



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**ACTIVIDADES QUE REALIZAN LOS DOCENTES UNIVERSITARIOS
PARA LOGRAR UNA VEJEZ SANA**

Tesis

**Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestra en Ciencias de Enfermería**

Presenta

Lic. Enf. Irene Neri González

Santiago de Querétaro, Qro. octubre 2010



Universidad Autónoma de Querétaro
 Facultad de Enfermería
 Maestría en Ciencias de Enfermería

ACTIVIDADES QUE REALIZAN LOS DOCENTES UNIVERSITARIOS
 PARA LOGRAR UNA VEJEZ SANA

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
 Maestra en Ciencias de Enfermería

Presenta

Lic. Enf. Irene Neri González

Dirigido por:

M .C. Roberto Prince Vélez

SINODALES

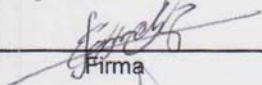
M.C. Roberto Prince Vélez
 Presidente


 Firma

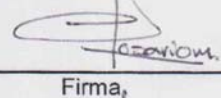
M. en Psic. Guadalupe Salazar Pérez
 Secretario


 Firma

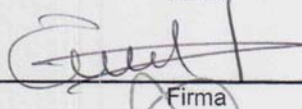
M. en C. E. María del Carmen Castruita
Sánchez
 Vocal



 Firma

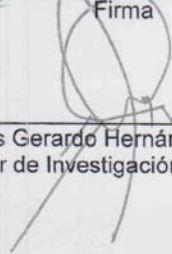
M. en C. E. Luz del Rosario Muñoz
Alonso
 Suplente


 Firma

M. en C. E. María Antonieta Mendoza
Ayala
 Suplente


 Firma


M. en C. E. Gabriela Palomé Vega
 Directora de la Facultad


 Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
 Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
 Querétaro, Qro.
 octubre 2010
 México

RESUMEN:

Los docentes universitarios pueden favorecer estilos de vida saludables en su juventud a través del currículo oculto, al considerarse que la población que mantenga un estilo de vida saludable será la que alcance una vejez más sana. **OBJETIVO:** Analizar las actividades que realizan los docentes universitarios para lograr una sana vejez. **METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo y correlacional. Se aplicó en 62 docentes que imparten cátedra en ciencias de la salud. Se implementó un cuestionario semi -estructurado con escala *Likert*. Se utilizó el instrumento *SPSS – 13.0* para el análisis de los datos. Así mismo, se realizaron pruebas de Chi-cuadrada (en las variables nominales ordinales) y “*T de students*” para la variable numérica (edad). También se realizó la “*prueba exacta de Fisher*” para los valores $<$ de 5. **RESULTADOS:** La edad osciló entre los 51 y 60 años; edad media = 49 años. El 80.6% mencionó realizar actividades físicas que no tienen significancia con problemas de salud (70% nunca realiza estas actividades). Antecedentes heredo-familiares: Diabetes: 53%, hipertensión: 54.8%, obesidad: 43.5%, cáncer: 41.9% y problemas gástricos: 41.9%. Además, 53.2% presentó problemas: gástricos o musculares o de hombros o pies y/o dolores de cabeza, con un $p < 0.05$). Presentaron sintomatología asociada a hipertensión, diabetes y/o estrés. La mayoría se auto medica. El consumo de café, tabaco o alcohol obtuvieron una significancia $p < 0.05$. 29% valora a la salud como primera prioridad. 48.4% consideró al auto cuidado como la medida para promover, mantener o restaurar la salud. 46.8% no presenta problemas de salud. **CONCLUSIÓN:** Los docentes universitarios (de ciencias de la salud) se comportan, tanto en materia de salud como en acciones de auto cuidado, igual que la población en general. Ignoran sintomatología considerada como riesgosa. No realizan actividades suficientes como para cubrir sus requerimientos de auto cuidado. Desatienden el currículo oculto al descuidar su salud y no se preparan para alcanzar una vejez sana. No realizan actividad física y deporte con regularidad. No cubren sus propias demandas de cuidado terapéutico debido a que no se practican detecciones oportunas. Están en riesgo de no alcanzar una vejez saludable.

Palabras clave: Docentes universitarios, Auto cuidado, envejecimiento.



ABSTRACT:

University academics can encourage, during their youth, healthy lifestyles through the hidden curriculum, considering that population which maintains a healthy lifestyle will be capable to achieve a healthier older age. **OBJECTIVE:** To analyze the activities that university academics use to achieve a healthier older age. **METHODOLOGY:** A cross sectional, co relational and descriptive study was used. It was applied in 62 teachers who teach at the Health Sciences Faculty. A semi – structured questionnaire with a *Likert scale* was also implemented. The *SPSS – 13.0* Statistical Packages were used for data analysis. Likewise, *Chi – square tests* were performed (in the nominal ordinal variables) and the *Student “T” test* for the numerical variable (age). The *Fisher Exact Test* for values < 5 was also applied. **RESULTS:** Age ranged between 51 and 60 years old. Mean age = 49years. 80.6% mentioned that they are physically active and with no significant health problems (70% have never done these activities). Inherited family background: Diabetes: 53%, hypertension: 54.8%, obesity: 43.5%, cancer: 41.9% and gastric issues: 41.9%. 53.2% had health problems in: stomach or muscles or shoulders or feet, and/or headaches, with a $p < 0.05$. They presented symptoms associated with hypertension, diabetes and/or stress. Most of them performed auto medication. Coffee, tobacco and alcohol consumption had a $p < 0.05$ significance. 29% rate their health as the first priority. 48.4% considered self-care as the measure to promote, maintain or restore health. 46.8% had no health problems at all. **CONCLUSION:** University academics (from the Health Sciences area) behave, both in health and in self-care activities, like the general population. They ignore symptoms that are considered as risky. They are not active enough to meet their self-care requirements. They neglect the hidden curriculum by abandoning their health issues and are not preparing to reach a healthier older age. They do not perform physical activity or exercise regularly. They do not cover their own self-care demands because an early detection is not practiced. They are at risk of not achieving a healthy old age.

KEY WORDS: University academics, self-care and aging.



A Yazmín, Laura, Elma y Neny. A mis nietos.

Por los abrazos y besos no dados: Por el tiempo no dedicado. Sobre todo, por ser mi aliciente de superación.

AGRADECIMIENTOS

A M.C. Roberto Prince Vélez por la asesoría y atinadas sugerencias que realizó al trabajo, por su paciencia y apoyo incondicional.

A Dra. María Concepción Medina Ramírez por su colaboración para entender la prueba de hipótesis, por sus palabras cordiales de aliento y estar siempre dispuesta a compartir sus conocimientos.

A Lic. Enf. Sandra Borrayo Saucedo y M. en C. E. Ernestina Uribe Treviño por su amistad, ejemplo y apoyo brindado en el camino al crecimiento profesional.

ÍNDICE	Página
Resumen	<i>i</i>
Summary	<i>ii</i>
Dedicatorias	<i>iii</i>
Agradecimientos	<i>iv</i>
Índice	<i>v</i>
Índice de cuadros	<i>vi</i>
Índice de figuras	<i>viii</i>
I. INTRODUCCIÓN	
1.1 Justificación	1
1.2 Planteamiento del problema	2
1.3 Objetivos e hipótesis	5
II. REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1 Panorama epidemiológico	6
2.2 Envejecimiento	8
2.3 Envejecimiento saludable	9
2.4 Autocuidado	12
2.5 Dorothea Orem y el autocuidado	13
2.5.1 Adaptación de la Teoría de Dorothea Orem	15
2.6 Mantenimiento de la salud	21
2.7 Importancia del autocuidado del Docente universitario	21
2.8 Estudios relacionados	23
III. METODOLOGÍA	
3.1 Diseño de estudio	26
3.2 Universo y muestra	26
3.3 Material y método	27
3.4 Plan de análisis	29
3.6 Ética del estudio	29
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30
V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	48
BIBLIOGRAFÍA	51
APÉNDICE	56

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
4.1	Facultad a la que pertenecen y antigüedad de los docentes del área de la salud, Universidad Autónoma de Baja California. Mayo del 2006.	30
4.2	Edad, sexo y estado civil de los docentes del área de la salud, Universidad Autónoma de Baja California. Mayo del 2006.	31
4.3	Práctica y tipo de deporte, por los docentes del área de la salud, Universidad Autónoma de Baja California. Mayo del 2006.	32
4.4	Problemas de salud actuales de los docentes del área de la salud de la Universidad Autónoma de Baja California. Mayo del 2006.	34
4.5	Tipo de medicamentos que consumen sin prescripción médica los docentes del área de la salud de la Universidad Autónoma de Baja California. Mayo del 2006.	35
4.6	Valor que le dan a la salud los docentes del área de la salud de la Universidad Autónoma de Baja California. Mayo del 2006.	35
4.7	Concepto de autocuidado por los docentes del área de la salud de la Universidad Autónoma de Baja California. Mayo del 2006.	36
4.8	Actividad física de los docentes del área de la salud, Universidad Autónoma de Baja California. Mayo del 2006.	37
4.9	Deporte y algún problema de salud de los docentes del área de la salud, Universidad Autónoma de Baja California. Mayo del 2006.	38
4.10	Cartilla de salud y algún problema de salud de los docentes del área de la salud, Universidad Autónoma de Baja California. Mayo del 2006.	38
4.11	Antecedentes familiares de los docentes del área de la salud de la Universidad Autónoma de Baja California. Mayo del 2006.	39
4.12	Existencia y Tipo de problemas de salud de los docentes del área de la salud de la Universidad Autónoma de Baja California. Mayo del 2006.	40

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
4. 13	Consumo de café, tabaco y alcohol y algún problema de salud de los docentes del área de la salud de la Universidad Autónoma de Baja California. Mayo del 2006.	41
4. 14	Relación entre el consumo de café, tabaco y alcohol con algún problema de salud de los docentes del área de la salud, Universidad Autónoma de Baja California. Mayo del 2006.	41

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura		Página
Fig. 1	Modelo de Orem sobre la agencia de autocuidado y la agencia de cuidado dependiente.	17
Fig. 2	Modelo acerca de cómo se genera la decisión de autocuidado. Propuesto por Neri (2010).	19

I. INTRODUCCIÓN.

Para el consejo Internacional de Enfermeras (C.I.E., 2000), la salud es un derecho humano fundamental y un requisito previo para el desarrollo social y económico, se trata de un concepto positivo que insiste en los recursos sociales, personales y en las capacidades físicas.

La buena salud es esencial para que las personas mayores mantengan su independencia, participen en la vida de la familia y de la comunidad. Las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades a lo largo de la vida pueden evitar o retrasar la aparición de enfermedades no transmisibles y crónicas, como; las cardiopatías, los accidentes vasculares cerebrales y el cáncer. En un mundo que envejece rápidamente, las personas mayores desempeñarán un papel cada vez mas importante a través del trabajo voluntario, transmitiendo su experiencia y conocimientos, cuidando a sus familias y con una creciente, participación en la fuerza laboral remunerada, según datos de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S., 2002).

El adulto mayor ocupa un sector de la población cada vez más significativo, pero que en términos generales está expuesto a situaciones de iniquidad, asimetría y exclusión social, lo cual se traduce en que, su mayor esperanza de vida no se acompaña de una mejor calidad de vida. (Caro, 2003).

A nivel mundial y, particularmente en América Latina, el proceso de envejecimiento de las personas está avanzando a un ritmo sin precedente en la historia de la humanidad. La tendencia es a la disminución de la fecundidad y la prolongación de la esperanza de vida que ha llegado a un promedio de 60 años. (Silva, 2008).

Por la convivencia laboral con docentes universitarios cercanos a la edad adulta mayor, formadores de futuros trabajadores de la salud, se ha observado,

que en la interacción cotidiana con los estudiantes, se comparten diferentes conocimientos, actitudes y valores (currículo oculto). Entre otros: el autocuidado para lograr un envejecimiento saludable. La prevención es hoy en día, el arma que se debe de esgrimir contra la adversidad en el proceso salud enfermedad, y lograr una vejez saludable es: llevar una vida saludable desde que se es joven, desde que se está en la etapa de madurez.

1.1 Planteamiento del problema

Entre 2000 y 2050, la población mundial de 60 años o más se multiplicará por más de tres, pasando de 600 millones a 2000 millones. La mayor parte de ese aumento se producirá en países en desarrollo, donde pasarán de 400 a 1700 millones en ese mismo periodo. (OMS, 2006).

La población mexicana vive un proceso acelerado de envejecimiento, lo que constituye un gran reto para las autoridades y el sistema de salud ya que los problemas de salud de la población adulta madura (45-64 años) y sobre todo de la población adulta mayor (65 años y más) son más costosos y difíciles de atender; reporte del Programa Nacional de Salud (P.N.S, 2001), así mismo, en el 2007, se menciona que; Con más adultos mayores viviendo más tiempo, las enfermedades crónicas han desplazado a las enfermedades transmisibles como principales causas de muerte.

En la ciudad de Mexicali personas de la tercera edad van en aumento, Según el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (I.N.E.G.I., 2009), entre 2005 y 2009, el número de adultos mayores pasó de 164 mil 888 a 205 mil 979 personas. Su tasa de crecimiento promedio anual en ese periodo fue de 6.2%; mientras que la población total del estado creció a un ritmo de 2.9 %. Tijuana contaba con el mayor número de adultos mayores seguido de Mexicali con 35.9 %.

Ante este panorama epidemiológico de la tendencia demográfica, es necesario recapacitar en la importancia de llegar a la edad adulta mayor, de la

mejor manera posible. Identificando la disminución de los órganos y sentidos normales debido a una enfermedad o a la vejez, reconociendo que la ancianidad no es una enfermedad: que ser anciano es normal. Cuando se está consciente de ello, (auto cuidado) se llega con salud a esta edad.

La longevidad, una mayor expectativa de vida, es uno de los cambios socio demográficos que han resultado de los avances de la ciencia, entre otros. El adulto mayor es un sector de la población cada vez más significativo, pero que en términos generales está expuesto a diversas situaciones adversas tanto familiares como sociales, las cuales no favorecen una expectativa de vida de calidad, lo que se agrava cuando el propio individuo no se prepara para tener una vejez saludable.

La prevención, según la Real Academia Española, (2010) proviene del latín *praeventio*, -onis y significa: Acción y efecto de prevenir. Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo.

Uno de los mitos sobre el envejecimiento gira en torno a la idea de que, en la vejez, ya es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida saludable. Y sin embargo, implicarse en una actividad física adecuada, una alimentación sana, no fumar y el consumo prudente de alcohol y medicamentos en la vejez desmienten esta idea y pueden evitar las enfermedades y el declive funcional, prolongar la longevidad y mejorar la calidad de vida. (OMS, 2002). De lo anterior se comprende que la única medida para alcanzar un envejecimiento saludable y/o exitoso es la prevención.

La ciudad de Mexicali no es la excepción en el panorama nacional, las personas de la tercera edad van en aumento, por lo que el personal docente que labora en el sistema educativo, específicamente en la Universidad, como individuos pertenecientes a una sociedad no están exentos de la situación planteada anteriormente. Para la autora la salud es proveedora de la energía indispensable para el mantenimiento de las actividades del ser humano, es un valor incalculable

el cual no todos los individuos valorizan como tal. Considera que los docentes universitarios del área de la salud tienen el compromiso con la sociedad de educar con el ejemplo, para formar recursos humanos en salud sanos.

El docente es portador de vida, y vida en abundancia. Del mismo modo que nadie da lo que no tiene, nadie enseña lo que no sabe y nadie transmite lo que no vive. Por ello, el docente debe vivir conscientemente su propio proyecto de vida. Se puede enseñar con las palabras, pero se educa con el testimonio de vida diario, es decir: con lo que hacemos. Lo que implica un compromiso integral del docente con sus alumnos. (Magni, 2007).

En la mayoría de los casos el estudiante tiende a imitar y seguir, a veces inconscientemente, la imagen del tutor, cómo se sienta, cómo habla. El docente procurará estar consciente de lo importante de su rol, ya que es un modelo a seguir en cada uno de sus estudiantes, con sus alumnos, con estímulos, emociones afectivas, efectivas y armónicas, transformador de sí mismo y de lo que lo rodea, (Giogli, 2008).

Para la Dra. Orem (1993), el autocuidado es una respuesta práctica a una demanda experimentada de ocuparse de uno mismo. Las demandas pueden ser satisfechas o ignoradas. Cuando se ignoran existe un Déficit de Autocuidado. Para lograr una vejez saludable los docentes universitarios deben de llevar a cabo actividades de autocuidado, en todas las etapas de la vida.

Por lo anteriormente expuesto conscientes que en un futuro la población que mantenga un estilo de vida saludable será la que tenga una vejez sana. Se plantea la siguiente interrogante;

¿Cuáles son las actividades que realizan los docentes universitarios para lograr una vejez sana?

1.2 Objetivos.

1.2.1 Objetivo general:

- Analizar las actividades que realizan los docentes universitarios para lograr una vejez sana.

1.2.2 Objetivos específicos:

- Identificar el tipo de actividad que realizan los docentes universitarios para el mantenimiento de la salud.
- Señalar el tiempo que los docentes dedican a las actividades para el mantenimiento de su salud.
- Conocer si existen factores de riesgo para la salud en los docentes.

1.3. Hipótesis.

- HO: los docentes universitarios realizan actividades para lograr una vejez sana.
- HA: Los docentes universitarios no realizan actividades para lograr una vejez sana.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 Panorama epidemiológico.

La población de personas mayores de los países en desarrollo para el 2020 habrá aumentado casi un 240% respecto del nivel de 1980 a consecuencia del rápido descenso de la fertilidad y del aumento de la esperanza de vida por el empleo de la tecnología y las medicinas. (C.I.E., 2007).

Una revolución demográfica está ocurriendo en todo el mundo. Actualmente hay alrededor de 600 millones de personas de 60 años y más; esta cifra se duplicará hacia el año 2025 y llegará a casi dos mil millones hacia el año 2050, la mayoría de ellos en países en vías de desarrollo. Las transformaciones sociales, demográficas y epidemiológicas, alimentadas por los procesos de globalización, urbanización y envejecimiento de la población, plantean desafíos de una magnitud que no se preveía hace tres décadas. (O.M.S., 2008).

El grupo de adultos mayores (65 años y más), que en la actualidad representa alrededor de 5% de la población total, registra una tasa de crecimiento insólita en la historia demográfica de México (de más de 3.7% anual) y podría alcanzar ritmos cercanos a 4.6% entre 2020 y 2030, lo que implica que en tan sólo 15 años se duplicará el tamaño inicial de esta población. (P.N.S., 2001).

En el año 2005 las personas de 65 años y más alcanzaron 5.7 millones de habitantes en el país, lo que representó casi 5.7% del total de los mexicanos. (I.N.E.G.I., 2005). La esperanza de vida total aumentará. En 1990 se estimó que una persona vivió en promedio 71.20 años después de su nacimiento. Para el año 2050 se pronostica que una persona vivirá 81.29 años después de su nacimiento. (Reyes, 2006).

En México la vejez dejó de ser la experiencia de unos cuantos para convertirse en la cotidianidad de millones. Hoy la población mayor de 65 años asciende a poco más de cinco millones de personas. A diferencia de lo que ocurre

con otros grupos de edad, la población de 65 años de edad y más está creciendo a una tasa anual de 2% y, de manera sorprendente, el ritmo de crecimiento de los mayores de 85 años se ubica entre 3 y 5%. (P.N.S, 2007). Paloma, (2008) refiere que según Datos del Consejo Nacional de Población y Vivienda (C.O.N.E.P.O) la vida media aumentaría de 75.3 años (73.1 para hombres y 77.6 para mujeres) en la actualidad a 83.7años (82 y 85.5, respectivamente) dentro de medio siglo.

En lo que se refiere al Estado, según los datos del II Censo de Población y Vivienda 2005, en 1970, la población adulta mayor Baja Californiana registraba el 2.6% del total estatal, en 2000 alcanzó 3.5%, cinco años más tarde aumentó al 4.1% (108 mil 177 habitantes). Estimándose para 2030 llegará casi el 8.5%. (I.N.E.G.I, 2005).

De acuerdo con las proyecciones de población, en 2009, la esperanza de vida al nacer en Baja California fué de 76.1 años. La esperanza de las mujeres es de 78.5 años y la de los hombres de 73.7 años. El valor alcanzado por el indicador ha aumentado considerablemente, en 1970 se esperaba que un recién nacido viviera en promedio 65.4 años; para 1990 esta esperanza alcanzó un valor de 73.2 años y, entre 1990 y 2009 se incrementó en 2.9 años; 3.2 entre los hombres y 2.7 entre las mujeres. (I.N.E.G.I., 2009).

Las principales causas de mortalidad de la población adulta mayor son las enfermedades endocrinas y metabólicas (dentro de las cuales la diabetes mellitus es la principal), las enfermedades del corazón y los tumores malignos; en conjunto, fueron causa del 50.6% de las defunciones. I.N.E.G.I., (2005). El 60 % de las camas de hospitales están ocupadas por personas envejecidas y a veces en las clínicas hasta el 80 % de las personas que quieren consulta son viejas. (Rodríguez, 2005).

Cada vez las familias cambian mucho y hay una gran necesidad de reestructurar a la sociedad para atender a estas personas o en su caso atenderlas

desde muy jóvenes, eso quiere decir a partir de los 40 años, para que no envejecan mal. (Rodríguez, 2005).

Uno de los efectos del envejecimiento de la población es el incremento de las necesidades de salud, que se asocian con una mayor demanda y utilización de servicios de consulta externa, hospitalización, rehabilitación y apoyo social. Entre 1991 y 2005 los egresos de las personas mayores de 65 años aumentaron 2.6 veces en los hospitales públicos del país. Dentro de los principales motivos de consulta destacan la hipertensión arterial, la diabetes, las infecciones respiratorias agudas, las artritis y artrosis. (P.N.S., 2007).

2.2.- Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso que dura toda la vida. Es multidimensional y multidireccional, en el sentido de que hay diferencias en el ritmo y dirección del cambio (ganancias y pérdidas) de las distintas características de cada individuo y entre individuos desde una perspectiva que abarque todo el curso de la vida. (OMS, 1998).

El envejecimiento está dado por el conjunto de cambios que se asocian al paso del tiempo y que dan como resultado una capacidad cada vez menor de adaptación a los retos de la vida. No es una enfermedad, pero sí genera vulnerabilidad. Aunque todos los seres vivos envejecen como parte de un fenómeno universal, es un proceso totalmente individual, ya que cada quien envejece de manera diferente. Una forma de explicar el envejecimiento es que éste se da en relación al uso, abuso y desuso de las potencialidades de cada persona. (Gamble, 2000).

Es un proceso universal, continuo, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo y, hasta el momento, irreversible, en el que ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores, genéticos, sociales, culturales, estilo de vida y la presencia de enfermedades, ocurre en el individuo a

pesar de que está influenciado por factores ambientales, es heterogéneo porque el proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido, es individual, cada ser humano tiene su propia característica de envejecimiento y varía enormemente de sujeto a sujeto y de órgano a órgano en la misma persona. (Leiton, 2003).

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. (Arteaga, 2004).

Existen diversas teorías sobre el envejecimiento; Teorías orgánicas o sistémicas, Teorías celulares, Teorías moleculares, Teorías del envejecimiento programado y Teorías evolutivas. (Aniorte, 2008). No se desarrollan por no corresponder al tema de actividades para lograr una vejez saludable.

2.3.- Envejecimiento saludable

El envejecimiento es parte integrante y natural de la vida. La forma en que se envejece y se vive este proceso, la salud y la capacidad funcional depende no solo de la estructura genética sino también de lo que se ha hecho en la vida, de cómo y dónde. Las personas mayores sanas e independientes contribuyen al bienestar de la familia y la comunidad y constituye un mito presentarlas como receptoras pasivas de servicios sociales o de salud. Sin embargo, en los actuales momentos, el número de personas mayores aumenta exponencialmente en coyunturas socioeconómicas complejas e inciertas y sólo las intervenciones oportunas permitirán potenciar la contribución de este grupo al desarrollo social y prevenir que se convierta en un factor de crisis para la estructura sanitaria y de la seguridad social de las Américas. (O.M.S., 1998, 2009).

El ser humano debe ser especialista en él mismo, saber más sobre su organismo, aprender a escucharlo y hacerle caso, y también conocer los factores que interactúan con el cuerpo y con todo esto lograr un estilo de vida más saludable. Al respecto, cabe destacar que casi todas las personas adultas mayores

tienen capacidad para poner en práctica la prevención y el autocuidado, además de que son un gran recurso para transmitir los conocimientos que van adquiriendo sobre el tema, tanto a sus amigos como a sus familiares, ya que muchos de ellos pueden mostrarse como un ejemplo de vejez exitosa. (Gamble, 2000).

Si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva, una vida más larga debe ir acompañada de oportunidades continuas de salud, participación y seguridad. El envejecimiento activo: es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. (O.M.S., 2002).

El término «activo» hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. Las personas ancianas que se retiran del trabajo y las que están enfermas o viven en situación de discapacidad pueden seguir contribuyendo activamente con sus familias, semejantes, comunidades y naciones. El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia. (O.M.S., 2002).

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades asociados al envejecimiento es una gran tarea; promover estilos de vida saludables a través del autocuidado, lo que dará como consecuencia, salud en y durante el envejecimiento. (Leiton, 2003). La misma autora continua: Muchas son las teorías que han estudiado el proceso de envejecimiento. Sin embargo todos coinciden en reconocer que son el estilo de vida y el medio ambiente lo que determina en gran medida un buen envejecimiento, por lo que se puede decir que es la propia persona la gran responsable de construir un envejecimiento saludable.

Entre los adultos mayores existen claras diferencias para un envejecimiento saludable, influidas, entre otros factores por los niveles de acceso a una mejor

educación, previsión, salud y sistema más amplio de protección social. También la ausencia de una prevención para llegar en mejores condiciones a la vejez se traduce en un alto índice de pacientes crónicos mayores de 60 años. (Leiton, 2005).

El envejecimiento es un proceso que dura toda la vida y deberá reconocerse como tal. La preparación de toda la población para las etapas posteriores de la vida deberá ser parte integrante de las políticas sociales y abarcar factores físicos, psicológicos, culturales, religiosos, espirituales, económicos, de salud y de otra índole. En un sentido estricto envejecer significa convertirse en persona de edad. También puede significar un crecimiento y desarrollo permanentes de carácter físico, económico, psicológico, cultural, espiritual y de otra índole. La esperanza de una participación activa en los últimos años puede influir positivamente en las elecciones de desarrollo personal que se hicieron en años anteriores. (O.N.U., 2007).

Para enfrentar los retos que representa el envejecimiento, se debe garantizar un manejo efectivo de los factores de riesgo y complicaciones, para alcanzar una mejor calidad de vida en los adultos mayores y en sus familias, a través de estrategias preventivas, involucrándolos en el auto cuidado de su salud, manteniendo la funcionalidad el mayor tiempo posible y así evitar la discapacidad o dependencia física mediante la realización de actividad física y ejercicio de manera regular, para lograr una mejor fuerza muscular, equilibrio, flexibilidad, coordinación, aumentar la autoestima, reducir la ansiedad, conciliar el sueño facilitar las relaciones interpersonales y crear una conducta saludable y un envejecimiento activo. (Cisneros, 2009).

2.4.- Autocuidado

Autocuidado es una conducta. Es una actividad aprendida a través de las relaciones interpersonales y de la comunicación, es un comportamiento. Existe en las situaciones de la realidad, dirigido al mantenimiento y promoción de la salud requiere un fondo de conocimiento derivado científicamente sobre los objetivos y las practicas del autocuidado, así como de las habilidades y hábitos relacionados. (Orem, 1993).

El autocuidado es un compromiso pues expresa un acto de reafirmación, al manifestar el individuo su necesidad de actuar ante una situación reconocida de valor personal o social que se fundamenta en las necesidades de ser, tener, hacer, y estar, condición inherente a la existencia humana, concordando con el postulado básico del enfoque de desarrollo a escala humana de que las necesidades no solo son carencias, sino también potenciales en la medida en que comprometen, motivan y movilizan a las personas. (Leiton, 2003).

El individuo debe tomar conciencia sobre la responsabilidad que tiene sobre su salud y practicar el autocuidado como la primera y más importante estrategia para la conservación y mantenimiento de la salud individual. El autocuidado de la salud es un camino a seguir por cualquier persona interesada en vivir plenamente y gozar de un estado ideal de eugeria: las medidas dirigidas a mantener un máximo de salud y por consiguiente alcanzar los estadios máximos de la longevidad individual en un decoroso nivel de autosuficiencia. (Bamonde, 2003).

El autocuidado de la salud, es un campo que se refiere a los cuidados más elementales para la promoción de la salud y para la prevención de enfermedades. Más de las tres cuartas partes de los síntomas sobre padecimientos de salud que se perciben, se resuelven en casa. Es así como el autocuidado es una forma básica que está presente en la vida cotidiana. (Ortiz, 2009).

2.5.-Dorothea Orem y el autocuidado

Orem, (1993). Plantea tres teorías que constituyen la teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado estas son: la teoría del autocuidado, la del déficit de autocuidado y la teoría del sistema de enfermería. Considera el autocuidado como una acción de las personas maduras y en proceso de maduración que han desarrollado las capacidades para cuidar de si mismas en sus situaciones ambientales.

En la teoría general del autocuidado establece que el paciente tiene dos propiedades: la demanda de autocuidado terapéutico y la agencia de autocuidado: capacidad que tiene un individuo para ocuparse de operaciones esenciales para el mantenimiento de su salud y bienestar. A través de tres fases básicas;

- a) Discernir los factores que deben de ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo.
- b) Decidir que es lo que debería de hacer.
- c) Finalmente realizar las actividades de cuidado requeridos para cubrir sus requerimientos de autocuidado.

Orem Identifica tres tipos de requisitos de autocuidado: Universales, de desarrollo y de autocuidado de desviación de la salud. También refiere que los factores condicionantes básicos de la edad y sexo: estado de desarrollo, estado de salud y condiciones de vida, en combinación influyen en las demandas de autocuidado terapéutico y las capacidades y limitaciones de los individuos en el autocuidado.

Considera su teoría importante y apropiada para entender y comprender el déficit de autocuidado del individuo o comunidad, para validar la intervención de enfermería en la comunidad, valorando cuando y como la enfermera se convierte en agente de autocuidado.

La enfermería es la compleja habilidad de lograr a contribuir el logro del autocuidado habitual y terapéutico de la persona compensando o ayudando a superar las condiciones o incapacidades que hacen que la persona: sea incapaz de actuar, evite actuar, o actúe ineficazmente en el autocuidado. Cuando la demanda excede la agencia de autocuidado, debido a causas de salud o relacionado con ella, se presentan limitaciones para ocuparse de sí mismo, dando lugar al: déficit de autocuidado.

Para Orem el autocuidado es una actividad del individuo aprendida por este y orientada hacia un objetivo. Una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividades en beneficio de la vida, la salud y el bienestar. (Pérez, 2002).

Orem distingue los humanos de otros seres vivos por su capacidad de reflexionar sobre sí mismos y sobre su ambiente, por simbolizar lo que experimentan, por usar creaciones simbólicas (palabras y comportamientos) en pensamientos y comunicaciones, y por hacer cosas que son benéficas para sí mismos y para los otros. De este modo define el autocuidado como la práctica de actividades que los individuos realizan personalmente en favor de sí mismos para mantener la vida, salud y bienestar. (Guerrero, 2000).

Los tres sistemas de enfermería descritos por Orem dependen de las capacidades del paciente para autocuidarse. Se pueden identificar tres tipos dependiendo de quien pueda o deba realizar las acciones de autocuidado: Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. Al existir un déficit de autocuidado, en cualquier grado, el personal de enfermería se convierte en agente de autocuidado. (Pérez, 2002).

Orem y Coppard comparten el criterio de que una persona puede convertirse por sí misma, o con ayuda de otros en su propio agente de cuidado, Orem en la

teoría del autocuidado lo explica 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 si 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. (Leiton, 2003).

2.5.1.- Adaptación de la teoría de Dorotea Orem

Puede no ser suficiente para las enfermeras el comprender las características de la cultura común de un grupo social. Pueden necesitar el conocimiento de los elementos culturales interiorizados por los individuos y por los miembros de las familias en sus autoconcepciones y sistema de valores. (Orem, 1993). Por lo que de acuerdo con las concepciones derivadas de las experiencias de vida y sobre todo del ejercicio de la enfermería, utilizando los conceptos básicos de su teoría adaptados a la agencia de autocuidado del docente universitario, se considera que;

Los docentes universitarios es la *Persona*: un ser social que tiene funciones biológicas, con características, capacidades y recursos para buscar su autorrealización a través del autoconocimiento y el aprendizaje continuo, que puede satisfacer los requisitos de autocuidado para lograr una vejez sana.

El *Entorno*: Son todos aquellos factores personales, familiares, físicos, químicos, biológicos y sociales que existen en el micro y macro ambiente en el que se desenvuelven e interactúan los docentes.

La *Salud*: Es un proceso personal, dinámico e interactivo resultante de la interacción de los docentes con todos los factores condicionantes de la misma, cuyo resultado es la adaptación a todos los eventos y situaciones que ocurren en su vida diaria.

Enfermería: Se convierte en la gestora de cuidados de salud (Agencia de enfermería) de los docentes, ayudándoles a cubrir sus demandas de cuidado terapéutico cuando ésta excede la agencia de autocuidado.

De acuerdo con la teoría general del autocuidado, los docentes tienen dos propiedades: la demanda de autocuidado terapéutico y la agencia de autocuidado, por lo que deben discernir los factores que deben controlar o tratar para regular su propio funcionamiento y desarrollo, decidir que es lo que deberían hacer y realizar las actividades de cuidado, requeridos para su autocuidado y así lograr una vejez sana.

Orem (1993) refiere que cuando las personas están bien, el autocuidado no es una preocupación primordial; los intereses y actividades se centran en la vida personal y familiar, el trabajo e intereses especiales. Por lo que se considera que los Docentes, como individuos de la sociedad. Ocasionalmente deben de hacer elecciones entre el autocuidado y otras actividades, postergando el autocuidado.

El centro de atención del cuidado de la salud está orientado a acontecimientos y circunstancias en relación con el ciclo vital que dan lugar a cambios anatómicos, fisiológicos o psicológicos asociados con periodos de crecimiento y desarrollo, madurez, paternidad, proceso de envejecimiento y vejez. Por la etapa de vida en que se encuentran los docentes universitarios, el centro de atención del cuidado debe ser su proceso de envejecimiento: cómo está envejeciendo para tener una vejez sana.

El medio ambiente influye directamente en la persona, la educación familiar, la sociedad: la cultura en que se desenvuelve y con respecto a la salud: las normas establecidas por la sociedad. Este entorno influye directamente sobre el ser humano, que es visto por la Dra. Orem como un organismo biológico, racional y pensante, una persona con capacidad para conocerse, con capacidad de

reflexionar sobre su experiencia a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado. Fig. 1.

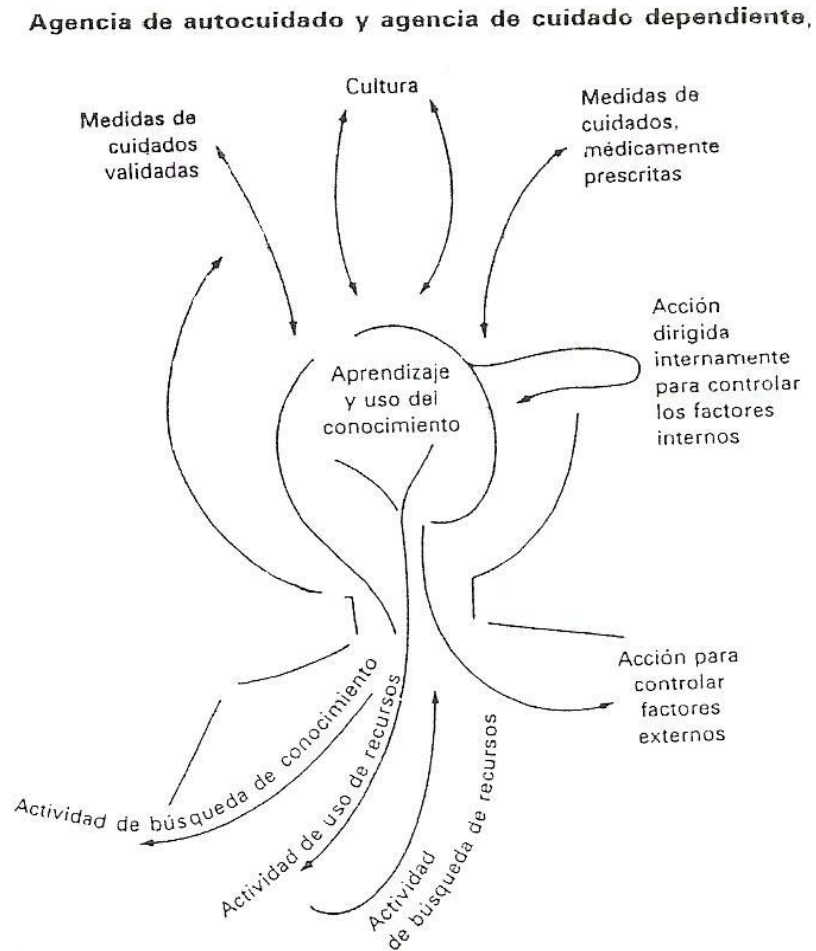


Fig. 1 modelo de Orem sobre la agencia de autocuidado y la agencia de cuidado dependiente.

Los docentes universitarios se consideran individuos con una preparación académica y personal suficiente para el mantenimiento de su salud. Sin embargo por ser un estado intrínseco del individuo, pueden de manera consciente o inconsciente tener conductas que manifiestan déficit de auto cuidado.

El autocuidado forma parte de una cultura, es una forma de ser y actuar en función de la salud: conforme los individuos se preocupan por su salud, condicionan el entorno modificando la sociedad y viceversa; la sociedad y los grupos organizados, llámese gubernamentales, educativos y sociales cuando se preocupan y ocupan por la salud comunitaria, modifican el comportamiento individual. Sin embargo a pesar de que se deben de propiciar conductas favorables a la salud, el individuo que aparentemente esta sano no tiene un comportamiento para el mantenimiento de este estado de salud aparente y llegar a una vejez sana.

La salud es muy apreciada cuando falta, mientras se piensa que se tiene se lleva una vida rutinaria, atendiendo los diferentes roles bajo los que actúan los docentes en la sociedad. Derivado de la demanda de cuidado terapéutico, los factores cognitivos de los docentes afectan de manera directa la adopción de actitudes de cuidado y fomento de la salud, lo que es un requisito fundamental para activar la agencia de autocuidado, que promueva la adopción de actividades para el mantenimiento de la salud.

Nunca se está completamente sano como nunca se está completamente enfermo a menos que se mantenga un equilibrio entre el interior del individuo y la multicausalidad de los factores que condicionan a la enfermedad. Para lograrlo es necesario que el individuo reorganice su sistema de valores y tome la autodeterminación de la importancia de su salud adoptando una conducta favorable a la salud: autocuidado. Fig. 2.

MODELO DE GÉNESIS DEL AUTOCUIDADO

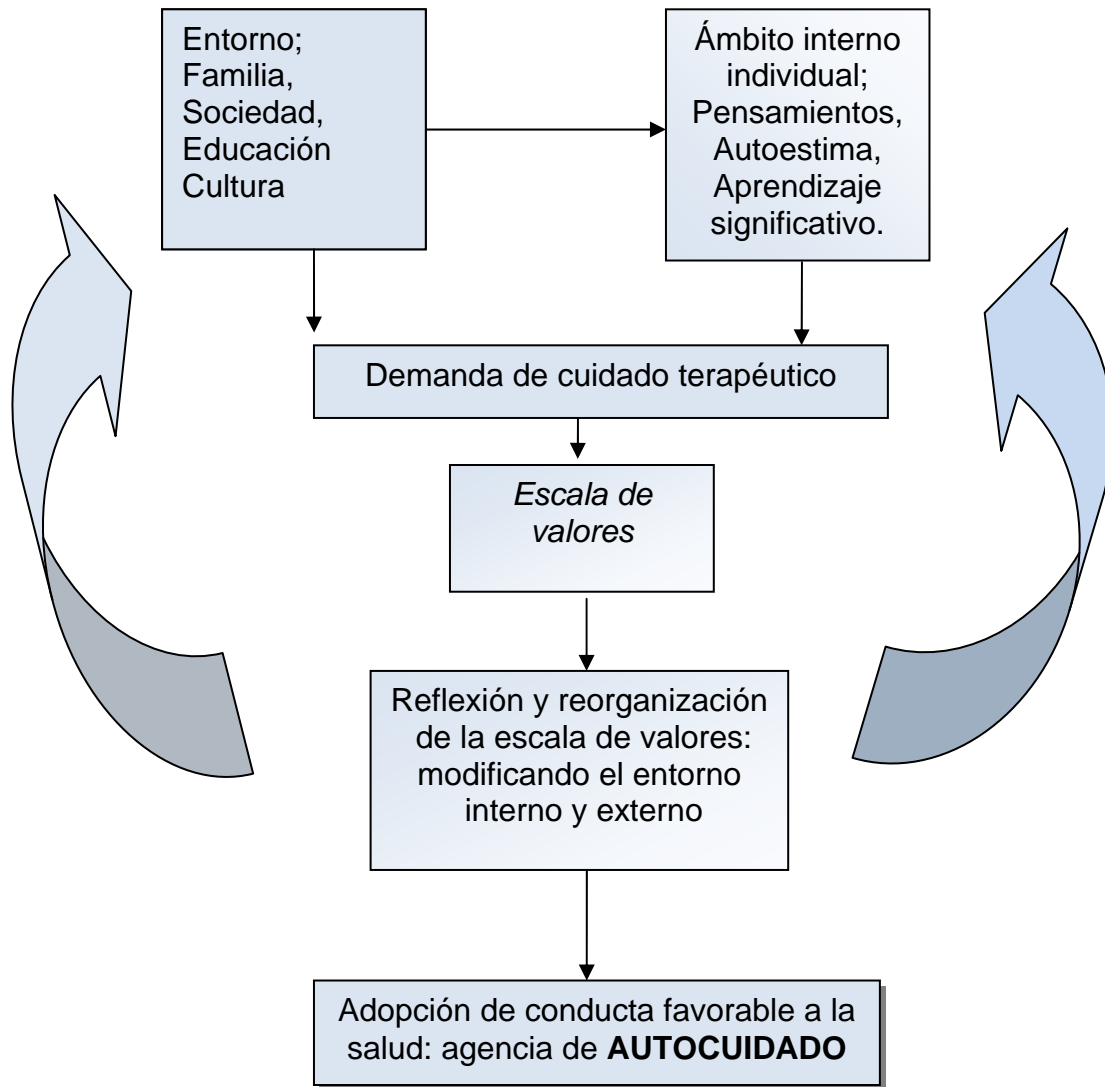


Fig. 2 Modelo acerca de cómo se genera la decisión de autocuidado. Propuesto por Neri, (2010).

Considerando como Orem, que satisfacer la propia demanda de autocuidado terapéutico, es ocuparse en el cuidado preventivo de la salud, que supone buscar y participar activamente en cuidado de los profesionales de la salud.

Los docentes igual que los individuos tal como menciona Orem (1993) pueden ser capaces de iniciar y perseverar en la acción de autocuidado para satisfacer los requerimientos universales si siguen prácticas de rutina. Pero en un momento dado pueden ser incapaces de cambiar viejas prácticas o de añadir a nuevas. Volverse capaces de hacerlo implica cambiar las propias ideas sobre la salud y la enfermedad. Desarrollar nuevas habilidades y comprometerse en nuevas formas de proceder.

Por lo anterior, acorde a la Estrategia Nacional de Líneas de Acción a largo de la vida, de entre los requisitos de autocuidado: Universales, de Desarrollo y Desviación de la salud. Las variables que se consideraron importantes para conocer las actividades que realizan los docentes para lograr una vejez sana fueron: Actividad física, salud preventiva (detecciones), actividad recreativa, higiene mental, antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales: uso de tabaco, alcohol, café y la automedicación, envejecimiento, autocuidado, conocimiento sobre la esperanza de vida actual y el valor a la salud.

Debido a que en la actualidad la Guía Técnica PREVENIMSS para el grupo de adultos mayores incluye cuatro componentes: Promoción de la salud, nutrición, prevención, identificación oportuna de enfermedades. (Castro 2007). Y a que Orem refiere que desde la perspectiva de los cuidados preventivos de la salud, satisfacer de manera efectiva los requisitos de autocuidado universales y de desarrollo en los individuos sanos está idealmente en la naturaleza de la prevención primaria de la enfermedad y de las alteraciones de la salud. No se incluye la Nutrición por considerar que su importancia requiere un estudio aparte.

2.6.- Mantenimiento de la salud

Es cuidar de uno mismo, siendo consciente de las propias necesidades y haciendo lo necesario para cuidar de la propia salud, tanto para reaccionar frente a los riesgos de la misma, como para prevenir enfermedades: buscar asistencia médica; seguir consejos médicos y de otros profesionales de la salud y evitar riesgos para la salud, como; lesiones físicas, enfermedades transmisibles, consumo de drogas y enfermedades de transmisión sexual. (O.M.S., 2001).

Al respecto Frenk, (2002) menciona que la salud de una persona es un proceso altamente complejo y en evolución continua, depende de su legado genético, de la época en que le toco nacer, de la edad que va teniendo, de su posición social, del lugar donde vive, del clima, de los sucesos inesperados que marcan su biografía. Mantener la salud es en consecuencia un esfuerzo permanente que requiere la participación activa tanto del individuo como de la sociedad. En el mantenimiento de la salud se requiere la participación de dos actores indispensables, Gobierno y Sociedad, en la última la conducta individual favorable a la salud es imprescindible para mantener el equilibrio entre los factores internos y externos que condicionan el proceso salud –enfermedad.

Bamonde, (2003), refieren que el ritmo de vida laboral, en casa y otras situaciones hacen que las personas en general se olviden de su propio cuidado.

2.7.- Importancia del autocuidado del Docente universitario

Docente significa para la Real Academia Española (2010): el que enseña y enseñar entre otros es; Instruir, doctrinar, dar advertencia, ejemplo o escarmiento que sirva de experiencia y guía para obrar en lo sucesivo.

La salud de los docentes es importante no sólo por su rol profesional sino porque se entiende que la salud ocupacional es parte de un circuito espiralado y recurrente en el que no puede cuidar a otros si no sabe cuidar de sí mismo, y este *cuidar de sí mismo* es un aprendizaje que, inevitablemente, incluye el bienestar de

los demás. Si bien el alumno es el eje y centro de la tarea educativa, el docente no es un factor o un instrumento para llegar a un objetivo pedagógico. Como ser humano deberá ser atendido en su persona. (Lettiere, 2008).

Prevención se ha mencionado que es; preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo. Se considera que el Docente que enseña ciencias de la salud debe de cuidar su propia salud, prevenir la enfermedad y prepararse para tener una vejez sana, ya que, como menciona Magni, (2007): El docente como toda persona humana, no se puede dividir en partes: un parte intelectual y otra solamente moral. Se enseña con lo que se dice pero se educa con lo que se hace y lo que es. Porque lo que se hace expresa lo que es la persona.

Si el docente es un verdadero Maestro, a la vez que enseña, educa y lo hace por el mejor camino, que es el del ejemplo. En la enseñanza, las palabras mueven pero los ejemplos arrastran. No cabe duda de que ese apotegma es muy sabio y didáctico. Por cierto que es más difícil, porque se tienen que dominar las pasiones. De manera, que así es como se construye el respeto y la autoridad. El docente debe inspirar respeto, por el respeto que él guarde a los demás. Decir una cosa y hacer lo contrario es la mayor falta de respeto. Por eso, el respeto está en la coherencia entre lo que se enseña y lo que se hace. De este valor, del valor del testimonio personal. (Magni, 2007).

Orem, (1993), menciona que el centro de atención del cuidado de la salud está orientado a acontecimientos y circunstancias en relación con el ciclo vital que dan lugar a cambios anatómicos, fisiológicos o psicológicos asociados con periodos de crecimiento y desarrollo, madurez, paternidad, proceso de envejecimiento y vejez. El autocuidado como la primera y más importante estrategia para la conservación y mantenimiento de la salud individual. (Bamonde, 2003). Debe de ser vista como uno de los pilares para el mantenimiento de la salud de los docente

universitarios, ya que están formando no solo futuros profesionales, sino individuos que forman y formaran parte de una sociedad que busca un desarrollo sustentable.

Además el autocuidado del Docente Universitario es importante porque tal como lo menciona Giogli, (2008): No se debe dejar de lado que los docentes fungen como modelos, sin quererlo ser a veces, reflejando así la importancia de su ejemplo y no solo ergonómico, sino con una proyección holística, centrada en el respeto, imagen, cultura y conocimiento académico, como formador del joven que egresará al campo profesional con, también, un alto sentido de lo humano.

2.8.- Estudios relacionados.

Los diferentes estudios revisados sobre los docentes universitarios están orientados hacia la educación, el síndrome de Bournaut, y estilos de vida, la mayoría no tratan específicamente sobre actividades que realizan los docentes universitarios para lograr una vejez sana. Algunos involucran a docentes, sin especificar universitarios, los encontrados se presentan:

Blanco y Feidman, (2000) en un estudio realizado para conocer las responsabilidades en el hogar y salud de la mujer trabajadora cuya muestra fueron docentes universitarias refieren que el 32% de las participantes consideran que su salud estaba peor que hace cinco años, esta cifra sugiere que la percepción del deterioro al pasar de los años es una realidad para la cuarta parte del grupo.

Una investigación realizada por alumnos de quinto año de la carrera de Enfermería de la Universidad de Magallanes, estableció que el 65% de las maestras básicas de las escuelas municipales urbanas de Punta Arena se sienten estresadas. El estudio abarcó las opiniones de 35 profesoras entre 25-55 años, es decir de mujeres que recién están empezando su vida laboral hasta aquellas próximas a jubilarse. (Barría, 2002). La misma autora señala que se concluye que en la mayoría de los casos la percepción del estrés está relacionado con los años de trabajo y también con la conformación de su familia, esto es, las condiciones en

que se manifiesta la multiplicidad de roles. Se estableció que mientras más roles cumple la mujer tanto en la escuela como en la casa, hay más riesgo de sentirse estresada.

Diferentes fuentes indican que los docentes universitarios presentan diversas manifestaciones relacionadas con el síndrome de burnout. De entre ellos se destaca: Desgaste Emocional en Docentes Oficiales de Medellín Colombia cuyos resultados son: que el 23.4% presentó manifestaciones de Bournout y un 23.4% tuvo riesgo de manifestarlo, en todos prevaleció el agotamiento emocional y la despersonalización. Cuando no se realizan actividades de autocuidado para liberar la tensión del individuo, el estrés genera cierta sintomatología que va desde el malestar general, agotamiento, ansiedad y desencanto hasta diversas enfermedades. (Restrepo, 2005).

En el Instituto Tecnológico de Roque en Celaya Guanajuato, México, se realizó un estudio exploratorio, comparativo por género, sobre los niveles de estrés que manejan los profesores y los autocuidados que se proporcionaban, en donde se observó: que el personal del instituto se ha caracterizado por su capacidad de adaptabilidad a los cambios que día a día se generan por la actividad dinámica que es la educación. Sin embargo, se percibe actualmente un impacto fuerte en la disposición y ánimo de ellos, que hace suponer ciertas dificultades en el proceso de incorporación al nuevo estado de cosas. El comparativo arrojó resultados divergentes en el paralelo hombre-mujer. Se observó una tendencia de las mujeres a padecer en mayor grado síntomas de estrés. (Ángeles, 2006).

En el mismo estudio se menciona que se observaron comportamientos específicos de agotamiento emocional e insatisfacción laboral. En relación al autocuidado existía una diferencia importante por género y al manejo de los niveles de estrés. Ángeles, (2006), concluyen que a pesar de que, por muchos medios de difusión se tiene conocimiento de que hay edades en las que se debe de tener una

actualización del estado de salud, todavía existe la tendencia a ignorar síntomas que pueden ser riesgos importantes para la salud.

III. METODOLOGÍA

3.1 Diseño del estudio.

Se llevó a cabo una investigación no experimental, descriptiva, transversal, y correlacional, (Hernández, 2006) en una institución educativa pública de nivel superior en la ciudad de Mexicali Baja California específicamente en las Facultades de Ciencias de la Salud: Odontología, Enfermería y Medicina de la Universidad Autónoma de Baja California.

3.2 Universo y muestra.

3.2.1. El universo fue el personal docente de Ciencias de la Salud.

3.2.2. Sujetos de estudio: Docentes universitarios adscritos a Ciencias de la Salud.

3.2.3. Criterios de inclusión: Los sujetos de estudio fueron de distinto nivel académico, de tiempo completo, tipo de contrato definitivo y de diferentes disciplinas que se desempeñaban como docentes del área de la salud: Medicina, Enfermería y Odontología, por considerarse que reunían características afines de tipo laboral, diferentes de los profesores de asignatura.

3.2.4. Criterios de exclusión:

Los parámetros de exclusión fueron los docentes que no estaban presentes al momento de recabar la información por: incapacidad, año sabático, licencias, intercambio académico o ausencia.

3.2.5. Criterios de eliminación:

Todos los docentes aceptaron participar y no se eliminaron cuestionarios.

3.2.6. Selección de la muestra.

La muestra fue por conveniencia. El número total fue de 62 docentes.

3.2.6.1. Tipo y técnica de muestreo

Se utilizó el método de la encuesta para la recolección de la información, a través de entrevista personal con los docentes, quienes aceptaron participar en la investigación. Se recolectó la información en un periodo de cuatro semanas, en los turnos matutino y vespertino. En total eran 72 docentes de los cuales 10 fueron excluidos de acuerdo a los parámetros mencionados.

3.3 Material y método.

Para la recolección de la información se elaboró un cuestionario semi - estructurado mediante una escala Licker. Fue validado por la técnica DELPHI.

Las variables que se midieron fueron:

1. **Sociodemográficas**

En donde se obtuvieron datos generales de los sujetos que se estudiaban; edad, sexo, estado civil, facultad a la que pertenecían, antigüedad y categoría.

2. **Actividades para la salud que realizaban los docentes**

Actividad física; caminar, correr, nadar, andar en bicicleta.

Tipo de deporte que practicaban; Básquetbol, futbol, etc.

Horas a la semana que realizaban actividades para el mantenimiento de su salud.

Detecciones; cada cuanto las realizaban, cuál fue la última detección que se realizaron, cada cuanto acudían a consulta y si contaban con cartilla de salud.

Recreación; actividad recreativa favorita ejem. Leer, pintar, etc.

Higiene mental; se interrogó sobre aspectos emocionales, si habían tenido cambios en sus estado de ánimo en los últimos seis meses, tristeza, soledad, así como la pertenencia a un grupo profesional, social, o de participación ciudadana y si salían fuera de la ciudad en vacaciones.

Higiene dental: visitas al dentista y periodicidad.

3. Estado de salud

Antecedentes heredo familiares, personales patológicos, adicciones, automedicación y el conocimiento sobre la esperanza de vida, concepto de vejez, auto cuidado, importancia a la salud y como consideraba cada quien su propia salud.

- **Procedimiento**

Una vez que fue autorizado por el comité de ética e investigación de la U.A.B.C., se presentó ante los directores de las diferentes Facultades de Ciencias de la Salud (Enfermería, Medicina y Odontología), para solicitar el permiso correspondiente.

Se solicitaron los horarios de los docentes para acudir en el turno matutino y vespertino a realizar entrevistas personales con los docentes que fueron seleccionados, dándoles a conocer el motivo de la investigación, solicitando su colaboración. A todos los que aceptaron se les entregó una carta de presentación misma que informaba sobre los objetivos de la investigación y datos de la investigadora, haciendo hincapié en el fin de la investigación y que se guardaría el anonimato. Quienes requirieron información adicional se les proporcionó de manera verbal, misma que consistió, en inquietud sobre la maestría en enfermería.

A todos los docentes se les aplicó el instrumento para la recolección de la información sobre las actividades que realizaban para el mantenimiento de su salud.

El instrumento de recolección de datos consta de 6 reactivos sobre los datos generales de los sujetos que participaron. 19 reactivos sobre actividad física, 7 reactivos sobre salud preventiva (detecciones), 6 sobre actividad recreativa, 6 sobre higiene mental, 10 reactivos sobre antecedentes heredofamiliares, 21 sobre antecedentes personales, en donde se consideraban aspectos relacionados con la salud como el uso de tabaco, alcohol, café y la automedicación, 5 reactivos en los

cuales se indagó el conocimiento sobre envejecimiento, la esperanza de vida actual autocuidado y la valorización personal que se tenía de la salud. (Apéndice, 1).

3.4 Plan de análisis.

Una vez obtenida, la información fue procesada (paquete estadístico SPSS) 13.0, (Statiscal Pakage for they Social Science, 2000). Utilizando la estadística descriptiva que es la que permite organizar los datos, mostrarlos gráficamente y calcular cantidades representativas del conjunto o medidas de resumen, que los describen, la información se presenta en tablas de distribución de frecuencias en donde se han colocado los resultados de las medidas de resumen.

La prueba de Hipótesis para comparación e inferencia de acuerdo a la escala de medición de la variable dependiente que ha sido utilizada es la Chi cuadrada en las variables nominales ordinales, la T students para la variable numérica, como la edad y la Prueba exacta de Fisher para los valores < de 5 esperados en cada casilla.

3.5 Ética del estudio.

Este trabajo de investigación se considera sin riesgo para las personas, basado en el artículo 17, del Capítulo I del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud. (S.S., 1998).

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

4.1 Resultados.

Los resultados se presentan en tres secciones la primera describe las características sociodemográficas de la población de estudio, la segunda las actividades que realizan los docentes para favorecer su salud y la tercera el estado de salud que presentan los docentes.

Los docentes sujetos de esta investigación estaban adscritos al área de Ciencias de la Salud; Facultad de Odontología, 38.7%; Facultad de Medicina, 32.3% y Facultad de Enfermería, 29%. Contaban con una antigüedad mayor a 15 años, 71%. Cuadro 4.1.

Cuadro No.4.1 Facultad a la que pertenecen y antigüedad de los docentes del área de la salud, Universidad Autónoma de Baja California. Mayo del 2006.

Facultad	Frecuencia	Porcentaje
Odontología	24	38.7 %
Enfermería	18	29 %
Medicina	20	32.3 %
Total	62	100%
Antigüedad		
0-5 años	12	19.3%
6 -10 años	2	3.2%
11-15 años	4	6.5%
Más de 15	44	71%
Total	62	100%

Fuente: cuestionario para conocer las actividades que realizan los docentes universitarios para lograr una vejez sana.

Las variables sociodemográficas investigadas fueron: *edad, sexo y estado civil*; La mayoría fueron mujeres: 54.8%. El mayor porcentaje contaba con edades que oscilaban entre 51 y 60 años, 45.2%, la mayoría casados: 61.3%. Cuadro 4.2.

Cuadro No. 4.2 Edad, sexo y estado civil de los docentes del área de la salud, Universidad Autónoma de Baja California. Mayo del 2006.

Variable	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Edad	< 40	12	19.4%
	41 a 50	15	24.2%
	51 a 60	28	45.2%
	> 60	4	6.4%
	No contesto	3	4.8%
	Total	62	100%
Sexo	Masculino	28	45.2%
	Femenino	34	54.8%
	Total	62	100%
Estado civil	Casado	38	61.3%
	Unión libre	2	3.2%
	viudo	1	1.6%
	soltero	21	33.9%
	Total	62	100%

Fuente: cuestionario para conocer las actividades que realizan los docentes universitarios para lograr una vejez sana.

En relación a la actividad física: Las que si la realizaban fue el 80.6% y el resto no realizaba. Las horas que realizaban actividad física durante el día era: más de una pero menos de dos, el 69.4%; más de dos pero menos de tres, 9.7%; tres horas 8.1%; dos horas, 6.5% y ninguna, 6.5 %.

Caminaban: siempre, 17.7%; casi siempre, 56.5%. *Corrían*: siempre y casi siempre, 20,9%. *Practicaban Natación*: casi siempre, 14.5%. *Andaban en Bicicleta*: siempre, 3.2%; casi siempre, 22.6% y casi nunca, 11.3%. *Iban a un gimnasio*: siempre y casi siempre, 17.7%, *Cultivaban un jardín*: siempre, 11.3%; casi siempre, 14.5%.

En mayor porcentaje nunca realizaban las actividades mencionadas: Nunca iban a un gimnasio, 80.6%; no practicaban natación, 75.8%; no corrían, 66.1%; nunca andaban en bicicleta, 62.9%; nunca cultivaban un jardín, 64.5% y nunca salían a caminar, 19.4%.

En relación a la práctica de un deporte como apoyo al mantenimiento de la salud: No practicaban deporte, 77.4% y Sí, 22.6%. Los deportes que practicaban fueron; futbol, basquetbol y atletismo. Cuadro 4.3.

Cuadro 4.3 Práctica y tipo de deporte, por los docentes del área de la salud, Universidad Autónoma de Baja California. Mayo del 2006.

Indicador	Frecuencia		Porcentaje	
	No.	%	No.	%
Si	14	22.6%		
No	48	77.4%		
Total	62	100%		

Tipo de deporte	Siempre		Casi siempre		Casi nunca		Nunca		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Fútbol	2	3.2	2	3.2	0	0	58	93.5	62	100%
Básquetbol	0	0	3	4.8	4	6.5	55	88.7	62	100%
Golf	0	0	1	1.6	1	1.6	60	96.8	62	100%
Frontón	0	0	2	3.2	0	0	60	96.8	62	100%
Tenis	0	0	1	1.6	1	1.6	60	96.8	62	100%
Béisbol	0	0	0	0	2	3.2	60	96.8	62	100%
Atletismo	0	0	2	3.2	2	3.2	58	93.6	62	100%

Fuente: cuestionario para conocer las actividades que realizan los docentes universitarios para lograr una vejez sana.

Actividades recreativas que realizaban:

Leer: siempre, 45.2%; casi siempre, 45.2%. Pintar: casi nunca, 22.6% y nunca el 72.6%. Ir al cine: siempre y casi siempre, 50%; casi nunca, 38.7%. Escuchar música: siempre, 43.5%; casi siempre, 45.2%, Ver televisión: siempre 32.3%; casi siempre, 46.8%; casi nunca, 17.7% y nunca, 3.2%. La actividad recreativa favorita de los sujetos investigados era: ver televisión, 37.1%; ir al cine 17.7%; escuchar música, 24.2% y otros, 21%.

Actividades que realizaban para liberar el estrés:

Respiración, 24.2%; relajación, 16.1%; diálogo, 24.2% y otros 35.5%. Salir de vacaciones fuera de la ciudad: siempre, 17.7%; casi siempre, 59.7%; casi nunca, 12.9%.

Al interrogar acerca del sentimiento de tristeza al estar a solas las respuestas fueron: siempre, 3.2%, casi siempre, 3.2%; casi nunca, 37.1% y nunca 56.5%. En relación a los cambios en el estado de ánimo en los últimos seis meses: siempre y casi siempre 19.4%; casi nunca, 46.8% y nunca, 33.9%.

Pertenencia a alguna asociación: colegio, 33.9%; asociación, 21%; club, 1.6%; otro tipo de agrupación, 29% y ninguna, 14.5%.

Participación en actividades de servicio comunitario: Sí, 45.2%; No, 54.8%. Tipo de participación comunitaria: ayuda a inmigrantes, 3.2%; participación en brigadas, 13%; colectas, 6.4%; servicios religiosos, 3.2%; diversas actividades, 9.7% y ninguna, 64.5%.

En relación a los cuidados preventivos con respecto a la salud:

Se realizaban *detecciones*: casi siempre, 41.9%; casi nunca, 27.4%; siempre, 25.8% y nunca, 4.8%. La *periodicidad* con que los realizaban fue: cada año, 48.4%; cada seis meses, 21%; cada dos años, 21% y un 9.6% refirió otra periodicidad sin especificar.

Acudían a consulta sin estar enfermos: nunca 48.4%; casi nunca, 22.6%; casi siempre, 21% y siempre, 8.1%. Motivo por el que acudían a consulta: enfermedad, 37.1%; prevención, 29%; control, 29% y por otros motivos, 4.8%.

Tarjeta o *cartilla de salud*: no contaban con alguna, 53.2% y contaban con alguna de ellas, 46.8%.

Asistencia con el dentista: cada año 50%; cada seis meses, 21%; cada dos años, 16.1%, otro periodo de tiempo no especificado, 12.9%. *Motivo principal por el que acudían con el Odontólogo:* prevención, 45.2%; enfermedad, 32.3% y control, 19.4%

La cinco principales causas de morbilidad en antecedentes familiares las ocupaban en orden descendente: hipertensión, 54.8%; diabetes, 53.2%; obesidad, 4.5%; cáncer, 41.9%; problemas gástricos, 41.9%. Otras causas: enfermedades respiratorias, 33.9%; ansiedad, 11.3%; insuficiencia renal, 8.1% y tuberculosis pulmonar, 6.5%. Se enfermaban: casi siempre, 6.5%; casi nunca, 85.5% y nunca 8.1%. Al momento de la investigación tenían algún tipo de problema de salud, 53.2% y no, 46.8%. Cuadro 4. 4.

Cuadro 4. 4 Problemas de salud actuales de los docentes del área de la salud de la Universidad Autónoma de Baja California. Mayo del 2006.

Problemas de salud	Frecuencia	Porcentaje
Si	33	53.2
No	29	46.8
Total	62	100.0%

Fuente: cuestionario para conocer las actividades que realizan los docentes universitarios para lograr una vejez sana.

Los problemas de salud que presentaban eran;

Gastrointestinales: casi siempre, 8.1%; casi nunca, 12.9% y nunca, 79%. Cefalea: siempre, 1.6%; casi siempre, 8.1%; casi nunca, 8.1% y nunca el 82.3%. Dolor muscular: casi siempre, 6.5%; casi nunca, 25.8% y nunca, 67.7%. Dolor en los hombros: casi siempre, 5%; casi nunca, 19.4% y nunca, 74.2%. Dolor de pies: siempre, 1.6%; casi siempre, 4.8%; casi nunca; 14.5% y nunca el 79%.

Con respecto al consumo de café, tabaco y alcohol: Café: Sí, 48.4%; No, 51.6%. Cigarro, 14.5% y No el 85.5%. Tomaban bebidas alcohólicas, 25.8% y No el 74.2%. La periodicidad con que lo hacían: siempre consumían café, 24.2%; casi siempre, 21%; casi nunca, 16.1% y nunca, 38.7%. Siempre fumaban: 4.8%, casi

siempre, 6.5%; casi nunca, 3.2% y nunca, 85.5%. Consumían alcohol: siempre, 16%; casi siempre, 11.3%; casi nunca, 29% y nunca el 58.1%.

Al interrogar sobre la automedicación los resultados fueron los siguientes: Siempre, 0%; casi siempre, 12.9%; casi nunca, 53.2% y nunca el 33.9%. Los tipos de medicamentos que más consumían fueron: Aspirina, 58.1%; Ranitidina, 12.9%; Acetaminofen, 11.3%; Naproxeno, 8.1% y ninguno el 9.7%. Cuadro 4. 5.

Cuadro 4. 5 Tipo de medicamentos que consumen sin prescripción médica los docentes del área de la salud de la Universidad Autónoma de Baja California. Mayo del 2006.

Medicamentos	Frecuencia	Porcentaje
Aspirina	36	58.1
Acetaminofen	7	11.3
Naproxeno	5	8.1
Ranitidina	8	12.9
Ninguna	6	9.7
Total	62	100.0%

Fuente: cuestionario para conocer las actividades que realizan los docentes universitarios para lograr una vejez sana.

En la escala de valores personales, lo más importante era: familia, 59.6%, salud, 29%; religión, 5%; trabajo 3.2% y no contesta el 3.2%. Cuadro 4. 6.

Cuadro 4. 6 Valor que le dan a la salud los docentes del área de la salud de la Universidad Autónoma de Baja California. Mayo del 2006.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Religión	3	5
Familia	37	59.6
Salud	18	29
Trabajo	2	3.2
No contestó	2	3.2
Total	62	100.0%

Fuente: cuestionario para conocer las actividades que realizan los docentes universitarios para lograr una vejez sana.

Esperanza de vida actual para los hombres: 66 años, 3.2%; 69 años, 14.5%; 75 años, 69.4%; 85 años, 9.7% y no saben el 3.2%.

Esperanza de vida actual para las mujeres: 66 años, 4.8%; 69 años, 8.1%; 75 años, 58.1%; 85 años, 24.2% y no sabían el 4.8%.

Envejecer era: un proceso de modificaciones físicas, psicológicas y sociales, 58.1%; acción y efecto de envejecer, 14.5%; experiencia o sabiduría, 16.1%; pérdida de la capacidad funcional, 8.1% y no contestó el 3.2%.

Autocuidado era: Tomar medidas para promover, mantener o restaurar la salud, 48.4%; una cultura, 9.7%; una actitud de vida, 38.7%; una política de salud, 1.6% y no contestó el 1.6%. Cuadro 4. 7.

Cuadro 4. 7 Concepto de autocuidado por los docentes del área de la salud de la Universidad Autónoma de Baja California. Mayo del 2006.

Autocuidado	Frecuencia	Porcentaje
Medidas para promover mantener o restaurar la salud	30	48.4%
Cultura	6	9.7%
Actitud de vida	24	38.7%
Política de salud	1	1.6%
No contesto	1	1.6%
Total	62	100%

Fuente: cuestionario para conocer las actividades que realizan los docentes universitarios para lograr una vejez sana.

En el **análisis estadístico** de la variable tiene algún problema de salud, con todas las variables con las pruebas Chi-cuadrado, las variables numéricas con la t student y la prueba exacta de Fisher para los valores menores de 5, se observa:

Que en algún tipo de problema de salud y la facultad a la que pertenecían los sujetos investigados, los datos no fueron significativos ($p > 0.05$). Se realizaron cruces con edad, sexo, estado civil y antigüedad, siendo los resultados: ($p > 0.05$), por lo que no existía significancia, entre estas variables y el estado de salud de los docentes.

Con relación a la actividad física que realizaban los docentes universitarios y su relación con algún tipo de problema de salud, se aprecia que existe asociación

entre esta variable con caminar, puesto que se obtuvo un nivel de significancia relativa ($p=0.05$). En las demás actividades, la significancia fue de ($p>0.05$), por lo que no existía asociación. Al cruzar la práctica de deportes con algún problema de salud, según la prueba exacta de Fisher existía relación entre las variables que se han mencionado ($p<05$). Al realizar la asociación por deporte específico no se encontró significancia. No fue significativo el tiempo que dedicaban a ello: ($p>0.05$); más de una hora pero menos de dos horas durante el día en el 69.4% de los casos. Cuadros 4.8 y 4.9.

Cuadro 4.8 Actividad física de los docentes del área de la salud, Universidad Autónoma de Baja California. Mayo del 2006.

Cuadro 4.8		Sí	50	80.6%
		No	12	19.4%
	Total		62	100 %
	3 horas		5	8.1%
Horas al día	+ de 2 -3 horas		6	9.7%
	2 horas		4	6.5%
	+ de 1 – de 2		43	69.4%
	Ninguna		4	6.5%

Tipo de actividad física	Siempre		Casi siempre		Casi nunca		Nunca		Total		Chi Cuadrada
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Caminar	11	17.7	35	56.5	4	6.5	12	19.4	62	100	.056
Correr	3	4.8	10	16.1	8	12.9	41	66.1	62	100	.123
Nadar	0	0	9	14.5	6	9.7	47	75.8	62	100	.682
bicicleta	2	3.2	14	22.6	7	11.3	39	62.9	62	100	.119
Gimnasio	3	4.8	8	12.9	1	1.6	50	80.6	62	100	.214
Cultivar un jardín	7	11.3	9	14.5	6	9.7	40	64.5	62	100	.342

Fuente: cuestionario para conocer las actividades que realizan los docentes universitarios para lograr una vejez sana.

Cuadro 4.9 Deporte y algún problema de salud de los docentes del área de la salud, Universidad Autónoma de Baja California. Mayo del 2006.

Tiene algún problema de salud	Practica algún deporte		Total	Chi cuadrada/ Fisher exact test
	Si	No		
Si	4	29	33	.036
No	10	19	29	
Total	14	48	62	

Fuente: cuestionario para conocer las actividades que realizan los docentes universitarios para lograr una vejez sana.

El uso del tiempo libre en diversas actividades y las específicas para liberar el estrés, cambios en el estado de ánimo, tristeza, pertenencia una agrupación relacionada con su profesión y participar en actividades comunitarias tenían un valor de significancia ($p > 0.05$). Por lo que no se establece relación.

Los resultados obtenidos en: detecciones preventivas para conservar la salud, la periodicidad con que lo hacían y el motivo por el cual acudieron a consulta no fue significativo, ($p > 0.05$). El contar con alguna cartilla tenía una relación ($p = .05$) según Fisher, por lo que existía una ligera relación de asociación que le da significancia. Cuadro no.10. El acudir a consulta médica y dental así como la periodicidad en que lo hacen no fue significativo ($p > 0.05$).

Cuadro No. 10 Cartilla de salud y algún problema de salud de los docentes del área de la salud, Universidad Autónoma de Baja California. Mayo del 2006.

Tiene algún problema de salud	Cuenta con alguna cartilla de salud		Total	Chi cuadrada/ Fisher exact test
	Si	No		
Si	19	14	33	.059
No	10	19	29	
Total	29	48	62	

Fuente: cuestionario para conocer las actividades que realizan los docentes universitarios para lograr una vejez sana.

Entre los antecedentes familiares destacan la insuficiencia renal y problemas gástricos, ya que al relacionarlos con la variable: problemas de salud, se encontró una significancia de ($p < 05$). Cuadro No. 4.11.

Cuadro 4. 11 Antecedentes familiares de los docentes del área de la salud de la Universidad Autónoma de Baja California. Mayo del 2006.

Enfermedades	Antecedentes familiares				Total		Chi cuadrada
	Frecuencia						
	Si		No		No.	%	
	No.	%	No.	%	No.	%	
Diabetes	33	53.2	29	46.8	62	100%	.162
Hipertensión	34	54.8	28	45.2	62	100%	.418
Cáncer	26	41.9	36	58.1	62	100%	.245
TBP	4	6.5	58	93.5	62	100%	.357
<i>Insuficiencia renal</i>	5	8.1	57	91.9	62	100%	.037
Ansiedad	7	11.3	55	88.7	62	100%	.270
Obesidad	27	43.5	35	56.5	62	100%	.137
Enfermedades cardiorrespiratorias	21	33.9	41	66.1	62	100%	.568
<i>Gástricas</i>	26	41.9	36	58.1	62	100%	.008

Fuente: cuestionario para conocer las actividades que realizan los docentes universitarios para lograr una vejez sana.

La existencia de problemas de salud de los docentes, se cruzó con el tipo de problemas que presentaban: gastrointestinales, dolores de; cabeza, musculares, hombros y en los pies, encontrando significancia ($p < 0.05$). Cuadro 4.12.

Cuadro 4. 12 Existencia y Tipo de problemas de salud de los docentes del área de la salud de la Universidad Autónoma de Baja California. Mayo del 2006.

	Indicador	Frecuencia	Porcentaje	Chi cuadrada
gastrointestinales	Siempre	0	0	.006
	Casi siempre	5	8.1%	
	Casi nunca	8	12.9%	
	Nunca	49	79%	
	Total	62	100%	
<i>cefalea</i>	Siempre	1	1.6%	.045
	Casi siempre	5	8.1%	
	Casi nunca	5	8.1%	
	Nunca	51	82.2%	
	Total	62	100	
<i>Dolor muscular</i>	Siempre	0	0	.000
	Casi siempre	4	6.5%	
	Casi nunca	16	25.8%	
	Nunca	42	67.7%	
	Total	62	100%	
<i>Dolor en hombros</i>	Siempre	0	0	.005
	Casi siempre	4	6.5%	
	Casi nunca	12	19.3%	
	Nunca	46	74.2%	
	Total	62	100%	
<i>Dolor de pies</i>	Siempre	1	1.6%	.002
	Casi siempre	3	4.8%	
	Casi nunca	9	14.5%	
	Nunca	49	79%	
	Total	62	100%	

Fuente: cuestionario para conocer las actividades que realizan los docentes universitarios para lograr una vejez sana.

El consumo de café, tabaco y alcohol se relaciona con algún problema de salud, la significancia fue: ($p < 0.05$), siendo más relevante el consumo de café y alcohol. La periodicidad no presentó significancia ($p > 0.05$). Cuadros 4.13 y 4.14.

Cuadro No.4.13 Consumo de café, tabaco y alcohol y algún problema de salud de los docentes del área de la salud de la Universidad Autónoma de Baja California. Mayo del 2006.

Consumen	Indicador	Frecuencia	Porcentaje	Chi cuadrada
Café	Si	30	48.4	.002
	No	32	51.6	
	Total	62	100	
Cigarros	Si	9	14.5	.307
	No	53	85.5	
	Total	62		
Alcohol	Si	16	25.8	.040
	No	46	74.2	
	Total	62	100	

Fuente: cuestionario para conocer las actividades que realizan los docentes universitarios para lograr una vejez sana.

Cuadro No.14 Relación entre el consumo de café, tabaco y alcohol con algún problema de salud de los docentes del área de la salud, Universidad Autónoma de Baja California. Mayo del 2006.

Tiene algún problema de salud	Consumo de café, tabaco y alcohol		Total	Chi cuadrada/ Fisher exact test
	Si	No		
Si	25	8	33	.001
No	10	19	29	
Total	35	27	62	

Fuente: cuestionario para conocer las actividades que realizan los docentes universitarios para lograr una vejez sana.

No existía asociación entre la automedicación y problemas de salud. En relación a estos y la importancia que los docentes asignaban a la religión, familia, salud y trabajo no se encontró significancia ($p > 0.05$). Acerca de la esperanza de vida actual para hombres y mujeres, el concepto de envejecimiento y autocuidado, los resultados fueron similares: los datos arrojados indican que no existía asociación entre estas variables ($p > 0.05$).

4.2 Discusión.

El total del grupo formado por el personal de los docentes del área de la salud, fueron 62, el porcentaje de participación está relacionado con el número de plazas definitivas de cada Facultad, siendo el de mayor participación los docentes de la Facultad de Odontología, la edad mínima de los docentes fue de 23 años y la máxima de 65 años con una media de 49 años, el mayor porcentaje contaba con edades que oscilaban entre 51 y 60 años, la mayoría casados con una antigüedad mayor de 15 años. Lo que significa que estaban en la edad madura (45-64 años) y según el P. N. S., (2001) los problemas de salud que se presentan en esta edad son más costosos y difíciles de atender.

El 80.6% refirió realizar actividad física, al indagar sobre la periodicidad, < del 20% manifestó que siempre y en mayor porcentaje nunca, (70%). La actividad física que realizaban casi siempre (56.5%) era caminar. Al analizar la variable actividad física con problemas de salud se aprecia que existe asociación entre esta variable con caminar puesto que se obtuvo un nivel de significancia relativa ($p=.05$), en las demás actividades la significancia es de ($p>0.05$), por lo que no existe asociación.

Uriarte, (2009), refiere que los individuos con un estilo de vida más activo se "sienten mejor" y producen en su cuerpo una resistencia superior ante las distintas agresiones que la vida y el paso de los años provocan. Los adultos que conservan una vida activa llegan a edades mayores con mejor predisposición al trabajo y menor dependencia de aquellos que los rodean. Al respecto el CIE, (2010) refiere que conseguir una salud física óptima es un buen primer paso para un envejecimiento saludable; ello ayudará a la persona a seguir siendo independiente el más largo tiempo posible. Igualmente importante es seguir activo en la vida y mantener una mente activa.

Al analizar la práctica del deporte con algún problema de salud según la prueba exacta de Fisher no existía relación ($p<0.05$). Por lo anterior se considera

que los docentes no recibían los beneficios que brinda la actividad física y el deporte: no los realizaban como una práctica regular y sistemática.

En relación a los cuidados preventivos con respecto a la salud se observó que un 32.2% de los docentes nunca y casi nunca se realizaban detecciones; una tercera parte de ellos no se realizaban detecciones preventivas, conducta desfavorable a la salud ya que la prevención es la base de una buena salud, lo mismo que el autocuidado que para Orem es una respuesta práctica a una demanda experimentada de ocuparse de uno mismo o por el conocimiento de que una medida de cuidado debería de realizarse porque promueve la salud. Además mencionaba que las demandas pueden ser satisfechas o ignoradas. En este caso los sujetos de estudio como docentes del área de Ciencias de la Salud conocedores de la importancia de la prevención, al no realizarla en sí mismos no cubren la demanda de autocuidado terapéutico.

Con respecto a la higiene mental, se observó que los cambios en el estado de ánimo, tristeza, pertenencia a una agrupación relacionada con su profesión y participar en actividades comunitarias, no tenían relación con la variable mencionada de problemas de salud. Igual sucede con el uso del tiempo libre en las diversas actividades y las actividades específicas para liberar el estrés ($p > 0.05$).

Lo anterior toma especial significado ya que al momento de la investigación el 53.2%, más de la mitad de los docentes manifestaron tener problemas de salud: Con una significancia de ($p < 0.05$). Probablemente la muestra ha sido insuficiente ya que la mayoría de los docentes manifestó presentar diversa sintomatología y el número de sujetos por indicador de la variable higiene mental por consecuencia fue mínimo.

Entre los antecedentes familiares de los docentes se encontraban la Hipertensión, Diabetes, Obesidad, Problemas gástricos y Cáncer, padecimientos que coinciden con el panorama epidemiológico nacional ya que dentro de los

principales motivos de consulta destacan la hipertensión y diabetes. (P.N S., 2007). Entre los resultados obtenidos al cruzar la variable problemas de salud con los antecedentes familiares se encontró significancia: ($p < 0.05$) con insuficiencia renal y enfermedades gástricas. Por lo que se considera que los docentes estaban en riesgo de padecer las enfermedades mencionadas.

Al momento de la investigación el 53.2%, más de la mitad de los docentes manifestaron tener problemas de salud con una significancia de ($p < 0.05$), cefalea, dolor muscular, dolor de los hombros y dolor de pies con excepción de problemas gastrointestinales: ($p > 0.05$), sintomatología que llama la atención por estar relacionada con cansancio, fatiga y estrés.

Con respecto al estrés, Ángeles, (2006) menciona que ante los procesos de acreditación y certificación se ha creado una situación inédita y con alcances no determinados para los trabajadores. Sus perspectivas, expectativas, hábitos y prácticas cotidianas se transformaron en corto tiempo. Si bien cada organismo responde de modo distinto a una misma situación, su historia de vida y su personalidad también determinan esa respuesta; todo este nuevo orden de cosas ha creado una desestabilización que se manifiesta en diversas conductas y respuestas específicas.

Siendo la U.A.B.C. la primera Universidad Pública con certificado de calidad, en donde el nivel mínimo aceptado es el de maestría y el deseado de doctorado, se coincide con Ángeles, (2006) quien refiere que la práctica docente cotidiana es agotadora ya que el ejercicio de ella implica urgencia, inmediatez y una demanda constante de actualización. Refiere además que las personas con vocación de servicio como los maestros, enfermeras, médicos humanos, entre otros, son las profesiones más propensas a sufrir estados de tensión que si no se manejan adecuadamente pueden sufrir un trastorno que se ha dado en llamar Burnout.

Ante lo anterior el autocuidado como una forma de vida se convierte en un eje fundamental de la salud colectiva ya que refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud como mencionan Magallanes y Ugarte, (2006). Al respecto, Orem refiere que las personas son responsables de decisiones que condicionan su situación. En momentos concretos, las personas pueden estar tan adversamente condicionadas por factores humanos y ambientales que su agencia de cuidado no sea operativa o lo sea sólo parcialmente durante cierto tiempo. Tal es el caso de la mayoría de los docentes investigados.

El consumo de sustancias estimulantes, a mediano o largo plazo trae consecuencias negativas a la salud, aún cuando sean permitidas por la ley. Se encontró una ($p < 0.05$) en el consumo de café y el alcohol con problemas de salud, (entre ellos cefalea y malestares gastrointestinales), relacionados con el consumo excesivo y/o abstinencia de las sustancias mencionadas siendo también una sintomatología asociada a la hipertensión que a su vez se relaciona con la diabetes y el estrés.

No existía asociación entre la automedicación, 83% y problemas de salud. Llamando la atención el consumo de: aspirina (58.1%), ranitidina y acetoaminofen. Al parecer relacionados con los problemas de salud que presentaban al momento de la recolección de la información.

En relación a la importancia que asignaban a la religión, familia, salud, y trabajo no se encontró significancia ($p > 0.05$). Para los docentes se encontraba en primer lugar la familia 59.6% y en segundo lugar la salud, 29%. A pesar de no tener significancia estadística es muy importante que la salud no estuviera en primer término, repitiendo que al momento de la investigación el 53.2% presentaba problemas gastrointestinales, dolor de cabeza, dolor muscular, dolor de los hombros, dolor en los pies, con una significancia de ($p < 0.05$) y que el 32.2%, casi nunca y nunca se realizaban detecciones a pesar de los antecedentes familiares de

enfermedad comentados; hipertensión, diabetes, obesidad, problemas gástricos y cáncer.

Cerca de la mitad del grupo de docentes estudiados, consideraban atinadamente al autocuidado como: las medidas para promover, mantener o restaurar la salud. Relacionado con el casi 50% de ellos que al momento de la investigación no tenían problema de salud. Siendo de gran relevancia el 53.2% de ellos que sí presentaban algún tipo de problema de salud, por tratarse de docentes universitarios, los cuales se consideran individuos con una preparación académica y personal suficiente para el mantenimiento de su salud. Lo que fue observado por Bamonde, (2003) al investigar hábitos para la salud en un grupo de enfermeras, encontró que menos del 50% realizaban acciones de autocuidado.

Para Orem la agencia de autocuidado se activa como una respuesta práctica a una demanda experimentada de ocuparse de uno mismo. Las demandas pueden originarse en el individuo al experimentar una falta de energía, intensas reacciones emocionales o por el conocimiento de que una medida de cuidado debería de realizarse porque promueve la salud. Las demandas pueden ser satisfechas o ignoradas. Cuando se ignoran, la demanda de autocuidado (necesidades), rebasan la agencia de autocuidado (acciones de/para la salud). Por lo que al presentar más de la mitad de los docentes problemas de salud manifiestan déficit de autocuidado.

No se encontró significancia entre el conocimiento acerca de la esperanza de vida actual para hombres y mujeres, así como el concepto de envejecimiento con algún tipo de problema de salud, ($p > 0.05$). Cabe resaltar que numéricamente el 58.1% coincidió con el concepto de envejecimiento de la O.M.S. y el 48.4% con el concepto de autocuidado, cuando el resultado esperado debería ser del 100%, por tratarse de docentes del área de la salud.

El proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido, es individual, cada individuo tiene su propia forma de envejecer. Leitón, (2003, 2005) menciona

que es la propia persona la gran responsable de construir un envejecimiento saludable. También la ausencia de una prevención para llegar en mejores condiciones a la vejez se traduce en un alto índice de pacientes crónicos mayores de 60 años.

Por lo tanto se coincide con Marías, (2004) que con muchos y profundos conocimientos se mantiene conductas de altísimo riesgo para la salud, tanto en ciertas ocasiones puntuales como en formas de pautas habituales de conducta. Debido a esto se considera que los sujetos investigados en sus prácticas cotidianas se comportaban en materia de salud y acciones de autocuidado como la población en general.

V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La salud no se encontraba en primer término dentro de su sistema de valores. Presentaban déficit de autocuidado: Los docentes universitarios de Ciencias de la Salud, se comportaban en materia de salud y acciones de autocuidado como la población en general.

Existía una tendencia de los docentes universitarios por ignorar síntomas que son considerados como riesgos para la salud. Son capaces de discernir sobre los factores de riesgo, decidir qué es lo que deberían de hacer, pero finalmente no realizaban las actividades suficientes para cubrir sus requerimientos de autocuidado. Desatienden el currículo oculto al desatender su salud y no prepararse para tener una vejez sana.

Presentaban problemas de salud: cefalea, dolores musculares y dolor de pies, síntomas relacionados con cansancio, fatiga y estrés. La mayoría se automedicaba y contaban con antecedentes familiares con factor de riesgo para enfermedades crónico degenerativas. No realizaban actividad física y deporte regular y sistemáticamente. No cubrían sus propias demandas de cuidado terapéutico, debido a que no se realizaban detecciones.

Los docentes estaban en riesgo de no tener una vejez saludable. Por lo cual se acepta la hipótesis alterna: Los docentes universitarios no realizan actividades para lograr una vejez sana.

Se considera necesario que el docente universitario reorganice su sistema de valores y tome la autodeterminación de darle importancia a su salud adoptando un estilo de vida favorable a la salud: autocuidado para lograr un envejecimiento saludable.

En todas las áreas disciplinares se educa con el ejemplo, al respecto Magni, (2007) menciona que con el testimonio de vida diario, es decir, con lo que se hace. Lo que implica un compromiso integral del docente con sus alumnos. Se considera importante la renovación del saber ante los cambios del contexto. Leiton (2005), por lo que se sugiere actualización en envejecimiento saludable, promoción de la salud y gerontología de los Docentes Universitarios de Ciencias de la Salud.

Utilizar la teoría de la Dra. Orem en la formación de recursos humanos ya que facilita el ejercicio de la Enfermería en la atención primaria a la salud, porque capacita para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico.

La creación de una coordinación o departamento de Salud Escolar cuya área de responsabilidad sea coadyuvar en el mantenimiento de la salud de los universitarios, específicamente de los docentes.

Que se implemente en cada Facultad de ciencias de la Salud un Centro de Atención en Salud de enfermería para promover y dar seguimiento a las actividades de autocuidado.

Que se implemente por medio del sindicato un bono para exámenes obligatorios periódicamente de cada docente.

Cada Facultad debe de contar con un área específica para realizar acondicionamiento físico. Además con un programa de nutrición y actividad física que sea obligatorio para los Docentes.

Difundir los resultados del presente trabajo de investigación para buscar motivar a los docentes. Por último, que el presente estudio de investigación sirva de base para realizar posteriormente un seguimiento de la salud de los Docentes Universitarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Ángeles, S. E. d. C., A. Valero R. 2006. Autocuidado y niveles de estrés de los maestros del Instituto Tecnológico de Roque. *Encuentro Universitario de Ergonomía*. México. D.F. Disponible en: www.semec.org.mx/congreso/Encuentro6-2pdf accesado el 16 de Enero 2008.
- Aniorte H. N. 2008. *El proceso de envejecimiento. Papel de la enfermera ante las necesidades del anciano. Enfermería ante la ancianidad*. Disponible en: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nc/trabaj_enfermer_ancianid.htm accesado el 15 de marzo 2010.
- Arteaga, S.C.C., Escalante Z.M., Rodríguez M.R. 2004. *Módulo Atención integral al adulto III. Licenciatura de Medicina. División de Ciencias Biológicas y de la salud*. Disponible en: <http://cbs.xoc.uam.mx/3rafase/pdf/envejecimiento.pdf> accesado el 5 de Marzo 2010.
- Bamonde, G. G., H. Morales V., G. López. S. A. 2003. Nivel de aplicación de las acciones de auto cuidado de la salud por personal de una unidad médica. *Revista de Enfermería del IMSS*. vol.11 núm.2. pág.77, 81.
- Barría, G.Y., M. Agüero C. 2002. *Percepción del estrés laboral en profesores de 1er año de enseñanza básica en escuelas municipales urbanas de Punta Arena*. Prensa Austral. Disponible en: prensa@austral.cl/ipa/noticia.asp?id=2029 . accesado el 24 de Mayo del 2004.
- Blanco, G., Feidman L. 2000. Responsabilidades en el hogar y la salud de la mujer trabajadora. *Salud Pública de México*. Vol.42. núm.3. pág. 217,225.
- Castro, D.F. Garza, E.M.E., Flores, O.M.E. Salinas, M.A.M., N, R.G. 2007. *Aplicación de medidas preventivas en adultos mayores de acuerdo al programa integrado de salud (PREVENIMSS)*. *Revista de Enfermería del IMSS*. vol.15 núm. 1. pág.4.
- Caro, L. E. 2003. *Nuevas políticas para adultos mayores: el caso del Distrito Federal de la asistencia a la participación social*. Disponible en: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/rap/cont/109/art/art5.pdf> accesado el 5 de Marzo 2010.
- Cisneros, B. R. 2009. *El envejecimiento saludable, ayuda a una mejor calidad de vida*. Boletín 095-2009. Secretaria de Salud, Instituto de Salud del

Estado de México. Disponible en:
<http://salud.edomex.gob.mx/html/bol09509.htm> accesado el 9 de Marzo 2010.

CIE. Enfermería y desarrollo. 2000. pág.1 Disponible en:
www.icn.ch/paper1sp.pdf accesado el 16 de mayo 2009.

CIE y el envejecimiento saludable: Desafío para la salud pública y la enfermería. 2007. Disponible en: www.icn.ch/matters_agingsp.htm accesado el 22 de Noviembre 2006.

CIE. Envejecimiento saludable.2010.Hoja informativa no.8. Disponible en
<http://www.patienttalk.info/PT8HealthyAgeingSp.pdf> accesado el 10 de marzo 2010.

Frenk, M. J. J. 2002. Acuerdo No.30. Acuerdo por el que la secretaria de Salud da a conocer las reglas de Operación e indicadores de Gestión y evaluación del programa de comunidades saludables. Diario Oficial de la Federación. 11 de Marzo 2002.

Gamble, S.-G. A. 2000. Manual de prevención y autocuidado para las personas adultas mayores. Gobierno del Distrito Federal. 1a. edición, pág. 27.

Giglioli, M. S. 2008. Visión Educativa del Lenguaje Ergonómico. Científica Vol.IXNo.1, Enero-Junio 2008. Pag.20-21. Disponible en:
<http://servicio.cid.uc.edu.ve/odontología/revista/v9n1/art2.pdf> accesado 22 Nov.2009.

Guerrero, G. N. S. 2000. Aplicación de la Teoría del déficit del autocuidado de Orem en la atención al recién nacido. Investigación y educación en Enfermería .Vol. XVII. Universidad de Antioquia. pág. 71-85.

Hernández, S. R., Fernández .C.C., Baptista L. P. 2006. Metodología de la Investigación, Mc Graw-Hill, 4ta. Edición. México. pág. 205-210.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.2005. Disponible en:
<http://adultosenriegodecalle.blogspot.com/2007/09/baja-california-poblacin-adulta-mayor.html> accesado el 5 de Mayo 2005.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Octubre 2009. Disponible en:
www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/.../estadisticas/...edad2.doc accesado el 6 de marzo 2010.

- Leitón, E. Z., Y. Ordoñez R. 2003. *Autocuidado de la salud para el adulto mayor. Manual de información para profesionales.* OPS/OMS. Lima Perú. pág. 21-22.
- Leitón, E. Z. 2005. *Cómo se prepara al personal de salud no médico que forma parte del equipo de atención para ofrecer una atención en salud adaptada a las personas adultas mayores en el 2010 Pre-grado y Postgrado. I Foro nacional sobre enseñanza de geriatría y gerontología en el Perú. 31 de agosto 2005.*
- Lettieri, A.I.2008.*Un docente sano como agente transmisor del concepto salud. El Tercer tiempo. Revista digital para la educación. Disponible en: <http://www.eltercetiempo.com.ar/articulos/articulos-018.htm>. accesado el 10de Julio 2010*
- Magallanes, M. M. A., A. Ugarte E. 2006. *Currículum de Licenciatura en Enfermería basado en competencias profesionales. Presentado en el 6to Congreso Internacional: Retos y Expectativas de la Universidad. Benemérita Universidad de Puebla. 1,2 y 3 de Junio 2006.*
- Magni, S.R. 2007. *Rol Docente en el Tercer Milenio. Disponible en: <http://www.educar.org/articulos/roldocente.asp> accesado el 5 de Marzo 2010.*
- Marías, I., M. Cruz M. 2004. *Salud y estilos de vida. Disponible en: <http://www.xtec.es/2!marias/estilos.htm>. accesado el 18 de Mayo 2004.*
- OMS. 1998. *Programa sobre envejecimiento saludable Ginebra. Disponible en: www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms_envejecimiento-02pdf. accesado el 16 de Diciembre 2007.*
- OMS. 2001. *Clasificación internacional de la discapacidad y la salud. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icf/en/> accesado el: 22 de Noviembre 2008.*
- OMS. 2002. *Envejecimiento saludable. El envejecimiento y la actividad física en la vida diaria. Programa sobre envejecimiento saludable y salud 1998 traducción de Guimar Manzo de Zúñiga Spottorno, octubre 2002. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-02.pdf> accesado el 10 de Marzo del 2010.*
- OMS. 2002. *Envejecimiento activo: un marco político. Traducción Dr. Pedro J. Regalado Doña. Rev. Esp. Geriat. Gerontol.; 37(S2):78-79.*

- O.M.S. 2006. *pregunta al experto: ¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública?* Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html> accesado el 23 de marzo 2009.
- O.M.S. 2008. *Informe sobre salud en el mundo.* Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/es/index.html> accesado el 16 de diciembre 2009.
- O.M.S. / O.P.S. 2009. *Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable .CD49/8.61ª sesión del comité regional. 10 de Julio 2009. pag.1.* Disponible en: <http://new.paho.org>.CD49/8 y www.who.int/es accesado el 21 de mayo 2010.
- ONU. 2007. *Programa de envejecimiento. Plan de acción internacional sobre envejecimiento, Párr.25 i.* Disponible en: http://www.un.org/esa/socdev/ageing/iycop_lifesp.html accesado el 8 de Marzo 2010.
- Orem, D. E. 1993. *Modelo de Orem, Conceptos de Enfermería en la Práctica. Traducción de la cuarta edición inglesa de 1991, por María Teresa Luis Rodrigo. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Masson, 1993. Pág. 19, 68-71, 133, 134, 139, 154, 186, 189, 278, 266 y 218.*
- Ortiz, S. A.2009. *Prácticas educativas para el autocuidado de la salud en comunidades rurales. La Jornada Morelos. Lunes 12 de octubre 2009* Disponible en: jornada_morelos@hotmail.com accesado el 14 de Marzo 2010.
- Paloma, V.C.B.2008. *Situación demográfica nacional.* Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2008/01.pdf> accesado el 20 de Mayo 2010.
- Pérez, M. J. L.2002. *Aplicación de las teorías de Oren y Peplau en el proceso de atención de enfermería.* Disponible en: <http://www.uninet.edu/neuroc2002/papers/TL-OREMYPEPLAU.htm> accesado el 22 de enero 2009.
- Real Academia Española. 2010. *Diccionario vigésimo segundo.* Disponible en www.rae accesado el 14 de Julio 2010
- Restrepo, A.N. C., G., A. Colorado-Vargas, G. Cabrera A. 2005. *Desgaste Emocional en Docentes Oficiales de Medellín Colombia. 2005 .Rev. Salud Pública (online). Marzo vol.8.No.001 p63-67.* Disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/422/42280106.pdf> accesado el 2 de Abril 2010.

Reyes, T.M. 2006 *análisis demográfico y socioeconómico de la población de adultos mayores de México, 2006-2050*. Cámara de Diputados. Centro de Documentación, Información y Análisis. Servicios de investigación y análisis de Subdirección de Economía. pág. 11. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/cedia/sia/se/SE-ISS-09-06.pdf> accesado el 20 de Mayo 2009.

Rodríguez G.R. 2005. *Entrevista vía telefónica realizada por Rocío Méndez, transmitida en el noticiario "monitor de la mañana", de "grupo monitor" conducido por Enrique Muñoz*. México D.F., 26 de Septiembre del 2005. Disponible en www.issste.gob.mx/.../entrevistas.../sept26_05.html accesado el 4 de Marzo 2010.

S.S.A. 1998. *Ley General de Salud*, México, 15ª, Porrúa. Pág. 448.

Secretaría de Salud. 2001. *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México D.F. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/docprog/Pns-2001-2006/PNS-completo.pdf> accesado el 11 de Julio 2008.

Secretaría de Salud. 2007. *Programa Nacional de salud 2007-2012*. México D.F. Disponible en: http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf *Bibliografía del PNS 2007-2012* accesado el 5 de marzo 2010.

Silva M. W. 2008. *Protección de las personas adultas mayores*. Asociación SER-Oficial Regional Ayacucho. Disponible en: <http://alainet.org/active/27400&lang=es> accesado el 05 de Marzo 2010.

Uriarte, D.S. 2008. *La importancia del ejercicio físico*. Disponible en: <http://www.educacion-fisica.org/2008/06/08/la-importancia-del-ejercicio-fisico/> accesado el 22 de Mayo 2010.

Apéndice I
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Soy estudiante de la maestría en ciencias de enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro en convenio con la Universidad Autónoma de Baja California mi nombre es Irene Neri González, estoy trabajando en un estudio que servirá para sustentar mi examen profesional y que tiene como objetivo: Establecer la relación que existe entre las actividades para la salud que realizan los docentes universitarios y el mantenimiento de su salud,

La presente es para solicitar su ayuda para dar contestación a unas preguntas que no llevarán mucho tiempo.

Sus respuestas serán confidenciales y anónimas. Su selección fue al azar, sus opiniones serán sumadas e incluidas en el informe final de la investigación, pero nunca se comunicaran datos individuales.

Por lo tanto si acepta participar, se le pide atentamente que conteste el presente cuestionario con la mayor sinceridad posible, Lea las instrucciones, ya que existen preguntas que solo tiene una opción de respuesta y otras que son abiertas.

Ante cualquier inquietud por favor pregunte estoy para ayudarle a resolver sus dudas referentes al cuestionario.

Por su atención y colaboración

MUCHAS GRACIAS

Lic. Enf. Irene Neri González.

Apéndice II
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

1.- DATOS GENERALES

1.1.- Facultad o escuela en la que labora_____ 1.2.- Antigüedad_____

1.3.-Edad_____

1.6.- Sexo

- Masculino 1
- Femenino 2

1.7.- Estado civil

- Casado 1
- Unión libre 2
- Viudo 3
- Soltero 4

1.8.-

- Categoría
- Investigación 1
- Administrativa 2
- Docente 3
- Otros 4

11.- ACTIVIDADES FÍSICAS

- 2.1.-Realiza algún tipo de actividad física
- SI 1
 - NO 2 (pase a pregunta 3).

2.2. Qué tipo de actividad física realiza

actividad física	1. siempre	2.casi siempre	3.casi nunca	4.nunca
2.2.1.Caminar				
2.2.2.Correr				
2.2.3 Nadar				
2.2.4.andar en bicicleta				
2.2.5.Va a un gimnasio				
2.2.6. Cultiva un jardín?				
1.2.7.Otros:				
1.2.8. especifique				

- 2.3.- Practica algún deporte
- SI 1
- NO 2 (pase a pregunta 2.5)

2.4.- ¿Qué tipo de deporte practica y con qué frecuencia?

Deporte	1.siempre	2.casi siempre	3.casi nunca	4.nunca
2.4.1Fútbol				
2.4.2 Básquetbol				
2.4.3 Golf				
2.4.4 Frontón				
2.4.5 Tenis				
2.4.6 Béisbol				
2.4.7 Atletismo				
2.4.8 Otros:				
2.4.9. especifique				

2.5.- Horas al día que realiza actividad física

- Tres horas 1
- Más de dos horas pero menos de tres 2
- Dos horas 3
- Más de una hora, pero menos de dos 4

111.- DETECCIONES

3.1.- se realiza detecciones preventivas para conservar la salud

- Siempre 1
- Casi siempre 2
- Casi nunca 3
- Nunca 4

3.2 Cuando se realiza detecciones lo hace

- Cada año 1
- Cada seis meses 2
- Cada dos años 3
- Otros 4

3.3 Acude a consulta médica sin estar enfermo

- Siempre 1
- Casi siempre 2
- Casi nunca 3
- Nunca 4

3.4.- Usted acude a consulta:

- Por prevención 1
- Está en control 2
- Está enfermo 3
- Otros 4

3.5.- Cuenta con alguna Cartilla de salud

- SI 1
- NO

3.6.- Acude con su dentista

- Una vez al año 1
- Cada seis meses 2
- Cada dos años 3
- Otros 4

3.7.- Usted acude a consulta:

- Por prevención 1
- Está en control 2
- Está enfermo 3
- Otros 4

1V.- ACTIVIDADES RECREATIVAS

4.1.- En su tiempo libre le gusta leer

- Siempre 1
- Casi siempre 2
- Casi nunca 3
- Nunca 4

4.2.- En su tiempo libre usted pinta

- Siempre 1
- Casi siempre 2
- Casi nunca 3
- Nunca 4

4.3.- En su tiempo libre va al cine

- Siempre 1
- Casi siempre 2
- Casi nunca 3
- Nunca 4

4.4.- Escucha música como distracción

- Siempre 1
- Casi siempre 2
- Casi nunca 3
- Nunca 4

4.5.- ve televisión

- Siempre 1
- Casi siempre 2
- Casi nunca 3
- Nunca 4

4.6.- Cual es su actividad recreativa favorita?

- Ver televisión 1
- Ir al cine 2
- Escucha música 3
- Otros 4

V.- HIGIENE MENTAL

5.1.- ¿Que actividad realiza para liberar el estrés?

- Respiración 1
- Técnicas de relajación 2
- Dialogo 3
- Otros 4

5.2.- ¿En vacaciones sale fuera de la ciudad?

- Siempre 1
- Casi siempre 2
- Casi nunca 3
- Nunca 4

5.3.- Se siente triste cuando esta a solas

- Siempre 1
- Casi siempre 2
- Casi nunca 3
- Nunca 4

5.4.- En los últimos seis meses, ha tenido cambios en su estado de animo

- Siempre 1
- Casi siempre 2
- Casi nunca 3
- Nunca 4

5.5.- Pertenece a alguna agrupación relacionada con su profesión

- Colegio 1
- Asociación 2
- Club 3
- Otros 4

5.6.- Participa en actividades comunitarias de servicio social

SI 1

NO 2

5.7.- Mencione cual _____

VI.- ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

6.1.-En su familia existen Antecedentes de:	1. SI	2. NO
6.1.1 Diabetes		
6.1.2 Hipertensión		
6.1.3 tuberculosis		
6.1.4 cáncer		
6.1.5 Insuficiencia renal		
6.1.6 ansiedad		
6.1.7 obesidad		
6.1.8 Problemas cardio respiratorios		
6.1.9 Problemas gástricos		
6.1.10 Otros		

VII.- ANTECEDENTES PERSONALES

7.1.- Usted se enferma

- Nunca 1
 Casi nunca 2
 Casi siempre 3
 Siempre 4

7.2.- ¿Tiene algún tipo de problema de salud?

- SI 1
 NO 2 (pase a la pregunta 7.6)

7.3.- problemas de salud que padece

Problemas de salud	1 nunca.	2.casi nunca	3. casi siempre	4.siempre
7.3.1				
Gastrointestinales				
7.3.1.1 Acidez				
7.3. 1.2 Gastritis				
7.3.1. 3 Agruras				
7.3.1.4 Estreñimiento				
7.4 Dolor de cabeza				
7.5 Dolor muscular				
7.6				
Dolor en los hombros				
7.7 Dolor en los pies				
7.8 Otros				

7. 4.- adicciones

consume	1 SI	2 No (pase a pregunta 39)
7.4.1. Café		
7.4.2. Cigarros		
7.4.3. Alcohol		
7.4.4. Otros		

7.5.-periodicidad en el consumo

Estimulante	1 nunca	2 casi nunca	3 casi siempre	4 siempre
7.5.1 Café				
7.5.2Cigarros				
7.5.3 Alcohol				
7.5 .4 Otros				

7.6.- ¿Consumes medicamento sin prescripción médica?

- Siempre 1
- Casi siempre 2
- Casi nunca 3
- Nunca 4

7.7.- ¿Ha consumido alguno de los siguientes medicamentos sin autorización médica?

- Aspirina 1
- Acetoaminofen 2
- Naproxeno 3
- Ranitidina 4
- Otros 5

8.- según el orden de importancia que usted considere, de valor del uno al cuatro, a las siguientes palabras.

Religión_____

Familia_____

Salud_____

Trabajo_____

9.- La esperanza de vida actual para el hombre es de

- 66 años
- 73 años
- 75 años
- 85 años

10.- La esperanza de vida actual para la mujer es de

- 66 años
- 73 años
- 75 años
- 77 años

11.- envejecimiento es

- Modificaciones físicas, psicológicas y sociales 1
- Acción y efecto de envejecer 2
- Contar con experiencia, sabiduría 3
- Pérdida de la capacidad funcional 4

12.- Qué es el auto cuidado

- Medidas para promover
mantener o restaurar la salud 1
- Es una cultura 2
- Una actitud de vida 3
- Una política de salud 4

GRACIAS

Lic. Irene Neri González