

**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRIGUEZ DE
MENDOZA DE AMAZONAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“NIVEL DE AUTOCUIDADO EN LOS ESTUDIANTES DE LA
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGIA MÉDICA DE
LA UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRIGUEZ DE
MENDOZA, CHACHAPOYAS 2015”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE: LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Autora : Br. NATHALY AURORA BRAVO REQUEJO

Asesora : Lic. Enf. MARÍA ESTHER SAAVEDRA CHINCHAYÁN

CHACHAPOYAS – AMAZONAS - PERÚ

2016

DEDICATORIA

A Dios, por regalarme la vida, porque es el ser que siempre está a mi lado para guiarme por el buen camino.

A mis queridos padres y familiares quienes desinteresadamente me brindaron su apoyo incondicional, para así lograr mi meta; ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera profesional. Este trabajo va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí una excelente persona.

AGRADECIMIENTO

En el desarrollo de esta investigación han colaborado muchas personas, a quienes deseo expresar mi gratitud; en primer lugar a los estudiantes de la Escuela Profesional de Tecnología Médica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas por contestar sinceramente y desarrollar las preguntas del instrumento durante la etapa de recolección de datos que ayudaron para la presente investigación.

A todos mis maestros, agradecerles por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que nos transmitieron en el desarrollo de nuestra formación profesional; en especial a la Lic. Enf. María Esther Saavedra Chinchayán por su apoyo incondicional, su asesoramiento y sugerencias brindadas durante la elaboración y ejecución del proyecto de investigación; de igual manera a los profesionales de la salud quienes participaron en la validación del instrumento, a todas aquellas personas que ayudaron y colaboraron de diferentes formas para mejorar el contenido y enriquecer la investigación.

Finalmente agradecer a la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza en especial a Escuela Profesional de Enfermería que me dio la oportunidad de formar parte de esta casa de estudios y también a los amigos que he llegado a formar hasta el momento.

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL “TORIBIO
RODRIGUEZ DE MENDOZA” DE AMAZONAS**

Ph. D. Dr. JORGE LUIS MAICELO QUINTANA

Rector

Dr. OSCAR ANDRÉS GAMARRA TORRES

Vicerrector Académico

Dra. MARÍA NELLY LUJAN ESPINOZA

Vicerrectora de Investigación

Dr. POLICARPIO CHAUCA VALQUI

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

M.Cs. WILFREDO AMARO CÁCERES

Director de la Escuela Profesional de Enfermería

VISTO BUENO DE LA ASESORA

Yo, María Esther Saavedra Chinchayán, identificada con DNI. N° 17842662, con domicilio legal en Jirón Puno N° 472, Licenciada en Enfermería, Colegio de Enfermeros del Perú N° 22178 actual docente asociado de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional “Toribio Rodríguez de Mendoza” de Amazonas.

DOY VISTO BUENO, a la tesis titulada “**NIVEL DE AUTOCUIDADO EN LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA, CHACHAPOYAS 2015**” que estuvo conducido por la bachiller en Enfermería Nathaly Aurora Bravo Requejo, para optar el título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Nacional “Toribio Rodríguez de Mendoza” de Amazonas.

Por lo tanto

Firmo la presente para mayor constancia

Chachapoyas, 04 de Marzo del 2016



Lic. Enf. María Esther Saavedra Chinchayán

DNI N° 17842662

JURADO EVALUADOR
(Resolución N°011-2016-UNTRM-VRAC/F.C.S)



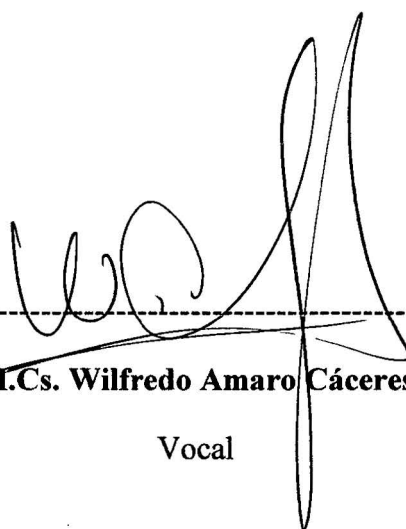
Dra. Sonia Tejada Muñoz

Presidenta



Mg. Oscar Pizarro Salazar

Secretario



M.Cs. Wilfredo Amaro Cáceres

Vocal

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Autoridades universitarias	iv
Visto bueno de la asesora	v
Jurado evaluador	vi
Índice	vii
Índice de tablas	viii
Índice de Gráficos	ix
Índice de anexos	x
Resumen	xi
Abstract	xii
I. INTRODUCCIÓN	01
II. OBJETIVOS	04
III. MARCO TEÓRICO	05
3.1. Antecedentes del problema	05
3.2. Base teórica	08
IV. MATERIAL Y MÉTODO	15
4.1. Tipo y diseño de estudio	15
4.2. Universo muestral	15
4.3. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	16
4.4. Análisis de datos	19
V. RESULTADOS	20
VI. DISCUSIÓN	26
VII. CONCLUSIONES	30
VIII. RECOMENDACIONES	31
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
X. ANEXOS	35

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Nivel de Autocuidado en los estudiantes de la Escuela Profesional de Tecnología Médica de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas 2015.	20
Tabla 2: Nivel de Autocuidado según el ciclo que cursan los Estudiantes de la Escuela Profesional de Tecnología Médica de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas 2015.	22
Tabla 3: Nivel de Autocuidado según dimensiones en los Estudiantes de la Escuela Profesional de Tecnología Médica de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas 2015.	24

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: Nivel de Autocuidado en los estudiantes de la Escuela Profesional de Tecnología Médica de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas 2015.	21
Gráfico 2: Nivel de Autocuidado según el ciclo que cursan los Estudiantes de la Escuela Profesional de Tecnología Médica de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas 2015	23
Gráfico 3: Nivel de Autocuidado según dimensiones en los Estudiantes de la Escuela Profesional de Tecnología Médica de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas 2015.	25

ÍNDICE DE ANEXOS

		Pág.
Anexo 01	Validez del instrumento de medición	36
Anexo 02	Confiabilidad del instrumento de medición	40
Anexo 03	Escala dicotómica para evaluar instrumento de medición	42
Anexo 04	Instrumento de recolección de datos	43
Anexo 05	Matriz de consistencia	46

RESUMEN

La presente investigación de tipo cuantitativo, no experimental, prospectivo, transversal y descriptivo, tuvo como objetivo general: determinar el nivel de autocuidado de los estudiantes de la Escuela Profesional de Tecnología Médica de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza. La muestra estuvo conformada por 35 estudiantes; la recolección de datos se realizó a través del método de la encuesta y como instrumento se utilizó la escala de valoración de la capacidad de agencia de autocuidado de Gallego, 2004; modificada por la autora, cuya validez se determinó mediante juicio de expertos (7) y se obtuvo un $VC=2.1 > VT=1.64$ lo que significa que es adecuado y la confiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach: 0.88 y la confiabilidad de consistencia interna mediante la fórmula de Spearman Brown: 0.79, considerándole fuertemente confiable. Los resultados fueron: que en los estudiantes de la Escuela Profesional de Tecnología Médica, prevalece el nivel medio de autocuidado con un 60 %, seguido del nivel alto con un 40 %; en el nivel de autocuidado según las dimensiones de actividad física, promoción de la salud, bienestar personal, interacción social y alimentación y nutrición con 72.2%, 62.9%, 54.3%, 51.4%, 48.6%; respectivamente concluyendo así que existe un nivel medio de autocuidado en los estudiantes.

Palabras claves: nivel de autocuidado, estudiantes, tecnología médica.

ABSTRACT

This investigation quantitative, non-experimental, prospective, transverse and descriptive, had the overall objective: to determine the level of self-care students at the Professional School of Medical Technology National University Toribio Rodríguez de Mendoza. The sample consisted of 35 students; data collection was conducted through survey method and an instrument rating scale of self-care agency capacity of Gallego, 2004 was used; modified by the author, whose validity was determined by expert judgment (7) and $VC = 2.1 > VT = 1.64$ was obtained which means that it is suitable and reliability using Cronbach's alpha coefficient: 0.88 and internal consistency reliability by Spearman Brown formula: 0.79, considering strongly reliable. The results were that students of the Professional School of Medical Technology, prevails the average level of self with 60 %, followed by high level with 40 %; at the level of self-care according to the dimensions of physical activity, health promotion, personal, social interaction and food and nutrition with 72.2 %, 62.9 %, 54.3 %, 51.4 %, 48.6 %; respectively concluded so there is an average level of self-care students

Keywords : self-care level , students, medical technology.

I. INTRODUCCIÓN

El inicio de la vida universitaria marca un hito importante en la historia de desarrollo de un individuo y que al finalizar esta etapa la persona haya logrado no sólo un completo desarrollo físico y cognitivo, sino que esté próximo de lograr su autonomía o madurez en sentido emocional, social y económico (Lalonde, 1974, p.73).

Según el Instituto de Estadística de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en el 2007 se estimó que Cuba es el país del mundo con mayor tasa bruta de matrícula universitaria con el 109%, Argentina con el 67%, Uruguay con 64% y Chile con el 52%. Luego están, Panamá 45%, Perú 35%, Colombia 32%, Brasil 30%, México 27%, El Salvador 22% y Guatemala 18%; todos estos ingresos universitarios en los programas de formación en la profesiones de ingeniería civil, ingeniería agroindustrial, administración de empresas, contabilidad, economía, medicina, enfermería y tecnología médica (Escobar, 2010, p08).

Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado un déficit de 2,4 millones de profesionales en ciencias de la salud (médicos, enfermeras, obstetras y tecnólogos médicos; en este contexto se requiere que los futuros egresados cumplan con un perfil de competencias para cubrir las necesidades de atención sanitaria de la población y fortalecer los sistemas de salud en el primer nivel de atención; es por ello que la Organización Mundial de la Salud recomienda realizar actividades de fortalecimiento para la educación en el autocuidado; con la finalidad de prevenir las enfermedades y promocionar la salud (Jiménez, 2015, p.12).

El autocuidado de la salud es una práctica avalada por la Organización Mundial de la Salud, que en la Declaración de Alma-Ata de 1978 ya defendió el derecho y el deber de los ciudadanos a participar individual y colectivamente en el cuidado de su salud; a través de esta iniciativa se concientiza a la sociedad sobre la importancia que tiene el autocuidado de la salud para mejorar la calidad de vida de las personas (Uribe, 1999, p.45).

En Venezuela, un estudio de investigación de la Universidad Occidental Lisandro Alvarado, revela que en los últimos años los países de América Latina han sido testigos del aumento considerable de enfermedades que acarrearán la mayoría de estudiantes universitarios; en especial aquellos que optan por estudiar carreras profesionales relacionadas con la salud; dicho estudio reveló que los estudiantes de las carreras profesionales de medicina, enfermería y tecnología médica sufren de problemas gastrointestinales; una de las razones fue por que los jóvenes universitarios priorizan la parte académica y estudiantil, dejando de lado la práctica de actividades de autocuidado (Santrock, 2006, p.23).

En México, se pudo identificar el estado de salud y las capacidades de autocuidado de los futuros profesionales en salud; no obstante se detectó 48% de sobrepeso y 9% de obesidad. El 52% de la muestra presenta riesgos en su vida sexual y el 51% contestó haber consumido alcohol en exceso o sustancias psicoactivas. Las capacidades de autocuidado fueron calificadas en 63% buenas, 29% regular y 8% malas; por lo que sugirió implementar intervenciones educativas para desarrollar capacidades de autocuidado que les permita una calidad de vida óptima (Martínez, 2007, p.09).

En Chile, las carreras profesionales en salud marcan grandes proyecciones de perfeccionamiento y campo laboral; sin embargo estudios determinan que los estudiantes universitarios no practican buenos hábitos de vida por lo que esta conducta se ve influenciada muchas veces por el ingreso a la vida universitaria, es preocupante que las prácticas y hábitos de los profesionales de salud son un determinante para la eficacia de sus intervenciones, por lo tanto los estudiantes se ven más inclinados a adoptar conductas y estilos de vida no apropiados en su vida de estudiante universitario (Rebolledo, 2010, p.11).

Los estudiantes universitarios de las carreras profesionales en salud (medicina, enfermería y tecnología médica) en su gran mayoría son jóvenes; siendo así uno de los grupos poblacionales con mayores problemas de salud y que generalmente se asocian a comportamientos relacionados con el estilo de vida, lo cual es evidencia en el déficit del autocuidado (Martínez, 2007, p.10).

Según el Instituto nacional de estadística e informática (INEI) en el 2014 revela que la carrera universitaria con mayor ingreso y empleabilidad en el país es la Tecnología Médica; siendo una profesión de las ciencias de la salud y que actualmente se encuentra con más de 40 años instaurada en el Perú, que orienta y contribuye a resolver problemas de naturaleza biopsicosocial, desde el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las afecciones, deficiencias y discapacidades del ser humano, utilizando para ello conocimientos científicos, procedimientos manuales y equipos mecánicos, electrónicos, digitales entre otros; contribuyendo al autocuidado de la persona (Ferrer, 2013, p.98).

En el Perú ya existen estudios de investigación que se realizan para fomentar el autocuidado y la práctica de los estilos de vida saludable en la Universidad Nacional de Trujillo indicando que los niveles de autocuidado fluctúan entre el nivel medio y bajo; esto se debe a que los cambios en sus hábitos de actividad física, descanso, alimentación y en las relaciones interpersonales, están siendo influenciadas por algún grado de ansiedad, dificultando sus habilidades sociales y creando dificultades académicas (Rueda, 2013, p.84).

En la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, muchos jóvenes llegan en busca de un futuro mejor dejando a su familia y enfrentándose a un proceso de adaptación de nuevas normas y hábitos de vida que van de la mano con el autocuidado; considerando así que los estudiantes son un grupo vulnerable en la etapa universitaria, y que se ven influenciados por cambios biopsicosociales; es importante que el joven universitario sea responsable en velar por el cuidado de su salud.

Por lo tanto; la presente investigación se realizó para determinar ¿Cuál es el nivel de autocuidado de los estudiantes de la escuela profesional de tecnología médica de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza?, porque es importante conocer el autocuidado y sus dimensiones en el contexto de la vida universitaria; para fortalecer las capacidades del autocuidado en la población estudiantil ya sea de manera preventiva o promocional y que a futuro se vea reflejada en el cuidado de los futuros profesionales hacia la persona, familia, comunidad y pares.

II. OBJETIVOS

➤ Objetivo General

- Determinar el nivel de autocuidado de los estudiantes de la Escuela Profesional de Tecnología Médica de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas 2015.

➤ Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de autocuidado según dimensiones: promoción de la salud, interacción social, bienestar personal, alimentación y actividad física en los estudiantes de la Escuela Profesional de Tecnología Médica de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas 2015.
- Identificar el nivel de autocuidado según el ciclo de estudios que cursan los estudiantes de la Escuela Profesional de Tecnología Médica de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas 2015.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes del Problema

A Nivel Internacional

Rebolledo, 2010. Chile. En su trabajo de investigación titulado “Autocuidado en los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad del Bio Bio: un análisis según el modelo de Autocuidado de Dorothea Orem”. Se tuvo como objetivo general: Establecer el nivel de autocuidado y factores relacionados. Los resultados fueron que el 79 % fuman, el 21 % no fuma, el 12 % consume drogas, el 88 % nunca ha consumido drogas el 41 % realizan actividad física, el 59 % no realiza ningún tipo de actividad física, el 77 % refiere dormir entre 5 y 7 horas, el 10% duerme de 8 o más horas, un 12 % duerme entre 3 y 4 horas y el 1 % duermen menos de 2 horas. Concluyéndose que los alumnos participantes de la investigación poseen déficit de autocuidado en áreas básicas de desarrollo tales como actividad-reposo y alimentación; además de presentar conductas que no favorecen el autocuidado y que entorpecen la labor de entregar ejemplo de promoción y mantención de la salud ante la comunidad.

Martínez & Sáez, 2007. Chile. En su trabajo titulado “Conductas de autocuidado en estudiantes universitarios residentes del complejo de hogares Huachocopihue de la UACH, 2006”. Su objetivo general fue determinar el nivel de autocuidado. Obteniendo como resultado que un 5 % se encuentra en un nivel malo, un 68 % en un nivel regular, el 27 % en un nivel bueno y ningún joven logró ubicarse en el nivel muy bueno de autocuidado. Llegando a la conclusión que el autocuidado en esta población se encuentra en un nivel regular, no existiendo diferencias entre sexos ya que las mayores falencias se encuentran el área de hábitos de vida saludable.

A Nivel Nacional

Rueda & Gálvez, 2013. Chiclayo. En su trabajo titulado “Estilos de autocuidado de estudiantes de enfermería en el contexto universitario: un análisis desde la Teoría de Dorotea Orem, Chiclayo, 2013”. Se tuvo como objetivo general caracterizar, analizar y discutir desde la Teoría de Orem los estilos de autocuidado de estudiantes de Enfermería de la Universidad de San Martín de Porres-Filial Norte, en Chiclayo 2013. Obteniendo como resultado que los estudiantes de Enfermería se caracterizaron por ser en un 50 %, estudiantes que cursaban el VI y VII ciclo y un 34 % cursaban el IV y V ciclo. Las edades de las encuestadas oscilaban entre 21 y 23 años, representando el 67 %; el 100 % de estudiantes de Enfermería habían nacido en la costa; el 92 % tenía a la soltería como su estado civil y el 8 % eran madres de familia solteras.

Un 84 % desempeñaban su rol de estudiante y el 8 % trabajaba y estudiaba a la vez; el 67 % de estudiantes vivían con sus dos padres y el 25 % con un solo miembro de la familia. Del total de encuestadas, el grado de instrucción del padre fue de estudios superiores, cuya profesión fue el 50 % docencia y el 50 % pertenecían a las Fuerzas Policiales; el grado de instrucción de la madre fue de estudios secundarios incompletos, dedicándose al cuidado de los hijos y labores del hogar. Datos significativos que permitieron a las investigadoras analizar los estilos de autocuidado que practican las estudiantes de Enfermería durante su formación. Se obtuvieron cuatro categorías científicas: Estilo orientado por el eco-autocuidado en Enfermería, estilo de autocuidado asociado a lo cultural - idiosincrático - familiar, estilo de autocuidado orientado por la vida académica y entre el estilo organizado y desorganizado de estudiantes.

A nivel Local

Peralta, 2014. Chachapoyas. En su trabajo Titulado “Autocuidado en los estudiantes de la Facultad de Enfermería y Estomatología de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas 2014”. Se tuvo como objetivo general comparar el nivel de autocuidado en los estudiantes de la Facultad de Enfermería y de la Facultad de Estomatología de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas 2014. Obteniendo como resultado que del 100 % de estudiantes de enfermería (104) y estomatología (100) encuestados: presentan autocuidado medio el 77.9 % (81) de estudiantes de enfermería frente a un 76 % (76) de estudiantes de estomatología; de igual forma presenta un autocuidado bajo el 14.4 % (15) de enfermería frente a un 18 % (18) de estomatología; solamente presenta autocuidado alto el 7,7 % (8) de estudiantes de enfermería y el 6 % (6) de estudiantes de estomatología, no presentándose diferencia significativa en el autocuidado de los estudiantes de ambas facultades; llegando a la conclusión que la mayoría de estudiantes de enfermería y estomatología tienen un autocuidado de nivel medio en las dimensiones de alimentación, realización de ejercicio, realización de actividades de esparcimiento, cuidado de la salud, y un autocuidado de nivel alto en la dimensión de desarrollo de hábitos nocivos; finalmente no existe diferencia significativa entre el autocuidado de los estudiantes de enfermería y de estomatología, por lo que se considera que son similares.

3.2.Base Teórica

A. Concepto de cuidado

Jean Watson, define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana (Marriner, 2005, p.154).

B. Concepto de autocuidado

Dorothea Orem dentro de su teoría, señala que el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar (Orem, 1993, p.30).

Requisitos del autocuidado:

1. Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana (Orem, 1993, p.32).

- **Alimentación:** En el contexto del Autocuidado es importante crear hábitos saludables en la alimentación, que permitan un aporte nutritivo balanceado que cubra la demanda para un rendimiento óptimo tanto físico como mental de la persona en su desempeño cotidiano, teniendo en cuenta lo siguientes aspectos:
 - ✓ Realizar habitualmente ejercicio físico, indispensable para regular y modular el metabolismo.
 - ✓ Incluir en la alimentación 5 raciones de frutas y verduras para garantizar una buena salud.
 - ✓ Respetar tus horarios de comida
 - ✓ Moderar el consumo de comidas rápidas (Torres, L. 2007. p11).

- **Actividad y reposo:** La práctica regular y constante de una actividad física de por lo menos 30 minutos diarios mejora la digestión, el sistema óseo, el sistema circulatorio, y con ello el funcionamiento del corazón y los pulmones; todo esto conjuntamente con una alimentación saludable o equilibrada son clave para la conservación y el mantenimiento de la salud desarrollando hábitos de autocuidado y aumento del autoestima (Torres, L. 2007. p15).
- **Interacción social:** es el comportamiento de comunicación global de sujetos relacionados entre sí. Las formas y convenciones de la interacción social están marcadas por la historia y sujetas, por tanto, a un cambio permanente. En la interacción social los individuos se influyen mutuamente y adaptan su comportamiento frente a los demás (Marc, 1992, p,14).

Cada individuo va formando su identidad específica en la interacción con los demás miembros de la sociedad. La interacción puede ser entendida como la acción recíproca entre dos o más personas, lo cual tiene como resultado la modificación de los estados de ánimo y de personalidad de quienes participan en esta interacción. Todo esto se relaciona con la comprensión de la persona como un ser social, un ser que sólo puede desarrollarse como ente de la sociedad a través de la comunicación con sus semejante (Marc, 1992, p.12).

Los procesos interpersonales y sociales implican que las personas se desarrollen de manera holística en su labor profesional para mantener una relación efectiva con la persona, familia y por ende con sí mismo (Orem, 1993, p.34).

- **Bienestar personal:** estado de la persona humana en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica (Fierro, 1999, p.20).

El término hace referencia a un estado de satisfacción personal, o de comodidad que proporciona al individuo satisfacción económica, social, laboral, psicológica, biológica, entre otras. No obstante, el bienestar es un estado subjetivo ya que el ser humano al ser tan diverso y diferente posee distintas formas de percibir cual puede ser una situación de bienestar, lo que quiere decir que lo que para una persona podría ser una situación de bienestar para otra podría no serlo, por lo cual dependerá de cada uno diferenciar si se siente en un estado beneficioso o no (Fierro, 1999, p.28).

El bienestar personal implica identificar las áreas de fortaleza y de necesidad que reflejan las cualidades, talentos y habilidades de cada individuo. Cultivar el autocuidado y bienestar requiere promover ciertas actitudes y prácticas que han demostrado ser de beneficio para la persona; por lo tanto en cuanto a las actitudes es importante promover el autoconocimiento y equilibrio entre las necesidades físicas, emocionales, cognitivas y espirituales (Quintero, 2006, p.52).

- **Promoción de la salud:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “la Promoción de la salud” consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente (Lalonde, 1974, p20).

2. Requisitos de autocuidado del desarrollo: Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez (Orem, 1993, p.32).

3. Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud (Orem, 1993, p.32).

C. Promoción del autocuidado

Para que las personas asuman el autocuidado en su vida, son necesarias para su promoción algunas estrategias:

- a) Generar niveles de fortalecimiento o empoderamiento y desarrollar la autoestima en las personas, como estrategias que favorezcan el sentido de control personal y desarrollen habilidades de movilización para cambiar las condiciones personales y sociales en pro de la salud. Al desarrollar la autoestima se tienen características tales como autoafirmación, valoración personal, reconocimiento y autoexpresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral.
- b) Involucrar el diálogo de saberes, el cual permite identificar, interpretar y comprender la dinámica de la vida de las personas mediante el descubrimiento y entendimiento de su sentido y significado, para poder articularlo con lo científico y generar una visión de la enfermedad y de la salud que se traduzca en comportamientos saludables.
- c) Explorar y comprender las rupturas que existen entre conocimiento, actitudes y prácticas, y configurar propuestas de acción y capacitación que hagan viable la armonía entre cognición y comportamiento.
- d) Los agentes de salud deben asumir el autocuidado como una vivencia personal cotidiana, pues al vivir saludablemente, la promoción del autocuidado sería el compartir sus propias vivencias. En la medida que el personal de salud viva con bienestar se estará en condiciones de promocionar la salud de los demás.

- e) Contextualizar el autocuidado, es decir, de acuerdo con las características de género, etnia y ciclo vital humano, ya que se debe entender que cada persona tiene su historia, creencias, valores, motivaciones y aprendizajes distintos.
- f) La promoción del autocuidado debe incluir participación más activa e informada de las personas en el cuidado de su propia salud, dirigiendo la sensibilización a aumentar el grado de control y compromiso mutuo.
- g) El agente de salud debe buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente de las diferentes situaciones de la vida y la salud, para identificar prácticas de autocuidado y promover, mediante un proceso educativo de reflexión-acción, un regreso a la práctica para transformarla (Uribe, 1999, p.18).

D. Papel del profesional de la salud en el fomento del autocuidado

El tema del autocuidado ha sido abordado por diferentes profesiones del área de la salud como del área social, debido a que tiene un alto contenido sociológico, antropológico, político y económico; por lo tanto su estudio es de carácter interdisciplinario. Para los profesionales en salud, el autocuidado es un reto puesto que él es el llamado a promoverlo (Lalonde, 1974, p04).

El fomento del autocuidado requiere de un enfoque humanista, por lo tanto, es necesario partir del concepto de persona como ser integral, y de salud se requiere que todo individuo pueda ser, tener, y estar preparado para el desarrollo en condiciones de equidad (Uribe, 1999, p.16).

E. Teoría del autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem

Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él (Orem, 1993, p.32).

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

- Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
- Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normal
- Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- Prevención de la incapacidad o su compensación
- Promoción del bienestar (Marriner, 2005, p.270).

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado (Orem, 1993, p.36).

❖ **La teoría del déficit de autocuidado:** Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención del personal de salud. El déficit de autocuidado es la relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la actividad auto asistencial en la que las actividades de autocuidado no son eficaces o no son suficientes para conocer y/o satisfacer parte o la totalidad de componentes de la demanda existente o potencial del paciente. Esta teoría expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado (Marriner, 2005, p.271).

F. Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender

Según Pender, el Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud (Marriner, 2005, p.455).

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; ya que los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos - perceptuales, entendidos como aquellas ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a comportamientos determinados (Marriner, 2005, p.455).

El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así:

1. **Acción razonada:** basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.
2. **Acción planteada:** en esta teoría la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.
3. **Teoría social – cognitiva:** Albert Bandura plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”, esto se define como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad.

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud (Marriner, 2005, p.456).

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Tipo y diseño de estudio

El presente estudio de investigación fue de enfoque cuantitativo porque se realizó la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico; de nivel descriptivo porque solo describe o estima parámetros; según la intervención: observacional porque no existe intervención del investigador, los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador; según la planificación de la toma de datos: prospectivo por que los datos necesarios para el estudio fueron recogidos a propósito de la investigación; según el número de ocasiones en que se midió la variable en estudio: transversal por que las variables fueron medidas en una sola ocasión; y según el número de variables de interés: descriptivo porque solo describe o estima parámetros en la población de estudio a partir de una muestra (Supo, 2012, p.30).

El diseño de estudio es el siguiente:

$M_1 \longleftarrow O_1$

Dónde:

M_1 : Muestra de Estudio (Estudiantes de la Escuela Profesional de Tecnología Médica en sus especialidades de Radiología, Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas 2015-I).

O_1 : Variable (Nivel de Autocuidado).

4.2. Universo Muestral

La población estuvo conformada por 35 estudiantes matriculados en la Escuela Profesional Tecnología Médica en sus especialidades de Radiología, Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas 2015-I (DGAYRA). El tipo de muestreo utilizado fue no probabilística por conveniencia.

Escuela Profesional de Tecnología Médica	
Especialidad	Estudiantes
Radiología	16
Terapia Física	19

Fuente: DGAYRA 2015 - I

- **Criterios de inclusión**

- ✓ Solo ingresaron estudiantes universitarios de la Escuela Profesional de Tecnología Médica en sus especialidades de radiología, terapia física y rehabilitación del año 2015-I.
- ✓ Estudiantes que desearon participar en el presente estudio.

- **Criterios de exclusión**

- ✓ Estudiantes que no estuvieron presentes el día de la recolección de datos.

4.3. Métodos, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

2.3.1 Método

Se realizó el método de la encuesta. (Canales, 1994, p.163)

2.3.2 Técnica

Se realizó la técnica del cuestionario, (Canales, 1994, p.163)

2.3.3 El instrumento

Se utilizó la escala de valoración de la capacidad de agencia de autocuidado de Gallego, E. 2004; modificada por la autora (2015).

El instrumento se conforma de 25 ítems que componen las cinco dimensiones: promoción de la salud, interacción social, actividad y reposo, bienestar personal y alimentación.

Se utilizó una escala ordinal (Likert), cuya puntuación para cada ítem fue:

Siempre..... 4 puntos
A menudo..... 3 puntos
A veces..... 2 puntos
Rara vez..... 1 punto
Nunca..... 0 puntos

El rango global del nivel de autocuidado será de:

Nivel alto : 68-100 puntos
Nivel medio : 34-67 puntos
Nivel bajo : 0-33 puntos

En relación a las dimensiones se categorizará de la siguiente manera:

➤ Promoción de la Salud (ítems 1,2,3,4 y 5)

Nivel alto : 16-20 puntos
Nivel medio : 10-15 puntos
Nivel bajo : 4-9 puntos

➤ Interacción Social (ítems 6,7,8,9 y 10)

Nivel alto : 16-20 puntos.
Nivel medio : 10-15 puntos.
Nivel bajo : 4-9 puntos

➤ Bienestar Personal (ítems 11,12,13,14 y 15)

Nivel alto : 16-20 puntos
Nivel medio : 10-15 puntos
Nivel bajo : 4-9 puntos

➤ Actividad y reposo (ítems 16,17,18,19 y 20)

Nivel alto : 16-20 puntos
Nivel medio : 10-15 puntos
Nivel bajo : 4-9 puntos

➤ Alimentación (ítems 21,22,23,24 y 25)

Nivel alto : 16-20 puntos

Nivel medio : 10-15 puntos

Nivel bajo : 4-9 puntos

La validez del contenido del instrumento se realizó mediante juicio de expertos (7) y para la validez del constructo se utilizó la prueba binomial y Z de Gauss cuyo valor fue $VC = 2.1 > VT = 1.64$ y se utilizó el coeficiente alfa Cronbach obteniendo un valor de 0.88 y para confiabilidad de consistencia interna se aplicó la fórmula de Spearman- Brown, obteniendo un valor de 0.79, lo que indicó un fuerte confiabilidad.

2.3.4 Procedimiento de recolección de datos

En cuanto al procedimiento de recolección de datos se tuvo en cuenta las siguientes etapas:

- a) Se seleccionó y elaboró el instrumento de medición teniendo en cuenta la operacionalización de la variable.
- b) Se realizó el trámite correspondiente en la Escuela Profesional de Tecnología Médica para la aplicación del instrumento en la población objeto de estudio.
- c) Se solicitó al docente encargado de la experiencia curricular de cada ciclo el permiso para la aplicación del instrumento a los actores involucrados en la presente investigación.
- d) La aplicación de los instrumentos tuvo una duración promedio de 05 a 10 minutos y ocurrió en los ambientes de la escuela profesional de enfermería.
- e) Como última etapa del proceso de recolección de datos se elaboró la tabulación de las medidas obtenidas para su respectivo análisis estadístico.

4.4. Análisis de datos:

La información final se procesó en el software SPSS versión 20 y también se usó el programa Excel 2010. Los resultados se presentaron en frecuencias y distribución porcentual, asimismo en tablas simples y de doble entrada además de la representación gráfica en forma de barras con el 95% de nivel de confianza y un 5% de margen de error.

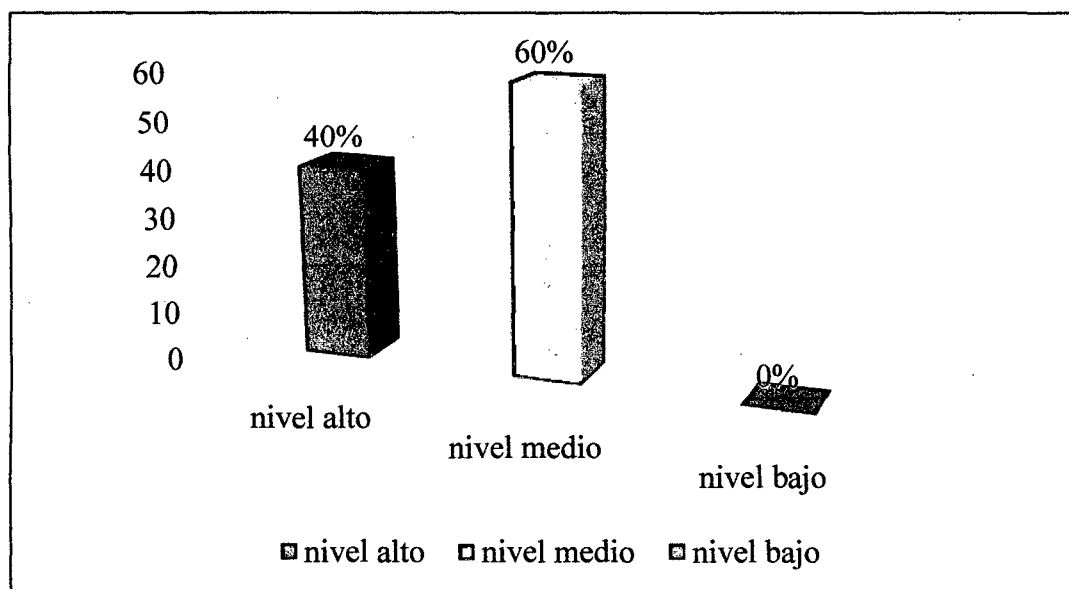
V. RESULTADOS

Tabla 01: Nivel de Autocuidado en los Estudiantes de la Escuela Profesional de Tecnología Médica de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas 2015.

Nivel de Autocuidado	fi	%
Alto	14	40
Medio	21	60
Bajo	0	0
TOTAL	35	100

Fuente: Escala de Valoración de la Capacidad de Autocuidado, 2015

Gráfico 01: Nivel de autocuidado en los estudiantes de la escuela profesional de Tecnología médica de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas 2015.



Fuente: Tabla 01

Descripción:

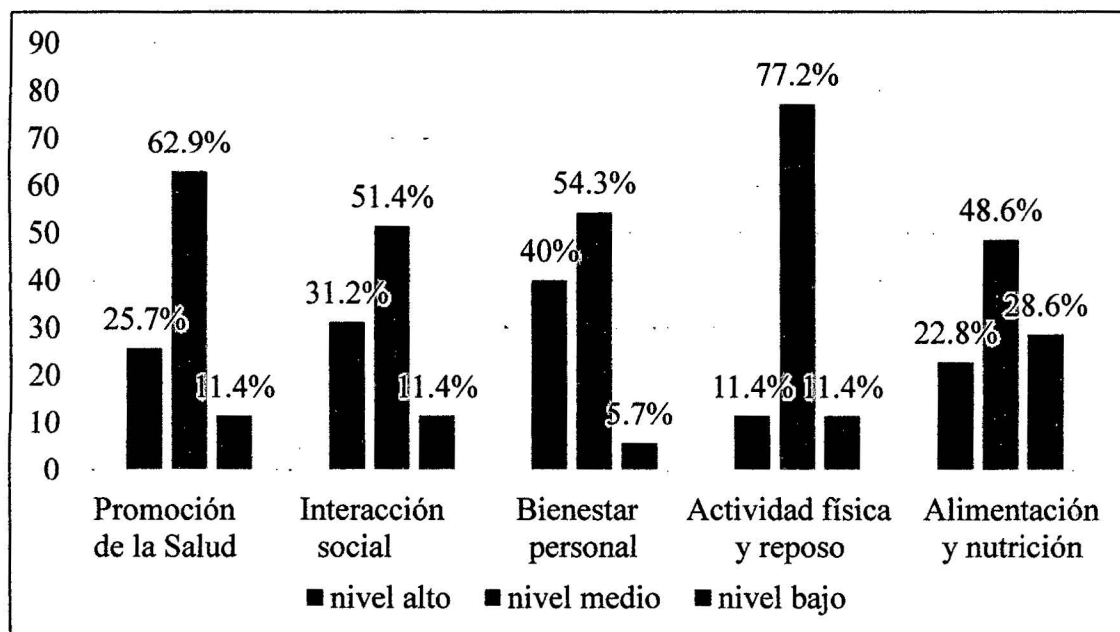
En el presente gráfico se observa que del 100 % (35) de los estudiantes del I a III ciclo; el 60 % (21) presentan un nivel medio de autocuidado, el 40 % (14) presentan un nivel alto de autocuidado y no presentando ninguno de los estudiantes el nivel bajo de autocuidado.

Tabla 02: Nivel de autocuidado según dimensiones en los estudiantes de la Escuela profesional de Tecnología Médica la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas 2015.

Nivel de autocuidado	Dimensiones									
	Promoción de la salud		Interacción social		Bienestar personal		Actividad y reposo		Alimentación y nutrición	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Alto	09	25.7	13	31.2	14	40.0	04	11.4	08	22.8
Medio	22	62.9	18	51.4	19	54.3	27	77.2	17	48.6
Bajo	04	11.4	04	11.4	02	5.7	04	11.4	10	28.6
TOTAL	35	100	35	100	35	100	35	100	35	100

Fuente: Escala de Valoración de la Capacidad de Autocuidado, 2015

Gráfico 02: Nivel de Autocuidado según dimensiones en los Estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas 2015.



Fuente: Tabla 03

Descripción:

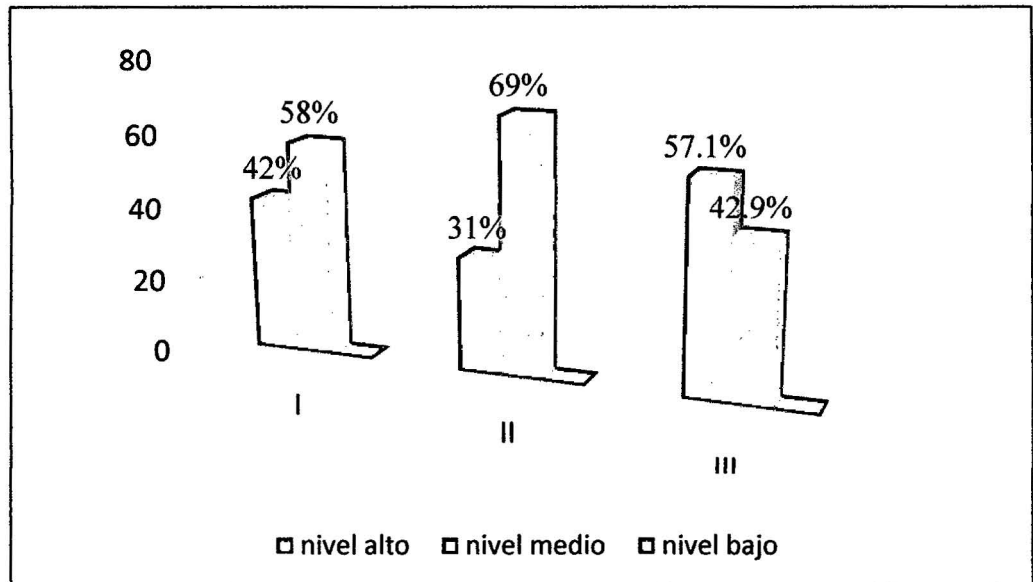
En el gráfico se observa que del 100 % (35) de los estudiantes de la escuela profesional de Tecnología Médica encuestados; según dimensiones se tiene que en la dimensión de promoción de la salud; el nivel de autocuidado medio es el que predomina con un 62.9 % (22), seguido del nivel de autocuidado alto con un 25.7 % (9) y el nivel de autocuidado bajo con un 11.4 % (4). En interacción social el nivel de autocuidado medio tiene un 51.4 % (18), el nivel de autocuidado alto con un 31.2 % (13) y el nivel de autocuidado bajo con un 11.4 % (4). En la dimensión de bienestar personal el nivel de autocuidado medio tienen un 54.3 % (19), el nivel de autocuidado alto con un 40 % (14) y el nivel de autocuidado bajo con un 5.7 % (2 estudiantes). En la dimensión de actividad y reposo el nivel de autocuidado medio cuenta con un 77.2 % (27), el nivel de autocuidado alto con un 11.4 % (4) al igual que el autocuidado bajo; y la dimensión de alimentación y nutrición el nivel de autocuidado medio tienen un 48.6 % (17), seguido del nivel de autocuidado bajo con un 28.6 % (10) y el nivel de autocuidado alto con un 22.8 % (8).

Tabla 03: Nivel de Autocuidado según el ciclo que cursan los Estudiantes de la Escuela Profesional de Tecnología Médica de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas 2015.

Nivel de Autocuidado	Ciclo					
	I		II		III	
	fi	%	fi	%	fi	%
Alto	5	42	5	31	4	57.1
Medio	7	58	11	69	3	42.9
Bajo	0	0	0	0	0	0
TOTAL	12	100	16	100	7	100

Fuente: Escala de Valoración de la Capacidad de Autocuidado, 2015

Gráfico 03: Nivel de Autocuidado según el ciclo que cursan los Estudiantes de la Escuela Profesional de Tecnología Médica de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas 2015.



Fuente: Tabla 02

Descripción:

En el presente grafico se observa que del 100 % (35) de los estudiantes de la escuela profesional de Tecnología Médica encuestados del I al III ciclo; se tiene que en el nivel medio el II ciclo alcanza un 69 % (11), seguido del I ciclo con un 58 % (7) y en el III ciclo con 42 % (5). A si mismo se obtuvo que en el nivel alto de autocuidado el III ciclo obtuvo el 57.1% (4), anteponiéndose al I ciclo con un 42 % (5) y en el II ciclo se obtuvo un 31 % (5).

VI. DISCUSIÓN

En la tabla y gráfica 01, se puede observar que el nivel de autocuidado de los estudiantes de la escuela profesional de tecnología médica encuestados el 60 % (21) presentan un nivel medio de autocuidado, seguido de un 40 % (14) presentan un nivel alto de autocuidado, lo que indica que dicho universo muestral en el que se aplicó del instrumento realizan acciones de autocuidado para mantener una buena salud y ninguno de los estudiantes tiene nivel bajo de autocuidado, estableciendo que los estudiantes conocen y realizan acciones de autocuidado durante la vida universitaria.

Teniendo similitud con el estudio de Martínez y Sáez, 2007 en Chile, los resultados obtenidos en dicho trabajo de investigación fueron que el 5 % se encuentra en un nivel bajo de autocuidado, un 68 % en un nivel medio y el 27 % en un nivel alto.

Otro estudio de investigación con semejanza, es el de Peralta, 2014 en Chachapoyas, en el cual obtuvo como resultados que del 100 % de estudiantes de enfermería (104) y estomatología (100) encuestados: presentan autocuidado medio el 77.9 % (81) de estudiantes de enfermería frente a un 76 % (76) de estudiantes de estomatología.

Según Orem, el autocuidado se evidencia en la práctica de actividades que las persona maduras, o que están madurando (adolescentes o jóvenes) realizan en determinados periodos de tiempo según el contexto social en el que se desarrollan propiciando el interés de mantener un funcionamiento del desarrollo personal y bienestar de uno mismo ejerciendo la prevención de enfermedades y promoción de la salud. (Marriner, 2005, p.269)

Desde este enfoque, el personal en ciencias de la salud, tiene la responsabilidad de promocionar salud con el objetivo de gestar la prevención y acrecentar la capacidad de hacer frente a nuevas conductas generadoras de ella, a través de mecanismos de promoción de la salud, tales como: el autocuidado, la ayuda mutua y facilitación de ambientes saludables.

La educación para la salud ha evolucionado rápidamente con la expectativa de que el conocimiento y la actitud positiva favorezcan conductas específicas de conservación y promoción de la salud. El elemento cognitivo y conductual es, en suma, un factor predispuesto para la adopción de hábitos saludables. De igual manera se ha reportado que las instituciones no están diseñadas ni estructuradas para promover e impulsar el autocuidado de quienes ahí laboran, detonando que el ambiente laboral y las relaciones interpersonales al interior de las instituciones de salud son factores importantes que entorpecen el autocuidado

Contrastando los estudios de investigación se puede determinar que los estudiantes de la Escuela Profesional de Tecnología Médica de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza no ejercen por completo las actividades de autocuidado en su vida universitaria; y tomando en cuenta la base teórica esto se evidencia por diferentes factores que influyen en la calidad de vida de estos jóvenes y a la práctica del autocuidado, como son; la lejanía con la familia, la falta de recursos económicos, la sobrecarga en mallas curriculares, la necesidad de tener nuevas experiencias y de sentirse parte de un grupo para adquirir nuevas costumbres.

Estudios como el que se presenta, ofrecen la oportunidad de establecer estrategias para modificar hábitos que impliquen mejorar la calidad de vida y fortalecer las capacidades de autocuidado y sus dimensiones de promoción de la salud, alimentación, reposo – sueño, interacción personal y bienestar social de los estudiantes de ciencias de la salud, a corto o mediano plazo.

En la tabla y gráfico 02, se observa que del 100% (35 estudiantes) de los estudiantes de la escuela profesional de tecnología médica encuestados sobre el nivel de autocuidado según las dimensiones de actividad física 72.2 % (27), promoción de la salud 62.9 % (22), bienestar personal 54.3 % (19), interacción social 51.4 % (18) y alimentación / nutrición 48.6 % (17); predomina el nivel medio de autocuidado.

Según los resultados descriptos en el presente informe se encuentra igualdad con la investigación de Rebolledo, 2010 en Chile, obteniendo como resultados que el 41% realizan actividad física, el 59% no realiza ningún tipo de actividad física, el 77% refiere dormir entre 5 y 7 horas, el 10% duerme de 8 o más horas, un 12% duerme entre 3 y 4 horas y el 1% duermen menos de 2 horas; los alumnos participantes de la investigación poseen déficit de autocuidado en áreas básicas de desarrollo tales como actividad - reposo y alimentación.

El autocuidado está inmerso en las actividades de la vida diaria como valor de cada ser humano y es considerada un derecho que responde a las metas y prioridades de enfermería y otros profesionales en salud, que toma la tendencia hacia el autoconocimiento y el empoderamiento del individuo y de la sociedad respecto a su propia salud, y a la vez reconoce la presencia de factores culturales, de índole educativa y socioeconómica, que condicionan la agencia de autocuidado e influyen en la capacidad de ser agentes del mismo.

El tema de promoción de la salud propuesto por Nola Pender, es uno de los modelos más predominantes en el autocuidado; porque determina los estilos de vida; como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud.

De acuerdo con los resultados encontrados en este estudio junto con los antecedentes revisados y la base teórica se determina que la capacidad de autocuidado según sus dimensiones considera que los estudiantes universitarios mantienen un déficit de autocuidado pero aún se mantiene la responsabilidad por el cuidado de la salud; de ese modo el desarrollo de la capacidad para el autocuidado queda limitado y en ese caso, la intervención de los profesionales en salud es de suma importancia para la búsqueda de estrategias en la incorporación de la persona como responsable por su cuidado en acciones de promoción de la salud.

En la tabla y gráfico 03, se presenta el nivel de autocuidado según el ciclo que cursan los estudiantes de la Escuela Profesional de Tecnología Médica 100% (35) del I al III ciclo; se tiene que en el nivel medio el II ciclo alcanza un 69 % (11), seguido del I ciclo con un 58 % (7) y en el III ciclo con 42 % (5). A si mismo se obtuvo que en el nivel alto de autocuidado el III ciclo obtuvo el 57.1% (4), anteponiéndose al I ciclo con un 42 % (5) y en el II ciclo se obtuvo un 31 % (5).

En contra posición tenemos al estudio de investigación de Gamarra & Rivera, 2010, que obtuvo como resultado que estudiantes del III al VI ciclo de la escuela profesional de Enfermería de la Universidad César Vallejo calificó en un nivel bajo de autocuidado; llegando a la conocer que al formar parte de la vida universitaria no es una situación fácil; porque son muchas las cosas que un estudiante deja de hacer para realizar sus labores académicas.

Según los datos obtenidos por el presente informe en cuanto a las capacidades de autocuidado en función a los años de estudio, se observó que los estudiantes del III ciclo mostraron nivel alto de autocuidado y que esto se ve influenciado por los años de estudio de los jóvenes universitarios, llegando a conocer que cuanto mayor sea el número de años de estudios, mejor será la capacidad de autocuidado. Así, las personas que tienen un mayor número de años de educación formal tienden a presentar mayor conocimiento y habilidades para el cuidado en salud, así como mejor capacidad de relacionarse con el equipo de salud.

VII. CONCLUSIONES

1. Los estudiantes de la escuela profesional de Tecnología Médica del I al III ciclo de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, presentaron un nivel de autocuidado medio, seguido de un nivel alto.
2. El nivel de autocuidado según dimensiones en los estudiantes de la escuela profesional de Tecnología Médica fue de nivel medio a excepción de la dimensión de alimentación y nutrición en el que se obtuvo un nivel bajo de autocuidado.
3. El nivel de autocuidado según el ciclo que cursan los estudiantes de la escuela profesional de Tecnología Médica, en un mayor porcentaje presentaron un nivel medio de autocuidado los estudiantes que cursan el II ciclo, seguido de un nivel alto en estudiantes del III ciclo y no habiendo ningún estudiante con nivel bajo de autocuidado.

VIII. RECOMENDACIONES

- **A la Dirección de Recursos Humanos de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza**
Que elabore programas de autocuidado en beneficio de la plana docente, administrativa y estudiantes para fortalecer la salud física y mental de los integrantes de la comunidad universitaria, permitiendo mejorar la productividad en el centro de trabajo y favorecer el clima organizacional y que en un periodo no muy lejano se garantice una mejora en la calidad de vida de esta población.
- **A la Dirección General de Bienestar Universitario de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza**
Implementar un programa de autocuidado para los jóvenes universitarios a través de la práctica del deporte, alimentación, talleres de salud mental y consolidación de proyectos de vida.
- **A la Dirección de la Escuela Profesional de la Facultad de Ciencias de la Salud**
Distribuir el horario; de tal manera que le permita al estudiante satisfacer sus necesidades básicas de alimentación y reposo / sueño; para evitar enfermedades como: ansiedad, depresión, síndrome de burnout y problemas gastrointestinales.

Considerar el tema de Autocuidado como eje transversal dentro del currículo de formación profesional que permita a los estudiantes de la Escuela Profesional de la Facultad de Ciencias de la Salud mejorar el autocuidado en la vida universitaria y así estar preparados para poder mejorar su calidad de vida.
- **A los Estudiantes de la Escuela Profesional de Tecnología Médica**
Continuar realizando trabajos de investigación relacionados al autocuidado y su incidencia en la región con el propósito de tener mayor conocimiento para así fortalecer la investigación y poder brindar mayores alternativas de solución para la práctica del autocuidado, ya que es un tema muy poco tratado en la región Amazonas.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Libros:

- ❖ Canales, F. (2011). *Metodología de la Investigación*. España: Editorial Limusa
- ❖ Diccionario de Medicina Océano Mosby. (2006). *Autoestima*. España: Editorial Océano
- ❖ Hernández, R. (3° Ed). (2003). *Metodología de la Investigación*. México: Editorial Mc Graw Hill
- ❖ Marriner, A. (5° Ed). (2005). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Madrid, España: Editorial Science
- ❖ Orem, D. (1993). *Modelo de Orem - Conceptos de Enfermería en la Práctica*. Madrid, España: Editorial Masson Salvat Enfermería
- ❖ Pineda, Alvarado & Canales. (2° Ed). (2006). *Metodología de la Investigación*. España: Editorial Organización Mundial de la Salud.
- ❖ Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo, el ciclo vital*. España: Editorial Mc Graw Hill/Interamericana

Tesis:

- ❖ Rebolledo, O. (2010). *Autocuidado en los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bio Bio: un análisis según el modelo de Autocuidado de Dorothea Orem*. Universidad Austral de Chile. Chile
- ❖ Martínez, D, & Sáenz, P. (2007). *Conductas de Autocuidado en Estudiante Universitarios residentes del complejo de hogares Huachocopihue de la UACH*. Universidad Austral de Chile. Chile

Artículos de revista:

- ❖ Lalonde, M. (1974, 24 de julio). *Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses - un documento de trabajo, Ottawa*. Rev Canadá. Semana, (12), p. 08.

Sitios en red

- ❖ Escobar, F. (2010). Informe sobre la Juventud Mundial. México. Universidades de América Latina y el Caribe Recuperado de web:http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120386X2013000200003

- ❖ Ferrer, G. (2013). Modelo de calidad para la Acreditación de carreras profesionales universitarias. Perú. Consejo de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación Superior Universitaria. Recuperado de: http://www.upao.edu.pe/oca/pdf/Tomo_VI_Estandarespara_la_Acreditacion_de_Farmacologia_y_Bioquimica_Tecnologia_Medica_y_Ciencias_Biologicas.pdf

- ❖ Fierro, C & Jiménez, A. (1999). Bienestar y consecuencias de afrontar un evento impactante en jóvenes. Málaga – España. Recuperado de http://www.uma.es/Psicologia/docs/eudemon/investigacion/bienestar_personal_y_adaptacion_social.pdf

- ❖ Jiménez, M. (2015). Mercado de formación y disponibilidad de profesionales de ciencias de la salud en el Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v32n1/a07v32n1.pdf>

- ❖ Marc, E & Picard, D. (1992). La interacción social: Cultura, instituciones y comunicación. Barcelona – España. Recuperado de <http://usc2011.yolasite.com/resources/03%20MARC.pdf>

- ❖ Quintero, N. (2006). Cultivemos nuestro autocuidado y bienestar. Puerto Rico. Recuperado de <http://www.ucb.edu.pr/pdf/cultivemosnuestroautocuidado>

- ❖ Rosas, M. (2011). Niveles de depresión en estudiantes de Tecnología Médica. Perú. Rev IIPSI. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v72n3/a05v72n3>

- ❖ Supo, J. Seminarios de investigación científica. Perú. Recuperado de <http://seminariosdeinvestigacion.com/sinopsis>.
- ❖ Torres, L. (2007). Guía para enfermeras de atención primaria. España. Sociedad Española de dietética y ciencias de la alimentación. Recuperado de <http://www.Nutrición.org/publicaciones/pdf/Gu%C3%ADa%20APDiet%C3%A9ticaWeb.pdf>
- ❖ Uribe, T. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la Salud. Canadá. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.orgbvsacd/cd26/fulltexts/0467>

ANEXOS

ANEXO 01

EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN MEDIANTE PRUEBA BINOMIAL Y Z DE GAUSS

A. APRECIACIÓN DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

ITEM EVAL	JUECES EXPERTOS				P VALOR<	SIGNIFICANCIA
	ADECUADO		INADECUADO			
	Nº	%	Nº	%		
1	6	85.7	1	14.3	0.0546875	+
2	6	85.7	1	14.3	0.0546875	+
3	7	100	0	0	0.0078125	++
4	7	100	0	0	0.0078125	++
5	7	100	0	0	0.0078125	++
6	7	100	0	0	0.0078125	++
7	7	100	0	0	0.0078125	++
8	7	100	0	0	0.0078125	++
9	7	100	0	0	0.0078125	++
10	7	100	0	0	0.0078125	++
TOTAL	68	97.1	2	2.9	2.1057239	

Fuente: Apreciación de los expertos

+: Significativa (P < 0.05)

++: Altamente Significativa (P < 0.01)

PROFESIONALES CONSULTADOS

- 01.** Lic. Enf. Esther Atalaya Tacilla (Enfermera del área de promoción de la salud del Hospital Regional Virgen de Fátima - Chachapoyas).
- 02.** Lic. Enf. Erma Lucana Zuta (Enfermera del área de psicología del Hospital Regional Virgen de Fátima – Chachapoyas)
- 03.** Lic. Enf. Marlith Aguilar Cáman (Enfermera del área de Epidemiología del Hospital Regional Virgen de Fátima - Chachapoyas).
- 04.** Lic. Psic. Rosario Dolores Oyarse Ángulo (Psicóloga del Hospital Regional Virgen de Fátima - Chachapoyas).
- 05.** Lic. Psic. Dolores Hernández Hernández (Docente de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza)
- 06.** Lic. Nta. Martha Sánchez Zegarra (Nutricionista del Hospital Regional Virgen de Fátima – Chachapoyas)
- 07.** Prof. Juan Martín Vega Vega (Docente de Educación Física)

B. PRUEBA DE LA Z GAUSS PARA PROPORCIONES

1) Hipótesis estadística

Ho: $P = 50\%$ versus Ha: $P > 50\%$

Donde:

P es el porcentaje de respuesta de los jueces que consideran los ítems del instrumento de medición como adecuados

La hipótesis alternativa (Ha) indica que el instrumento de medición es válido, entonces se espera que el porcentaje de respuestas de los jueces que califican a los ítems como adecuados debe ser mayor que el 50%.

2) Nivel de significancia (α) y nivel de confianza (γ)

$\alpha = 0.05$ (5%) $(1 - \alpha) = \gamma = 0.95$ (95%)

3) Función de Prueba

En vista que la variable a evaluar “validez del instrumento de medición” es nominal (cuantitativa), cuyas categorías posibles son “válido” y “no válido” y únicamente se puede calcular porcentajes o proporciones para cada categoría, y como la muestra (respuestas) es 35, la estadística para probar la hipótesis nula es la función normal o Z de Gauss para porcentajes:

Fórmula

$$Z = \frac{\bar{P}-P_0}{\sigma_p}, \sigma_p = \sqrt{\frac{P_0(1-P_0)}{n}}$$

Donde:

Z: se distribuye como una distribución normal estandarizada con media 0 y varianza 1.

σ_p : es la desviación estándar.

P_0 : es el porcentaje de aceptación o rechazo a favor de la hipótesis nula (H_0).

n: es el número de respuestas de los jueces que califican a los ítems como adecuados.

4) Regla de decisión

Para 95% de confianza estadística y una prueba unilateral de cola a la derecha, se tiene el valor teórico de la distribución normal VT = 1.6449

Con estos indicadores, la región de rechazo (RR/ H_0) y (RA/ H_0) de la hipótesis nula es:

Al 5% RR/ H_0 : VC > 1.6449; RA/ H_0 : VC < 1.6449.

5) Valor calculado (VC)

El valor calculado de la función Z se obtiene reemplazando los valores de:

n = 35, P = 98.4% y $P_0 = 50\%$. De donde resulta que: VC = 8.4703

6) Decisión estadística

Comparando el valor calculado ($VC = 8.4703$) con el valor teórico ($VT = 1.6449$) y en base a la regla de decisión, se acepta la hipótesis alterna al 95% de confianza estadística; con este resultado, se acepta la validez del instrumento de medición.

ANEXO 02

A. EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN MEDIANTE COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH

La confiabilidad del instrumento de medición (escala de valoración) se estableció mediante la siguiente fórmula:

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} * \frac{S_t^2 - \sum S_t^2}{S^2}$$

Dónde:

r_{tt} = es el coeficiente alfa de Cronbach

S_t^2 = es la varianza de total de la prueba

$\sum S_t^2$ = es la suma de las varianzas individuales de los ítems

n = es el número de ítems

Reemplazando los valores de $n = 25$ ítems, $S_t^2 = 11.33$ y $\sum S_t^2 = 3.2$ reemplazando en la fórmula anterior, resulta que $r_{tt} = 0.88$ (88%).

B. CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD DE CONSISTENCIA INTERNA POR LA FÓRMULA DE SPEARMAN – BROWN

$$r_{tt} = \frac{2r_{bb}}{1+r_{bb}}$$

En donde:

r_{tt} = coeficiente de confiabilidad

r_{bb} = correlación entre las dos mitades

Sustituyendo los valores correspondientes en la fórmula tenemos:

$$r_{tt} = \frac{2(0.88)}{1+0.88} = \frac{1.76}{1.88} = 0.94$$

Este coeficiente de confiabilidad indica una fuerte confiabilidad.

TABULACIÓN PARA CALCULO DE CONFIABILIDAD

Item Casos	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	I	P	IP	I ²	P ²	I+P	T	T ²		
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25										
C01	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	27	24	648	729	576	51	2601			
C02	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	27	24	648	729	576	51	2601			
C03	2	2	2	2	4	4	2	4	3	4	4	4	4	2	4	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	33	34	1122	1089	1056	67	4489			
C04	2	3	4	3	4	2	2	3	2	2	3	2	4	3	2	2	3	2	2	3	2	3	4	2	1	34	31	1054	1156	961	65	4225			
C05	2	3	2	2	3	2	2	3	3	3	4	4	4	3	2	3	3	2	4	4	3	3	3	1	2	35	35	1225	1225	1225	70	4900			
C06	2	2	2	3	2	3	1	2	2	2	4	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	29	29	841	841	841	58	3364			
C07	2	2	0	0	4	4	0	4	3	2	4	3	4	2	2	1	4	4	1	3	3	3	3	1	2	30	31	930	900	961	61	3721			
C08	4	3	3	4	4	3	2	3	3	3	4	3	4	3	4	2	3	3	3	4	1	1	3	2	1	38	35	1330	1444	1225	73	5329			
C09	3	2	3	3	4	3	3	4	3	3	3	2	3	4	4	3	3	2	3	3	2	2	3	2	2	37	35	1295	1369	1225	72	5184			
C10	3	2	3	3	4	3	3	4	3	3	2	3	4	4	3	3	2	3	3	2	2	3	3	2	2	35	37	1295	1225	1369	72	5184			
C11	2	2	3	2	4	3	3	2	3	3	4	4	4	2	4	2	4	4	2	4	4	2	3	1	2	40	33	1320	1600	1089	73	5329			
C12	2	1	1	2	4	4	2	4	1	1	4	4	4	1	4	4	4	1	1	4	0	1	1	2	2	28	31	868	784	961	59	3481			
C13	3	4	4	3	4	2	4	4	4	4	4	3	3	3	2	3	4	3	2	2	2	3	3	2	2	39	38	1482	1521	1444	77	5929			
C14	2	4	4	2	2	1	3	4	2	4	4	3	4	4	2	2	3	2	2	3	2	2	2	1	1	32	33	1056	1024	1089	65	4225			
C15	2	1	4	3	2	0	2	4	2	4	4	2	4	2	2	1	1	2	3	2	0	4	4	2	2	30	29	870	900	841	59	3481			
C16	2	2	3	1	4	3	2	1	2	2	1	2	3	3	3	2	2	2	3	1	3	4	2	1	2	30	26	780	900	676	56	3136			
C17	1	2	1	2	3	3	1	3	3	2	4	4	2	3	3	2	4	1	1	4	4	1	2	0	1	29	28	812	841	784	57	3249			
C18	2	3	2	4	4	3	2	4	3	3	4	4	4	2	2	2	3	2	1	2	0	2	2	2	1	29	34	986	841	1156	63	3969			
C19	0	2	2	2	4	1	2	4	2	2	4	4	4	2	2	0	2	0	2	2	3	3	2	1	2	29	25	725	841	625	54	2916			
C20	3	4	3	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	2	4	3	4	4	2	4	2	2	4	1	1	40	41	1640	1600	1681	81	6561			
Σ																										651	633	20927	21559	20361	1284	83874			

ANEXO 03

**ESCALA DICOTÓMICA PARA EVALUAR INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
POR JUICIO DE EXPERTOS**

Solicito a Usted a bien revisar y opinar sobre el instrumento adjunto.

Marque con una X en SI o No, en cada criterio, según su opinión.

Nº	ITEMS	SI	NO
1	El instrumento tienen estructura lógica		
2	La secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems es aceptable		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles		
5	Los ítems reflejan el problema de investigación		
6	Los instrumentos abarcar en su totalidad el problema de la investigación		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación		
8	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación		
9	El instrumento abarca las variables e indicadores		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....

Fecha:...../...../.....

Nombre y Firma del Experto

ANEXO 04



UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE
MENDOZA DE AMAZONAS



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Código:.....

**Escala de valoración de la capacidad de autocuidado de Esther Gallego (2004)
adaptado por la autora**

- I. Introducción:** Este instrumento recoge información sobre los niveles de autocuidado que tiene los estudiantes de la Escuela Profesional de Tecnología Médica, se les agradece de anticipado su participación, recordándole que es anónimo por lo que se sugiere proporcionar su respuesta con toda sinceridad puesto que su respuesta con toda sinceridad servirá de mucho para este estudio.
- II. Instrucciones:** A continuación se presenta una serie de ítems relacionados con el tema, los que debe de marcar con una aspa (X) en el cuadro donde crea conveniente (Nunca, Rara vez, A veces, A menudo, Siempre).

Sexo: Femenino () Masculino ()
Ciclo: I () II () III () IV () V () VI () VII () VIII ()
Edad: 16 a 20 () 21 a 25 () 26 a 30 () 31 a 35 () 36 a más ()

	NUN CA	RARA VEZ	A VE CES	A MENU DO	SIEM PRE
PROMOCION DE LA SALUD					
1. ¿Hago ajustes en mis hábitos de vida para mantenerme saludable?					
2. ¿Tengo la capacidad de manejar las situaciones para no perder el control y mantenerme en equilibrio?					
3. ¿Doy prioridad a las acciones que mantienen y protegen mi salud?					
4. ¿Tomo medidas para asegurar que mi familia y yo estemos protegidos?					
5. ¿Aun con problemas de salud soy capaz de mantener mis rutinas de cuidado?					

INTERACCION SOCIAL				
6. ¿Tengo amigos a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda?				
7. ¿Busco ayuda si me encuentro con problemas de salud o de otro tipo?				
8. Verifico si mis acciones y actitudes me protegen y mantiene mi salud				
9. ¿Hago lo necesario para mantener la limpieza tanto en mi ámbito personal como comunitario?				
10. ¿Busco información sobre mi salud si esta se ve afectada?				
BIENESTAR PERSONAL				
11. Con tal de mantenerme limpio, ¿realizo ajustes en cuanto a mi higiene personal?				
12. Cuando obtengo información sobre mi salud, ¿pido explicación sobre lo que no entiendo?				
13. ¿Reviso mi cuerpo para saber si hay algún cambio?				
14. He sido capaz de cambiar hábitos no beneficiosos con tal de mejorar mi salud				
15. Si tengo que tomar un nuevo medicamento ¿pido información sobre sus efectos?				
ACTIVIDAD FISICA				
16. ¿Hago cambios o ajustes de mi rutina si tengo problemas para ir a clases porque me siento enfermo o cansado?				
17. ¿Tengo la energía necesaria para realizar mis actividades diarias?				
18. ¿Hago ejercicio por lo menos 30 minutos diarios?				
19. ¿Duermo como mínimo 8 horas diarias?				
20. En mis actividades diarias, ¿me tomo un tiempo para cuidarme?				
ALIMENTACIÓN				
21. ¿Los alimentos que consumo a diario me ayudan a mantener una buena salud?				

22. Busco ayuda profesional para conocer si mi alimentación en la adecuada				
23. Tomo desayuno antes de iniciar mis labores como estudiante				
24. Cuento con un horario para mi alimentación diaria				
25. ¿Conozco que tan nutritivos son los alimentos que consumo a diario?				

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!!!

ANEXO 05

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	MARCO METODOLÓGICO
<p>¿Cuál es el nivel de autocuidado de los estudiantes de la Escuela Profesional de Tecnología Médica de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas 2015?</p>	<p>Objetivo General</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de autocuidado de los estudiantes de la Escuela Profesional de Tecnología Médica de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, 	<p>Tipo y Diseño de Estudio</p> <p>El presente estudio de investigación fue de enfoque cuantitativo porque se realizó la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico; de nivel descriptivo porque solo describe o estima parámetros; según la intervención: observacional porque no existe intervención del investigador, los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador; según la planificación de la toma de datos: prospectivo por que los datos necesarios para el estudio fueron recogidos a propósito de la investigación; según el número de ocasiones en que se midió la variable en estudio: transversal por que las variables fueron medidas en una sola ocasión; y según el número de variables de interés: descriptivo porque solo describe o estima parámetros en la población de estudio a partir de una muestra (Supo, 2012, p.30).</p> <p>El diseño de estudio es el siguiente:</p> <p>$M_1 \longleftarrow O_1$</p> <p>Dónde:</p> <p>M_1: Muestra de Estudio (Estudiantes de la Escuela Profesional de Tecnología Médica en sus especialidades de Radiología, Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas 2015-I).</p> <p>O_1: Variable (Nivel de Autocuidado).</p>

Chachapoyas
2015.

Objetivo

Específicos

- Identificar el nivel de autocuidado según dimensiones: promoción de la salud, interacción social, bienestar personal, alimentación y actividad física en los estudiantes de la Escuela

Universo Muestral

La población estuvo conformada por 35 estudiantes matriculados en la Escuela Profesional Tecnología Médica en sus especialidades de Radiología, Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas 2015-I (DGAYRA). Tipo de Muestreo no probabilístico por conveniencia.

Escuela Profesional de Tecnología Médica	
Especialidad	Estudiantes
Radiología	16
Terapia Física	19

Fuente: DGAYRA 2015 - I

Criterios de inclusión

- Solo ingresaron estudiantes universitarios de la Escuela Profesional de Tecnología Médica en sus especialidades de radiología, terapia física y rehabilitación del año 2015-I.
- Estudiantes que desearon participar en el presente estudio.

Criterios de exclusión

- Estudiantes que no estuvieron presentes el día de la recolección de datos.

Métodos, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

- **Método:** Se realizó el método de la encuesta. (Canales, 1994, p.163)
- **Técnica:** Se realizó la técnica del cuestionario, (Canales, 1994, p.163)

	<p>Profesional de Tecnología Médica de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas 2015.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el nivel de autocuidado según el ciclo de estudios que cursan los estudiantes de la Escuela Profesional 	<ul style="list-style-type: none"> • El instrumento: Se utilizó la escala de valoración de la capacidad de agencia de autocuidado de Gallego, E. 2004; modificada por la autora (2015). El instrumento se conforma de 25 ítems que componen las cinco dimensiones: promoción de la salud, interacción social, actividad y reposo, bienestar personal y alimentación. • La validez del contenido del instrumento se realizó mediante juicio de expertos (7) y para la validez del constructo se utilizó la prueba binomial y Z de Gauss cuyo valor fue $VC = 2.1 > VT = 1.64$ y se utilizó el coeficiente alfa Cronbach obteniendo un valor de 0.88 y para confiabilidad de consistencia interna se aplicó la fórmula de Spearman- Brown, obteniendo un valor de 0.79, lo que indicó un fuerte confiabilidad. • Procedimiento de recolección de datos: se tuvo en cuenta las siguientes etapas: <ul style="list-style-type: none"> a) Se seleccionó y elaboro el instrumento de medición teniendo en cuenta la operacionalización de la variable. b) Se realizó el trámite correspondiente en la Escuela Profesional de Tecnología Médica para la aplicación del instrumento en la población objeto de estudio. c) Se solicitó al docente encargado de la experiencia curricular de cada ciclo el permiso para la aplicación del instrumento a los actores involucrados en la presente investigación. d) La aplicación de los instrumentos tuvo una duración promedio de 05 a 10 minutos y ocurrió en los ambientes de la escuela profesional de enfermería.
--	--	---

	<p>de Tecnología Médica de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas 2015.</p>	<p>e) Como última etapa del proceso de recolección de datos se elaboró la tabulación de las medidas obtenidas para su respectivo análisis estadístico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de datos: La información final se procesó en el software SPSS versión 20 y también se usó el programa Excel 2010. Los resultados se presentaron en frecuencias y distribución porcentual, asimismo en tablas simples y de doble entrada además de la representación gráfica en forma de barras con el 95% de nivel de confianza y un 5% de margen de error.
--	--	--