

Manturano, D.; Cabanillas, M. (2013). Conocimiento y práctica de autocuidado del profesional de Enfermería del servicio de Pediatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2013. Perú. Citado 18 de octubre 2017. Disponible en: <file:///C:/Users/ASUS/Downloads/222-1163-1-PB.pdf>

Marriner, A. (2007). Modelos y Teorías de Enfermería, 6ta edición. Edit. Mosby. México.

MINSA (2007). Guías para la Promoción de la Salud orientada a la Prevención y Control del Cáncer. Coalición Multisectorial Perú: contra el Cáncer. Perú. Citado 15 de noviembre 2017. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1785.pdf>

MINSA (2008). Dirección de salud de las personas. Citado 06 de junio 2017. Disponible en: https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKEwiN4teP_fXUAhXIDj4KHejDB_IQFggxMAI&url=https%3A%2F%2Fwww.minsa.gob.pe%2Fportada%2FEspeciales%2F2008%2Fadulto_mayor%2Farchivos%2FROTAFOILIO_AUTOCUIDADO.doc&usg=AFQjCNGShZKpunGPOXk7suvUI4vJo8ch9g

MINSA (2012). Plan Nacional para la Prevención Control del Cáncer 2011-2017. Costa Rica. Citado 28 de noviembre 2017. Disponible en: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/consejo_nacional_cancer/DM_plan_nacional_para_la_prevencion_y_control_del_cancer.pdf

MINSA (2013). Análisis de la situación de cáncer en el Perú. El cáncer como problema de salud pública: Determinantes y factores de riesgo.

MINSA (2017). Vigilancia Epidemiológica de Cáncer basada en Registros hospitalarios enero-diciembre 2016. Boletín Epidemiológico del Perú SE 21-2017 Vol 26.

Mosby (2015). Diccionario de Medicina, Enfermería y Ciencias de la salud. Ed. Harcourt. España.

OPS (1996). La promoción de la salud: una antología. Publicación Científica N° 557. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Mundial de la Salud, OMS (2017). Enfermedades no transmisibles. Citado 15 de noviembre 2017. Disponible en: <http://www.who.int/int/mediacentre/factsheets/fs355/es>

Orem, D. (1993). Conceptos de Enfermería en la Práctica, Edit. Científicas y Técnicas, S.A. México.

Papalia, D. (1992). Psicología del Desarrollo Humano, 4ta ed. Edit. Interamericana S.A. Colombia

Quiroga, I. (2012). Estilos de vida y condiciones de salud de los enfermeros. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad del Aconcagua. Argentina. Citado 29 de noviembre 2017. Disponible en: http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/149/tesi-3781-estilos.pdf

Rebolledo, D. (2010). Autocuidado en los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bio: un análisis según el Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem. Universidad de Chile.

Sánchez, B.; Sámano, R.; Chinchilla, D.; Rodríguez, A. (2014). Autocuidado en enfermeras y su asociación con su estado emocional. México. . Citado 02 octubre del 2017. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000300001

Tobón, C. (2006). Revista El cuidado: Una Habilidad para vivir.

Uribe, T. (2013). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Colombia. Citado 29 noviembre del 2017. Disponible en: <https://www.clubensayos.com/Psicología/EL-AUTOCUIDADO-Y-SU-PAPEL-EN-LA-PROMOCION/872850>

Vargas, A. (2011). Acciones de autocuidado de salud que realizan las enfermeras. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. Citado 15 octubre del 2017. Disponible en: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/vargas_estela_alejandra.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

TAMAÑO DE MUESTRA

Para obtener el tamaño de muestra en la presente investigación se utilizó el muestro aleatorio simple, cuya fórmula es:

$$n_o = \frac{N * Z_{\alpha/2}^2 * p * q}{(N - 1) * E^2 + Z_{\alpha/2}^2 * p * q}$$

Donde:

$Z_{\alpha/2}$: Valor tabulado de la Distribución Normal Estandarizada ($Z_{\alpha/2} = Z_{0.975} = 1.96$)

α : Nivel de significancia del 5% ($\alpha=0.05$)

d : Precisión o error de muestreo del $\pm 8\%$ ($d= \pm 0.08$)

p : Proporción de personas adultas con adecuada prácticas de autocuidado del 50% ($p=0.50$)

q : Proporción de personas adultas con adecuada prácticas de autocuidado del 50% ($q=0.50$)

pq : Varianza máxima del 25% ($p*q=0.25$)

N : Población de 313 personas adultas ($N=313$)

n_o : Tamaño de muestra inicial

n_f : Tamaño de muestra final

Reemplazando valores, obtenemos el tamaño de muestra inicial:

$$n_o = \frac{313 * 1.96^2 * 0.50 * 0.50}{(313 - 1) * 0.08^2 + 1.96^2 * 0.50 * 0.50} = 102$$

Comprobando con el factor de corrección del muestro, tenemos:

$$f = \frac{n_o}{N} = \frac{102}{313} = 0.325 > 0.05 \quad (5\%)$$

como el factor de muestreo es mayor al 5%, se corrige el tamaño de muestra inicial, mediante la fórmula del tamaño de muestra final:

$$n_f = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}} = \frac{102}{1 + \frac{102}{313}} = 77$$

por lo tanto el tamaño de muestra será de 77 personas adultas.

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

**FACULTAD DE ENFERMERÍA – PROGRAMA DE SEGUNDA
ESPECIALIZACIÓN**

**ENCUESTA SOBRE ALGUNOS FACTORES BIO-SOCIOECONOMICOS Y SU
RELACION CON LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL PERSONAL DE
ENFERMERIA**

Estimada Enfermera:

Solicitamos su colaboración en la siguiente encuesta. Por favor responder
verazmente a las preguntas que se plantean a continuación. **Gracias**

A.- FACTORES BIO-SOCIO-ECONÓMICOS

- **Edad:**.....años cumplidos.
- **Número de trabajos remunerados:**
 - 1 ()
 - 2 ()
 - 3 ()
 - 4 a + ()
- **Sexo**
 - Masculino ()
 - Femenino ()
- **Estado civil:**
 - Soltero ()
 - Casado ()
 - Conviviente ()
 - Viudo ()
 - Divorciado/
separado ()
- **Ingreso mensual aproximado:**
 - <1000 ()
 - 1000 a 2000 ()
 - 2001 a más ()
 - 3001 a más ()
- **Total de personas que están bajo su cuidado y dependen de Ud.:**
 - Pareja:
 - Hijos:
 - Sobrinos:
 - Padres:
 - Otros:

B.- PRACTICAS DE AUTOCUIDADO

		Siempre	A veces	Nunca
a.- Hábitos Alimenticios (últimos 30 días)				
1	Agrega sal adicional a sus alimentos	(0)	(1)	(2)
2	Consume gaseosa más de cuatro veces en la semana	(0)	(1)	(2)
3	Consume dulces, helados y pasteles más de dos veces a la semana	(0)	(1)	(2)
4	Su alimentación diaria incluye vegetales , frutas, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteínas	(2)	(1)	(2)
5	Consume adicionales (come entre las comidas principales)	(2)	(1)	(2)
6	Come carne roja más de cuatro veces a la semana	(0)	(1)	(2)
7	Consume productos ahumados	(0)	(1)	(2)
8	Mantiene un horario regular en las comidas	(2)	(1)	(2)
9	Evita las dietas y métodos que prometen una rápida y fácil pérdida de peso	(2)	(1)	(0)
10	Desayuna antes de iniciar su actividad diaria	(2)	(1)	(0)
11	Consume entre seis a ocho vasos de agua al día	(2)	(1)	(0)
12	Se pesa en forma regular y lo registra	(2)	(1)	(0)
13	Consume más de dos tazas de café al día	(0)	(1)	(2)

		Siempre	A veces	Nunca
b.- Actividad Física (últimos 30 días)				
14	Hace ejercicio, camina, trota o realiza algún deporte.	(2)	(1)	(0)
15	El ejercicio lo practica tres a cuatro veces por semana, durante treinta minutos.	(2)	(1)	(0)

- | | | | | |
|----|---|-------|-------|-------|
| 16 | Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento cardiaco (spinning, aeróbicos, fitness, natación, carrera) | (2) | (1) | (0) |
| 17 | Practica ejercicios que le ayuden a meditar o relajarse (taichí, yoga, danza, entre otros) | (2) | (1) | (0) |

Siempre A veces Nunca

c.- Cuidados personales

- | | | | | |
|----|---|-------|-------|-------|
| 18 | Va al médico de forma preventiva por lo menos una vez al año | (2) | (1) | (0) |
| 19 | Va al odontólogo de forma preventiva dos veces al año | (2) | (1) | (0) |
| 20 | Cuando se expone al sol usa protectores solares | (2) | (1) | (0) |
| 21 | Realiza exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia una vez al año | (2) | (1) | (0) |
| 22 | Observa su cuerpo detenidamente, por lo menos una vez al mes, para detectar cambios físicos | (2) | (1) | (0) |
| 23 | Ante alguna campaña de vacunación al personal de salud, usted se vacuna. | (2) | (1) | (0) |

Siempre A veces Nunca

d.- Sueño (últimos 30 días)

- | | | | | |
|----|---|-------|-------|-------|
| 24 | Duerme al menos 7 a 8 horas diarias. | (2) | (1) | (0) |
| 25 | Duerme bien y se levanta descansado. | (2) | (1) | (0) |
| 26 | Le cuesta trabajo quedarse dormido | (0) | (1) | (2) |
| 27 | Su sueño se ve interrumpido en varias ocasiones durante la noche. | (0) | (1) | (2) |
| 28 | Hace siesta. | (2) | (1) | (0) |
| 29 | Se mantiene con sueño durante el día. | (0) | (1) | (2) |
| 30 | Utiliza fármacos para dormir. | (0) | (1) | (2) |

CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO

Yo, **Rocío YvonneTaboada Pilco**, Profesora de la Unidad de Segunda Especialidad de la Universidad Nacional de Trujillo, mediante la presente certifico haber asesorado a la alumna de la especialidad de la Universidad Nacional de Trujillo. **Lic. Evelyn Maybee Cárdenas Aguilar**, en su informe de tesis que lleva por título; **“Factores Bio-socio-económicos y su relación con las prácticas de autocuidado de las enfermeras de la Red Trujillo”**.

Expido la presente para los fines que el interesado crea conveniente.

Trujillo, 15 de febrero del 2018

.....
Dra. Rocío Yvonne Taboada Pilco