

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD



**“PRÁCTICAS PREVENTIVAS Y LA CALIDAD
DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD DE
LOS DOCENTES DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL CALLAO”**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO
DE DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD**

AUTORA:
Ms. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Mercedes Ferrer Mejía".

Callao, 2016
PERÚ



DEDICATORIA

A mi padre, un verdadero ejemplo a seguir.

A mi madre, por motivarme día a día a lograr mis metas.

A mis tres grandes amores, por llenar mi vida de felicidad constante.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por concederme serenidad y fortaleza todo momento.

A mis amados padres, quienes siempre me han brindado apoyo y motivación en mi formación académica.

A mis estimados docentes, por impartirme sus grandes conocimientos,

Finalmente, un profundo agradecimiento a la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

INDICE

Resumen	06
Abstract	07
Sumário	08
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	09
1.1. Identificación del Problema	09
1.2. Formulación de Problemas	12
1.2.1. Problema general	12
1.2.2. Problemas específicos	12
1.3. Objetivos de la Investigación	13
1.3.1. Objetivo General	13
1.3.2. Objetivos Específicos	13
1.4. Justificación	13
II. MARCO TEÓRICO	18
2.1 Antecedentes del Estudio	18
2.2 Bases Epistémicas	22
2.3 Bases Teóricas	34
2.4 Bases Conceptuales	50
2.5 Bases Normativas	96
2.6 Propuesta de un Modelo de Atención Básica de Salud Docente.	99
2.7 Definiciones Básicas	105

III.	VARIABLES E HIPÓTESIS	106
3.1	Definición de las variables	106
3.2	Operacionalización de variables	107
3.3	Hipótesis	109
3.3.1	Hipótesis general	109
3.3.2	Hipótesis específicas	109
IV.	METODOLOGÍA	110
4.1	Tipo de Investigación	110
4.2	Diseño de la Investigación	110
4.3	Población y muestra	112
4.3.1	Población	112
4.3.2	Muestra	113
4.4	Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	116
4.5	Procedimiento de recolección de datos	121
4.6	Procesamiento estadístico y análisis de datos	122
V.	RESULTADOS	123
VI.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	131
6.1	Contrastación de hipótesis con los resultados	131
6.2	Contrastación de resultados con otros estudios similares	140
VII.	CONCLUSIONES	149
VIII.	RECOMENDACIONES	150
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	151

APÉNDICES	156
Apéndice A: Formato Del Instrumento De Validación Para Juicio De Expertos	157
Apéndice B Prueba Binomial: Validez De Contenido Por Jueces Expertos	158
Apéndice C Validez De Constructo: Prueba Piloto	159
Apéndice D Prueba De Alfa De Cronbach	160
Apéndice E Tablas Resultantes De Las Corridas De La Matriz en SPSS	161
Apéndice F Medición De La Variable - Escala De Stanones	162
ANEXOS	163
Anexo A: Matriz de consistencia	164
Anexo B: Consentimiento Informado	166
Anexo C: Cuestionario	168
Anexo D: Validación De Instrumentos	175
Anexo E: Confiabilidad	177
Anexo F Matriz De Datos	179
Anexo G Valores De La Variables	191
Anexo H Valores De Las Etiquetas	196
Anexo I Valores Críticos De La Distribución Chi Cuadrado (χ^2)	205
Anexo J Modelo de Atención Básica del Docente Universitario	207

ÍNDICE DE TABLAS DE CONTENIDO

Tabla 2.1	Factores de Riesgo y Posibles Daños Dentro de La Profesión Docente	95
Tabla 4.1	Distribución Poblacional Docente de la Universidad Nacional Del Callao, 2015	112
Tabla 4.2	Estimación de la Muestra de Docentes de la Universidad Nacional del Callao, 2015	115
Tabla 5.1	Datos Sociodemográficos de los Docentes de la Universidad Nacional del Callao, 2015	123
Tabla 5.2	Nivel de las Prácticas Preventivas de los Docentes de la Universidad Nacional Del Callao, 2015	124
Tabla 5.3	Frecuencia De Las Prácticas Preventivas De Los Docentes De La Universidad Nacional Del Callao, 2015	125
Tabla 5.4	Motivos Para La No Realización De Las Prácticas Preventivas De Los Docentes De La Universidad Nacional Del Callao, 2015	127
Tabla 5.5	Calidad De Vida Relacionada Con La Salud De Los Docentes De La Universidad Nacional Del Callao, 2015	128
Tabla 5.6	Asociación Entre Las Prácticas Preventivas Y Las Dimensiones Física, Mental Y Social De La Calidad De Vida Relacionada Con La Salud De Los Docentes De La Universidad Nacional Del Callao, 2015	129
Tabla 5.7	Asociación entre Las Prácticas Preventivas Y La Calidad De Vida Relacionada Con La Salud De Los Docentes De La Universidad Nacional Del Callao, 2015	130
Tabla 6.1	Asociación entre Prácticas Preventivas Y Calidad De Vida	132
Tabla 6.2	Puntuaciones de las Prácticas Preventivas y Calidad de Vida Relacionada a la Salud	135

ÍNDICE DE FIGURAS DE CONTENIDO

Figura 1. Aplicación del modelo de creencias sobre la salud aplicado a la predicción de la conducta de salud o conducta preventiva (Becker y Maiman 1975)	36
Figura 2. El modelo de la Teoría de la Motivación para la Protección (Floyd, Prentic-Dunn y Rogers, 2000)	39
Figura 3: Esquema de la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein, 1980)	41
Figura 4: Esquema de la Teoría del Comportamiento Planeado (Ajzen, 1982)	42
Figura 5: Relación entre los conceptos de calidad de vida, bienestar subjetivo, satisfacción vital y felicidad.	49

RESUMEN

La tesis "Prácticas Preventivas y Calidad de Vida Relacionada a la Salud de Docentes de la Universidad Nacional del Callao", tiene gran relevancia por cuanto se conoce que existen condiciones en la educación superior que afectan a la salud del docente. Esta investigación tuvo como objetivo determinar la asociación que existe entre las prácticas preventivas y calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) de los docentes de la Universidad Nacional del Callao. Se utilizó el tipo de investigación cuantitativa, diseño no experimental y descriptivo-correlacional. La muestra estuvo conformada por 132 docentes de las 11 facultades de la Universidad Nacional del Callao, se empleó el muestreo estratificado simple. La técnica utilizada fue la encuesta con un cuestionario de prácticas preventivas conformado por 17 preguntas, que evalúa las siguientes variables: evaluación clínica, pruebas diagnósticas y protección específica; y la CVRS se determinó con el SF-36. Los datos obtenidos a través de los cuestionarios fueron procesados con el programa Excel y SPSS. Los resultados indican que, las prácticas preventivas de los docentes de la Universidad Nacional del Callao son de nivel regular, y que el nivel de su CVRS es también regular. Luego de realizar el contraste de hipótesis, se llegó a concluir que existe asociación entre las prácticas preventivas y la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao.

Palabras clave: prácticas preventivas, calidad de vida relacionada a la salud, docente universitario.

ABSTRACT

The thesis "Preventive Practices and Quality of Life Related to the Health of Teachers of the National University of Callao", has great relevance because it is known that there are conditions in higher education that affect the health of the teacher. This research aimed to determine the association between preventive practices and quality of life related to health (HRQL) of the teachers of the National University of Callao. The type of quantitative research was used, non-experimental design and descriptive-correlational. The sample consisted of 132 teachers from the 11 faculties of the National University of Callao, simple stratified sampling was used. The technique used was the survey with a questionnaire of preventive practices consisting of 17 questions, which evaluates the following variables: clinical evaluation, diagnostic tests and specific protection; And HRQL was determined with the SF-36. The data obtained through the questionnaires were processed with the Excel and SPSS program. The results indicate that the preventive practices of the teachers of the National University of Callao are of a regular level, and that the level of their HRQoL is also regular. After the hypothesis test was carried out, it was concluded that there is an association between preventive practices and the quality of life related to the health of the teachers of the National University of Callao.

Key words: preventive practices, quality of life related to health, teaching University.

SUMÁRIO

A tese "Práticas Preventivas e Qualidade de Vida Relacionadas com a Saúde da Docência da Universidade Nacional do Callao", tem grande relevância por saber que existem condições na educação superior que afectam a saúde do médico. Esta pesquisa teve como objetivo determinar a associação que existe entre as práticas preventivas e a qualidade de vida relacionada à saúde (CVRS) dos doutores da universidade Nacional do Callao. Se utilizou o tipo de pesquisa quantitativa, projeto não experimental e descritivo-correlacional. A amostra foi conformada por 132 doutores das 11 faculdades da universidade nacional de Callao, empregou o muestreo estratificado simples. A técnica utilizada foi a pesquisa com um questionário de práticas preventivas e foi preparada para 17 perguntas, que avaliou as seguintes variáveis: avaliação clínica, provas diagnósticas e proteção específica; O CVRS é determinado pelo SF-36. Os dados obtidos através dos questionários foram processados com o programa Excel e SPSS. Os resultados indicam que, as práticas preventivas dos doutores da universidade Nacional do Callao são de nível regular, e que o nível de seu CVRS é também regular. Depois de realizar o contraste de hipótese, chegou a uma conclusão que existe uma associação entre as práticas preventivas e a qualidade de vida relacionada com a saúde dos médicos da Universidade Nacional do Callao.

Palavras-chave: práticas de prevenção, qualidade de vida relacionada à saúde, professor universitário.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Identificación del Problema

El presente estudio de investigación es de gran relevancia, ya que evidencia la problemática existente en la actualidad en la educación superior, la cual posee diversos factores condicionantes que afectan directa o indirectamente la salud del docente. Se centra en comprender los problemas que afectan a la salud del docente universitario y que por ende afectaran su calidad de vida relacionada a la salud; sólo así, se podrán plantear estrategias innovadoras y más optimistas que permitan superar con éxito las contradicciones en relación con la profesión docente, a fin de buscar el bienestar docente.

Es sabido que, las condiciones laborales del docente universitario, que pueden afectar su salud, son propias de cada institución, y están en función a diversos factores como: presupuesto, el paradigma educativo, las políticas y normas vigentes, entre otros. Por otra parte, se puede afirmar que los docentes universitarios, durante el desempeño de su labor se enfrentan a múltiples factores, como: la interacción con los estudiantes, los procedimientos administrativos, el número de estudiantes, la asignación de horas lectivas y no lectivas, la metodología, la evaluación de sus estudiantes, por indicar algunos.

Actualmente, son muy escasos los estudios realizados al respecto, y más aún en nuestro país. Este estudio, permitiría visualizar las condiciones laborales de los docentes que pueden constituir factores de riesgo para su salud y por ende de su calidad de vida. El desconocimiento de estos aspectos importantes para la salud del docente universitario puede ocasionar que las políticas universitarias no logren los efectos deseados para alcanzar la calidad de la enseñanza superior.

En un estudio exploratorio realizado en el 2005 por la UNESCO en seis países de Latinoamérica y el Caribe, titulado Condiciones de Trabajo y Salud Docente, se encontró que la salud física docente está afectada por una serie de enfermedades diagnosticadas, siendo la gastritis (38.5%), los resfríos frecuentes (37.9%) y el estrés (36.6%) aquellas enfermedades con mayor predominancia y con una menor brecha entre los porcentajes de docentes que las padecen. En cuanto a malestares percibidos por los docentes en forma persistente en el último año, se evidencia que los tres predominantes ha sido el dolor de espalda (57.1%), la angustia (35.4%) y la dificultad para concentrarse (32.9%) (1). Los datos presentados corresponden sólo a la educación básica regular, pero sirve de referencia para los propósitos de la presente investigación.

Por otra parte, según datos del II Censo Universitario del 2010, existen 59 085 docentes a nivel nacional distribuidos en las universidades

públicas y privadas. Este censo, muestra que la docencia universitaria es una actividad que ocupa a personas distribuidas con una notable amplitud de edades, la mayor concentración de docentes se encuentran en el grupo etáreo de 45 y más años, con un 55,3%, seguido del grupo de 40 a 44 años (13,5%), de 35 a 39 años (13,3%), y finalmente los menores de 35 años que sólo constituyen el 17,5%.

Asimismo, se encuentran contrastes interesantes por sexo, la población de docentes hombres tiene mayor concentración en las edades mayores, mientras que en las mujeres cobra mayor importancia los grupos de menor edad, por ejemplo, entre los docentes varones el grupo que tiene menos de 35 años de edad asciende al 15,0%, mientras que en las mujeres el valor es de 23,1%.(2)

Actualmente, no existe información real acerca de la salud de los docentes universitarios de nuestro país, pese a que es una población numéricamente considerable. Asimismo, por ser una población adulta, en su mayoría, representa una oportunidad para proponer y diseñar modelos de atención dirigidos a mejorar su salud y por ende su calidad de vida.

En el caso de la Universidad Nacional del Callao, se cuenta con una población de 520 docentes, entre nombrados y en planilla, distribuidos en las once facultades; de los cuales no se tienen datos específicos acerca de las prácticas preventivas que realizan, ni mucho menos de su calidad de vida relacionada con su salud, es por ello que la realización de la presente investigación servirá de base para obtener información real y actualizada al respecto y en base a ello generar una serie de alternativas de solución; lo que se verá reflejado también en la mejora de la calidad universitaria.

1.2 Formulación de Problemas

1.2.1 Problema General

¿Cuál es la asociación que existe entre las prácticas preventivas y la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao?

1.2.2 Problemas específicos

- a. ¿Cuál es el nivel de las prácticas preventivas de los docentes de la Universidad Nacional del Callao?
- b. ¿Cuál es el nivel de calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao?
- c. ¿Cómo se asocian las prácticas preventivas con las dimensiones física, mental y social de la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar la asociación que existe entre las prácticas preventivas y la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao.

1.3.2 Objetivos específicos

- a. Identificar el nivel de las prácticas preventivas de los docentes de la Universidad Nacional del Callao.
- b. Identificar el nivel de calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao.
- c. Identificar la asociación de las prácticas preventivas con las dimensiones física, mental y social de la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao.

1.4 Justificación

Un adecuado nivel de calidad de vida constituye una de las condiciones favorables para el buen desempeño del docente universitario; sin embargo, este tema no ha sido abordado con la relevancia debida en el Perú, ya que los problemas de salud del docente no han merecido mayor atención, hasta la fecha.

Asimismo, el docente universitario constituye el sujeto de mayor importancia para el cambio y el mejoramiento de la calidad educativa, por lo que se debe tener en cuenta la existencia de ciertos factores que tienen que ver con su desarrollo personal y su labor, lo que finalmente va a determinar en gran medida la calidad de los aprendizajes de los educandos.

Siendo así, la calidad de vida del docente es un factor importante en la determinación de la calidad educativa, puesto que un docente enfermo no sólo "perderá" horas de clase en caso de ausentarse, por acudir a un establecimiento de salud o por descanso obligado, sino también en el caso que acudiese a laborar enfermo o con alguna molestia a su salud, no tendrá el mismo rendimiento en su labor.

En virtud a ello, el Documento Técnico: Promoviendo Universidades Saludables (MINSAs, 2010), contiene bases teóricas referenciales para orientar los esfuerzos de las universidades en la implementación de la promoción de la salud. Asimismo, plantea la finalidad de contribuir al desarrollo humano integral de los actores sociales de la comunidad universitaria: alumnos, docentes, administrativos y autoridades, a través de la promoción de la salud. (3)

En base a todo ello, el principal propósito de esta investigación es presentar una propuesta innovadora en nuestro medio, la cual incorpora la participación activa de los distintos actores sociales para la búsqueda de soluciones ante la posibilidad de encontrar bajos niveles de calidad de vida del docente universitario, monitoreando la aparición de etapas previas a la de la enfermedad propiamente dicha, a través de la detección de eventos centinelas que permitan determinar las unidades de mayor riesgo y las expresiones de manifestación temprana de alteraciones, lo que implica no circunscribirse a los efectos terminales de la enfermedad y a sus expresiones fenoménicas.

El objetivo fundamental de la propuesta es prevenir la enfermedad en la población de docentes, actuando sobre sus determinantes y detectar precozmente su padecimiento con el objeto de llevar a cabo acciones efectivas que permitan el pronto restablecimiento del docente y su rápida reinserción al ámbito laboral si se considerara necesario su alejamiento temporario.

El propósito final del presente estudio es dirigir los esfuerzos hacia una práctica educativa más saludable, en la cual se considere la verdadera importancia de contar con docentes que realicen prácticas preventivas y que ello se refleje en un mejor nivel de calidad de vida relacionado a la salud, con la finalidad de lograr contribuir adecuadamente a mejorar la calidad en la educación superior.

Cabe resaltar, que uno de los requisitos de la calidad de enseñanza es tener docentes saludables, entonces deben de adoptarse las medidas oportunas para ello. Por lo tanto, consideramos que la información obtenida en el presente trabajo de investigación constituye un insumo fundamental para iniciar la discusión sobre el tema, y colocarlo como prioritario en la agenda de cualquier institución superior.

Finalmente, la importancia y la utilidad educativa y social de este trabajo abarcan diferentes campos:

- a. Impacto educativo: la mejora de las prácticas preventivas del personal docente repercutiría en la calidad de la enseñanza y contribuiría a mejorar su nivel de calidad de vida.
- b. Impacto social: Al crear un ambiente más saludable, se mejoraría la comunicación entre los propios docentes, con un ambiente laboral más cooperativo y participativo. Asimismo, entre los docentes y alumnos, con relaciones más positivas y disminución de la deserción y/o fracaso en la vida universitaria.
- c. Impacto personal: aumentando la motivación del personal docente, gratificando y dignificando su profesión, se contará con docentes que desarrollen al máximo sus capacidades en bien de la institución.

- d. Impacto político: el estudio facilita la participación de los docentes en la mejora de su calidad de vida, a través de la toma de decisiones individuales y colectivas que se desarrollarán a lo largo de la investigación.

- e. Impacto Económico: el hecho de garantizar mejores prácticas preventivas y con disminución de ausentismo por enfermedad, permitirá la reducción de gastos presupuestales adicionales.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio.

Jorge Guzmán Muñiz y colaboradores. (México, 2007), en su estudio "Factores que influyen en la calidad de vida de profesores universitarios de la Universidad de Colima". Cuyo objetivo fue evaluar los factores que modifican la calidad de vida en profesores universitarios. Para ello, se realizó un estudio transversal con una muestra de 189 sujetos para analizar dichos factores, relativos al sexo, salario, estatus laboral y estado de salud. Estos datos fueron obtenidos utilizando una ficha de información sociodemográfica y la Escala de Calidad de Vida en Adultos. Se encontraron diferencias significativas, en el grupo de sujetos cuya percepción del padecimiento se categorizó como moderado o grave, en diversas sub-escalas. Respecto del sexo, solamente se hallaron diferencias en la sub-escala de satisfacción comunitaria. En contraste, no hubo diferencias significativas con base en el salario o estatus laboral. Como conclusión, se establece que, independientemente del sexo, salario o status laboral de los profesores universitarios, el principal factor que modifica la mayor cantidad rubros que comprenden la calidad de vida, es la salud. (4)

María Clara Rodríguez Salazar y colaboradores (Colombia, 2011), en el estudio titulado "Calidad de vida y actividad física en estudiantes, docentes y administrativos de una universidad de Bogotá". Tuvo como objetivo, identificar la relación entre el nivel de actividad física (AF) y la percepción de calidad de vida (CV) entre las personas que conforman la comunidad universitaria. El total de sujetos elegidos fue de 558 personas: 83 docentes, 33 administrativos y 442 estudiantes, seleccionados aleatoriamente entre todas las facultades y dependencias de la universidad. Los resultados fueron obtenidos a partir del empleo de la versión corta del Cuestionario internacional de actividad física (IPAQ), el Cuestionario de salud SF-36 y un instrumento para explorar las razones para realizar o no actividad física, desarrollado para la presente investigación. Se encontró una relación significativa y positiva entre la percepción de calidad de vida con respecto a la salud y los niveles de actividad física; dicha relación fue más acentuada en el grupo de administrativos, mientras que en el grupo de docentes se encontraron mayores niveles de actividad física.

(5)

Luz María Montiel Hijano (España, 2010). En la tesis titulada "La Importancia de la Salud Laboral Docente", concluye que el 80% del personal ha admitido que ha tenido un gran número de jornadas y cursos de formación a su disposición. Asimismo, el 80% del personal

ha manifestado que le preocupan los problemas de salud mental y que sería interesante contar con más asesoramiento para su prevención. El 60%, por su parte, ha manifestado que le preocupan los problemas de salud física, lo cual podría quedar solventado en gran medida contando con mejores infraestructuras y mobiliario en la escuela. Es importante añadir que el 90% del profesorado considera que ha sido muy conveniente prestar atención y reflexionar acerca de los problemas de salud. Entre los problemas de salud física más frecuentes presentados entre el personal docente se encuentran, en este orden, las sobrecargas musculares, problemas posturales, dolores de cabeza, trastornos en la voz y problemas alérgicos. Los problemas de salud física que afectan en menor medida a nuestro personal son los siguientes: problemas de tensión arterial, problemas de visión, dolores de garganta, gastroenteritis y resfriados. (6)

Arzamendia, Gladys. (Paraguay, 2011), en la investigación "Calidad de vida y enfermedades crónicas no transmisibles en docentes que participan de programa de prevención y promoción de salud", concluyen que, en la puntuación de calidad de vida que incluye el aspecto físico, psicológico, social y ambiental de los participantes: la mitad la considera como moderada, seguido de un porcentaje menor con la valoración cualitativa "bastante". En esto puede tener influencia el propio pensamiento y su carácter subjetivo, la toma de decisiones

que perturban la salud, alimentación poco saludable, enfermedades derivadas del ejercicio, alta carga horaria y en condiciones inadecuadas, el sedentarismo, dificultades en las relaciones interpersonales, a los que se suma el salario insuficiente para la cobertura de necesidades básicas, entre otros. Asimismo, se identifica que el docente manifiesta estar entre "bastante y moderadamente" satisfecho con su salud. Estos resultados se aproximan a los porcentajes de percepción subjetiva de salud, valorada en general como "buena". (7)

Sandoval I. (Costa Rica, 2006), en el estudio "Resultados de la encuesta a docentes universitarios", en el cual se realizó preguntas sobre sus estilos de vida y elementos de su calidad de vida, los docentes refieren elevadas prácticas de actividad física (72 %), el 43 % pertenece a algún grupo social, político o religioso, realizan dos visitas al año al médico general y al dentista, algunos consumen frutas todos los días (69 %) y verduras (66 %), menos del 10 % fuma cigarrillos diariamente y el 16 % consume alcohol los fines de semana y casi el 20 % una vez semanal. (8)

2.2 Bases Epistémicas

2.2.1 Bases Epistémicas de la Prevención en Salud

Dentro del proceso de modernización industrial, que coincidió con la instauración del modo de producción capitalista, se hace evidente el desarrollo de la salud; este proceso, que no sólo afectó a la estructura del saber sobre la enfermedad, sino también a su proyección sociopolítica y a su propia autocomprensión como disciplina científica, culminó con la formulación de un ambicioso programa medicalizador cuyas implicaciones más salientes fueron descritas con gran agudeza por Michel Foucault: "En vez de permanecer como lo que era, el seco y triste análisis de millones de achaques, la dudosa negación de lo negativo, [la medicina] recibe la hermosa tarea de instaurar en la vida de los hombres las figuras positivas de la salud, de la virtud y de la felicidad. [...] No debe ser sólo el "corpus" de las técnicas de la curación y del saber que éstas requieren; desarrollará también un conocimiento del *hombre saludable*". (9)

En ese contexto, surge una nueva filosofía sanitaria basada en la búsqueda del bienestar individual y social, para lo cual, las ciencias médicas tienen un papel de mediación entre los individuos y las nuevas exigencias sociales del capitalismo; surgiendo así una nueva categoría de análisis histórico y sociológico, "*el homo hygienicus*", propuesta por Labish (1985). (10)

Entiéndase como "*homo hygienicus*", al hombre, el cual por encima de cualquier otra cosa considera la salud como su meta vital, y por ello se somete a los principios de una vida basada en postulados científico-médicos. (11)

El hombre es un fin en sí mismo, no un mero medio o un simple objeto, en este contexto, mantenemos nuestras esperanzas, porque la ciencia la hacen los hombres para mejorar nuestro modo de vivir. Esto presupone una antropología, que se explicita de la siguiente manera: En una comunidad científica, el objeto de la ciencia se relaciona con los seres humanos y la finalidad supone la presencia del hombre y de la sociedad. Luego, la mayoría de los científicos (como seres humanos), son también personas responsables o con valores humanitarios, y sus propios principios también influyen en sus quehaceres. La metodología científica tiene propósitos positivos, elección de problemas, búsqueda de soluciones, etc. Todo esto, nos predispone a pensar que con el apoyo filosófico, es posible llegar a construir un genuino humanismo científico íntegro y saludable.

2.2.2 Bases Epistémicas de la Calidad de Vida

El hombre en su afán por obtener el máximo bienestar social, ha desarrollado actividades que han generado problemas ambientales, y esto ha sido motivo de reflexión acerca de la necesidad de superar dichos problemas para mejorar la calidad de vida.

Comprender la calidad de vida del docente universitario requiere la búsqueda continua de un equilibrio dinámico entre el conocimiento intuitivo y el conocimiento racional, lo cual choca con la racionalidad científica newtoniana-cartesiana tradicional propia de la civilización occidental, en la que se privilegia el desarrollo de lo racional e intelectual (la autoafirmación, el individualismo) y se obvia el cultivo de la sabiduría intuitiva (la integración) como dimensión relevante del conocimiento. (12)

Algunos sostienen que la calidad de vida se debe medir en términos de utilidad, ya sea esta felicidad o satisfacción de deseos. *Epicuro* dividió las necesidades humanas en tres clases: naturales y necesarias (alimento y vestido), son relativamente fáciles de satisfacer; naturales pero no necesarias, (satisfacción sexual por ejemplo); y las que no son naturales ni necesarias, (lujo, abundancia, fausto y esplendor), siendo su satisfacción muy difícil. (13)

La distribución de la calidad de vida se considera para identificar categorías sociales que necesitan un especial cuidado como guía de la política social, inspirándose en el credo utilitarista de que el "fin

último" de la política debería ser promover "la mayor felicidad para el mayor número de personas". Esta filosofía está en la base ideológica del estado de bienestar del siglo XX, propulsor de la investigación en calidad de vida. El enfoque utilitarista queda sujeto a controversia, para *Bueno*, dicha controversia remite a la filosofía de la ciencia, la política del conocimiento, el modelo de sociedad y el concepto de ser humano como actor individual y social. Como puede apreciarse, la definición de calidad de vida humana implica necesariamente una antropología filosófica. Este autor hace un enfoque dialéctico: calidad individual frente a calidad colectiva. ¿Y a qué se le llama individual o colectivo? *Carl Jung* desarrolló una teoría acerca del inconsciente colectivo. Establece que existe un lenguaje común a los seres humanos de todos los tiempos y lugares del mundo, que serían representaciones simbólicas primitivas a través de las cuales se expresa un contenido de la psiquis que está más allá de la razón. (14)

La Calidad de vida está íntimamente vinculada a las capacidades de una persona, es decir, a la libertad que cada uno tiene de elegir la clase de vida que quiere para sí. Para explicitar las bases filosóficas de la ética de las capacidades, *Sen* recurre a *Aristóteles*: "las relaciones conceptuales más importantes parecen ser las vinculadas con la noción aristotélica del bien humano". Debe establecerse primero la función del hombre y luego explorar la vida en el sentido de actividad. *Nussbaum* citada por *Conill J*, postula "una lista de

funcionamientos que constituyen una buena vida humana" y una filosofía esencialista, según la cual la vida humana tiene ciertos rasgos centrales definitorios. (15)

Sin duda, se debe tener una concepción integral del ser humano, en el que confluyen lo biológico, psicológico, social, ético, político, cultural, histórico, económico, espiritual y lo estético, sin que *a priori* ningún aspecto prevalezca para la Calidad de vida, si bien para algunos la clave puede estar en lo económico, otros consideran que lo cardinal está en el ser y el hacer, en la capacidad de elegir el logro de buenos fines a través de buenos medios. Es decir, la integración de la reflexión y la acción, en vista que entender el porqué de algo hace más fácil el hacer frente al cómo.

La calidad de vida está profundamente condicionada por la cultura, y depende estrictamente del conjunto de valores de los individuos y de los grupos sociales. Para *Gracia*, la calidad de vida se estructura en dos niveles, uno público y uno privado. Cada individuo define individual y socialmente su sistema de valores, su concepto de vida, de calidad y de felicidad. Desde ahí establece el propio proyecto de vida. Esta es la "ética de máximos", expresada en los principios de autonomía y beneficencia, la cual es deseable pero no exigible. Al mismo tiempo, los miembros de una sociedad deben contratar un conjunto de valores que sean respetados por todos, aun

coactivamente. De allí que la "ética de mínimos", (ética pública), asume la definición general de calidad de vida que realiza la sociedad expresada en forma de leyes, sustentada en los principios de no maleficencia y de justicia. (16)

La calidad de vida es un constructo social que surge en un marco de rápidos y continuos cambios sociales, por ello, el concepto de calidad de vida ayuda a retomar la perspectiva del sujeto, superando y envolviendo el concepto de bienestar. Por ello resulta difícil acotarla, en vista que se construye socialmente como una representación que un colectivo puede tener sobre su propia vida. De ahí, la necesidad de profundizar en los análisis de las experiencias subjetivas y en los procesos que implican el desarrollo de la identidad social, destacando en la calidad de vida la espiritualidad, ya que el bienestar pleno es posible en los marcos de una vida dotada del sentido que ofrece el sistema de valores que el ser humano porta en su contexto social y cultural. La satisfacción óptima de las necesidades y por ende la consecución de altas cotas de calidad de vida es preciso buscarlas donde lo subjetivo y lo objetivo se funden, con base en una concepción sistémica y compleja de la realidad, en la que la idea de proceso permite entender la calidad de vida como una realidad dinámica, abierta y continuamente emergente. Los componentes de la calidad de vida se muestran como una realidad en la que hay muchos elementos emergentes que pueden interaccionar y

retroaccionar en forma sinérgica, antagónica o complementaria para generarla y modificarla constantemente, tanto en la dimensión individual y colectiva, de lo impreciso e inacabado del conocimiento que sustentan la matriz epistémica de la complejidad y el pensar sistémico.

Según la teoría general de sistemas, el mundo se concibe sobre la base de la interrelación y la interdependencia de todos sus fenómenos. Un sistema, desde este punto de vista, es una unidad integrada cuyas propiedades no pueden reducirse a las de sus partes, cada sistema está organizado formando estructuras poliniveladas, donde cada nivel comprende un número de subsistemas que forman una unidad respecto a sus partes y una parte respecto a una unidad mayor. (17)

Entonces, asumiendo la concepción sistémica, cada docente universitario es un subsistema que es a la vez una unidad y parte de otra, poniendo de relieve la necesidad de conjugar y complementar la integración (lo intuitivo, lo gregario) y la autoafirmación (individualidad), que permita lograr un equilibrio que nace de la interacción dinámica de tendencias complementarias que hacen que el sistema sea flexible y abierto al cambio. El desequilibrio entre estas tendencias, particularmente un comportamiento agresivo y

competitivo a ultranza, podría condicionar un deterioro sostenido de la calidad de vida del docente universitario.

Asimismo, la Calidad de Vida, puede ser explicada bajo el paradigma de la Complejidad postulada por *Morin*, quien propugna tres principios que facilitan el pensar complejo: el principio dialógico, el recursivo y el hologramático.

El principio dialógico hace referencia a la interacción y relación entre los polos, lo que facilita la comprensión de lo dual en medio de la unidad y de la unidad en lo dual. Dicho principio contempla la oposición, la complementariedad y la confluencia de los polos; funciona cuando emergen contradicciones conectadas e indisolubles, como en la mayoría de las antinomias, lo cual podría hacerse patente en la contradicción autonomía/dependencia económica o social presente en la vida del docente universitario en relación con sus ingresos económicos y sus necesidades a satisfacer. (18)

En la complementariedad se produce un movimiento de acercamiento entre los polos, una tendencia conectora: lo que se dificulta para un sujeto individual, se puede hacer posible por la conexión de colectivos con perfiles similares, como es el caso de los docentes universitarios. La confluencia o integración de los polos, permite aproximarse a interpretar la calidad de vida del docente universitario yendo más allá de las especificidades de cada persona sin dejar de reconocerlas.

El principio recursivo sostiene que las consecuencias, efectos o productos se constituyen de nuevo en causas, elementos o componentes productores que actúan de nuevo sobre aquello que los produjo. El término autopoiesis consiste en la capacidad de los seres vivos para desarrollar, conservar y producir su propia organización, de modo tal que esa organización que se desarrolla, conserva y produce es idéntica a la que lleva a cabo el proceso. Se trata de una red de procesos de producción. (18)

La red es producto de sus elementos o componentes y de igual modo los produce, como puede ocurrir en la red de interacciones de los elementos que conforman la calidad de vida del docente universitario.

El principio hologramático "el todo está en cierto modo incluido (engramado) en la parte que está incluido en el todo". En el universo la presencia del principio hologramático está involucrado en todos los órdenes, desde las imágenes fractales hasta en una sociedad se puede observar que en un individuo se condensan los patrones culturales, el lenguaje, las normas, reglamentos, que son la organización misma de la sociedad, y es capaz de reproducirlos generación tras generación, manteniéndose las posibilidades de cambio, evolución y transformación generadas por las interrelaciones entre las partes, como puede ocurrir con la calidad de vida del docente

universitario y sus componentes entramados en torno a sus dimensiones. (18)

Cuando intentamos aproximarnos a la realidad de la calidad de vida del docente universitario aprehendemos una parte que es todo y que funge de parte simultáneamente. Por su lado, el principio de retroactividad permite la superación de la causalidad lineal en tanto que no solo la causa genera un efecto, sino que este puede retroactuar sobre la misma, con una retroacción negativa estabilizando el sistema, o con una retroacción positiva determinando una tendencia o desviación hacia una nueva situación incierta.

Además *Morin* y otros, señalan que el método contiene un conjunto de principios metodológicos que configuran una guía para un pensar complejo, agregando a los ya tratados, los principios sistémico, de retroactividad, de autonomía/dependencia y de reintroducción del cognoscente en todo conocimiento.

El principio sistémico permite relacionar el conocimiento de las partes con el del todo. Cuando intentamos aproximarnos a la realidad de la calidad de vida del docente universitario aprehendemos una parte que es todo y que funge de parte simultáneamente. Por su lado, el principio de retroactividad permite la superación de la causalidad lineal en tanto que no solo la causa genera un efecto, sino que este puede retroactuar sobre la misma, con una retroacción negativa

estabilizando el sistema, o con una retroacción positiva determinando una tendencia o desviación hacia una nueva situación incierta. La calidad de vida del docente universitario lleva implícitos procesos favorables y potencialmente destructivos tanto para el profesor como ser individual como para el colectivo de trabajadores de esta área.

Con el principio de autonomía/dependencia se introduce la idea de proceso auto-eco-organizacional, consideran los autores que no hay posibilidad de autonomía sin múltiples dependencias. Son diversas las dependencias que permiten construir nuestra organización autónoma, por ejemplo, la interdependencia de los componentes propios de lo singular, lo particular y lo general que configuran la calidad de vida del docente universitario.

Finalmente, el principio de reintroducción del cognoscente en todo conocimiento pretende devolver el protagonismo a aquel que había sido excluido por un objetivismo epistemológico ciego. El sujeto construye la realidad, construcción que por cierto es incierta porque el sujeto está dentro de la realidad que trata de conocer, no existe el punto de observación absoluto, más bien la posibilidad de una multiperspectiva a través de los abordajes interdisciplinarios, como ha de ser el estudio de la calidad de vida del docente universitario.

Finalmente, considerar el sentido de la vida como un componente articulador de la complejidad de la Calidad de Vida nos permite

acceder a la idea de la Calidad de Vida como proceso que integra al sujeto. La supradefinición define a la Calidad de Vida como un grado óptimo de la satisfacción de las necesidades humanas. Las subdefiniciones, aunque exceden al alcance de la investigación, se pueden buscar mediante estadios intermedios a través de sistemas de indicadores. Y finalmente la articulación es múltiple, y múltiple entre diferentes planos de componentes, aunque también exceden a nuestro objeto de investigación. La idea de proceso se nos manifiesta como fundamental y nos revela a la Calidad de Vida como una nueva dimensión receptora de los vertidos de múltiples dimensiones, y a la vez es recurrente al permitir la irradiación de éstas, sin que pierdan personalidad. La idea de proceso nos permite entender a la Calidad de Vida como realidad dinámica, abierta y continuamente emergente. Ahora estamos en condiciones de establecer una contextualización diacrónica en donde la dimensión de la Calidad de Vida se nos presenta como síntesis y superación de conceptos como el de felicidad, y el concepto de bienestar.

Por lo tanto, la calidad de vida es un constructo interdimensional, polinivelado, complejo y sistémico, a cuyo abordaje integral es posible aproximarse haciendo uso de los principios del paradigma de la complejidad, a los fines de evitar el reduccionismo del pensamiento lineal y percibir su realidad dinámica en toda su riqueza, incluyendo su incertidumbre inherente; por lo que se hacen necesarios los

abordajes de la calidad de vida del docente universitario desde múltiples perspectivas, con amplitud de criterio y con la concepción sistémica y compleja de la realidad, intentando configurar la red de interrelaciones de sus múltiples componentes y dimensiones.

2.3 Bases Teóricas

2.3.1 Bases Teóricas de Prácticas Preventivas

Existen cuatro modelos teóricos que explican los comportamientos dirigidos a la protección de la salud y prevención de la enfermedad, siendo estos los siguientes:

a. Modelo de las Creencias Sobre la Salud (Becker, 1974)

El Modelo de Creencias en Salud fue desarrollado en los años 50, debido al interés por buscar una explicación a la falta de participación pública en los programas de detección precoz y prevención de enfermedad. Este modelo está basado en las teorías del valor esperado (expectativas) cuyo postulado básico es que la conducta depende principalmente de dos variables, el valor que la persona da a un determinado objetivo y la estimación que la persona hace sobre la probabilidad de que al llevar a cabo una acción determinada se logre el objetivo deseado.

La idea principal que defiende el modelo es que las conductas de una persona están determinadas por la amenaza percibida a su salud. Esta vulnerabilidad que se experimenta, a su vez, está condicionada

por la percepción acerca de la susceptibilidad hacia la enfermedad y la severidad percibida de las consecuencias de adquirirlas. Un incremento en la percepción de vulnerabilidad ante una amenaza para la salud produce una motivación y un fortalecimiento de las conductas de protección hacia esa amenaza. Además se hace una estimación de los costes/beneficios de llevar a cabo la conducta, de manera que la persona utilizará una serie de claves o señales bien externas o internas que le ayudará a determinar la decisión de puesta en práctica de la conducta. En conjunto, si hay una disposición alta para emitir la conducta y las barreras consideradas son bajas, es probable que realice la conducta preventiva o de salud, al contrario, se omitirá la acción. Dentro de las contribuciones de este modelo se encuentran: conceptualizar las creencias como elementos relevantes para la interpretación de las conductas de los individuos en lo referente a la salud y la enfermedad. (19)

Así pues, de acuerdo a este modelo, se puede predecir la ocurrencia de una conducta de salud (o preventiva de la enfermedad) cuando el sujeto en cuestión se percibe como susceptible a un problema de salud que le amenaza, que valora como grave y respecto al cual considera que la acción que puede emprender será beneficiosa y no demasiado onerosa. En otras palabras, lo que se sugiere es que el conjunto de creencias del individuo produce algún grado de preparación psicológica para actuar encarando el problema de salud.

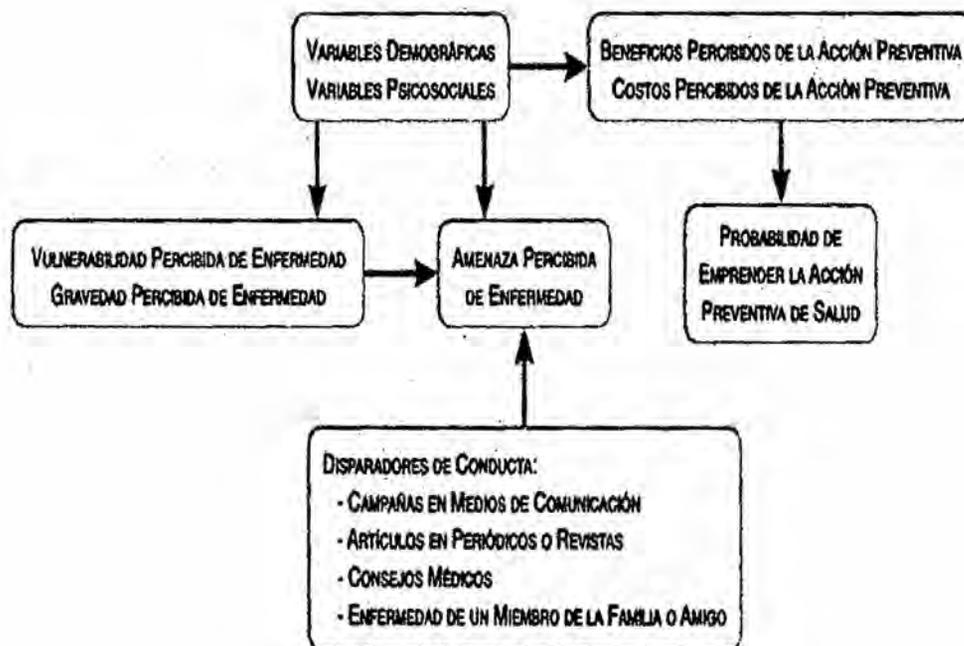


Figura 1. Aplicación del modelo de creencias sobre la salud aplicado a la predicción de la conducta de salud o conducta preventiva (Becker y Maiman 1975)

b. La teoría de la motivación hacia la protección (Rogers, 1983)

Este modelo, desarrollado inicialmente por Rogers (1975 y 1983), postula que el individuo se encuentra expuesto a dos tipos de estímulos: en tanto unos son de carácter externo (o *medioambiental*, entre los que se contarían los impactos debidos a las correspondientes campañas, pero no y ni mucho menos—exclusivamente), otros tienen un carácter interno (o *intrapersonal*, estando relacionados con las variables condicionantes de la personalidad del individuo, así como con su experiencia vital previa). Unos y otros ejercen su influencia condicionante sobre los procesos cognitivos intermedios y sucesivos a través de los cuales se evalúan

y sopesan las ventajas e inconvenientes de modificar la conducta de acuerdo con lo sugerido, de mantenerla tal cual se venía haciendo –y aun cuando ésta sea claramente asumida como errónea–, o incluso de intensificarla. En todo caso –aunque con mayor o menor intensidad, según las implicaciones– tendrá un papel destacado el *miedo* a las consecuencias que, para uno mismo (*directas*), para otros individuos cercanos (*inmediatas*), o para otros grupos sociales o la sociedad en general (*genéricas*) se puedan derivar.

Más en concreto, en la *evaluación/valoración de la amenaza* se considerarán los componentes relevantes a la hora de establecer –y percibir– la vulnerabilidad del individuo ante una circunstancia particular (la conducta a evitar), y la severidad de las consecuencias de que ésta se continúe produciendo. Sus resultados influirán, junto al *miedo*, a la hora de proceder a la *evaluación/valoración del afrontamiento*, en la que se considerarán y sopesarán los beneficios intuitivamente percibidos del cambio inducido con los costes asimismo percibidos. Llegados a este punto, la motivación para adoptar la conducta sugerida surge mayormente de las expectativas del individuo acerca de que aquélla pueda reducir la probabilidad o severidad del daño derivado de mantener las pautas de conducta actuales (Weinstein, 1993), a la vez que la capacidad de persuasión del llamamiento hacia el nuevo comportamiento viene indicada por la

mayor o menor intención de adoptar las recomendaciones y ponerlas en práctica de una forma efectiva (Cismaru y Lavack, 2006).

Las variables que influyen en la respuesta actitudinal y conductual de los individuos pueden agruparse en las cinco categorías de *vulnerabilidad* percibida, *severidad* percibida, *eficacia de la respuesta* percibida, *autoeficacia* percibida, y *coste* percibido del nuevo comportamiento.

En síntesis, las variables agrupadas dentro de la categoría de *vulnerabilidad* percibida hacen referencia a la percepción subjetiva que cada individuo tiene acerca del riesgo de que le suceda algo negativo, y en esta misma línea, las correspondientes a la *severidad* percibida tienen que ver con la percepción igualmente subjetiva de la mayor o la menor intensidad (seriedad, implicaciones) del suceso concreto. Por su parte, la *eficacia de la respuesta* percibida se relaciona con la creencia personal de que la conducta recomendada será efectiva para reducir o eliminar el peligro. La *autoeficacia* percibida se refiere a la creencia personal de que uno puede llevar a cabo los comportamientos sugeridos (o, lo que viene a ser lo mismo, superar el coste derivado, una vez asumida la bondad de la nueva conducta). Finalmente, el *coste* percibido refleja los impedimentos para seguir la conducta recomendada (incluyendo costes no monetarios, en términos de tiempo, esfuerzo, molestias, etc.).

Resultado de las diferentes evaluaciones y valoraciones, y de acuerdo con la formulación estándar de la *Teoría de la Motivación para la Protección* (Floyd, Prentice-Dunn y Rogers, 2000), la conducta subsecuente del individuo se clasificará como de *afrentamiento adaptativo* (esto es, aceptación y puesta en práctica de la conducta sugerida) o *afrentamiento inadaptado* (rechazo de dicha conducta). No obstante, por nuestra parte, y a tenor de los comentarios realizados en el apartado precedente, preferimos considerar la existencia de una triple posibilidad. (22)

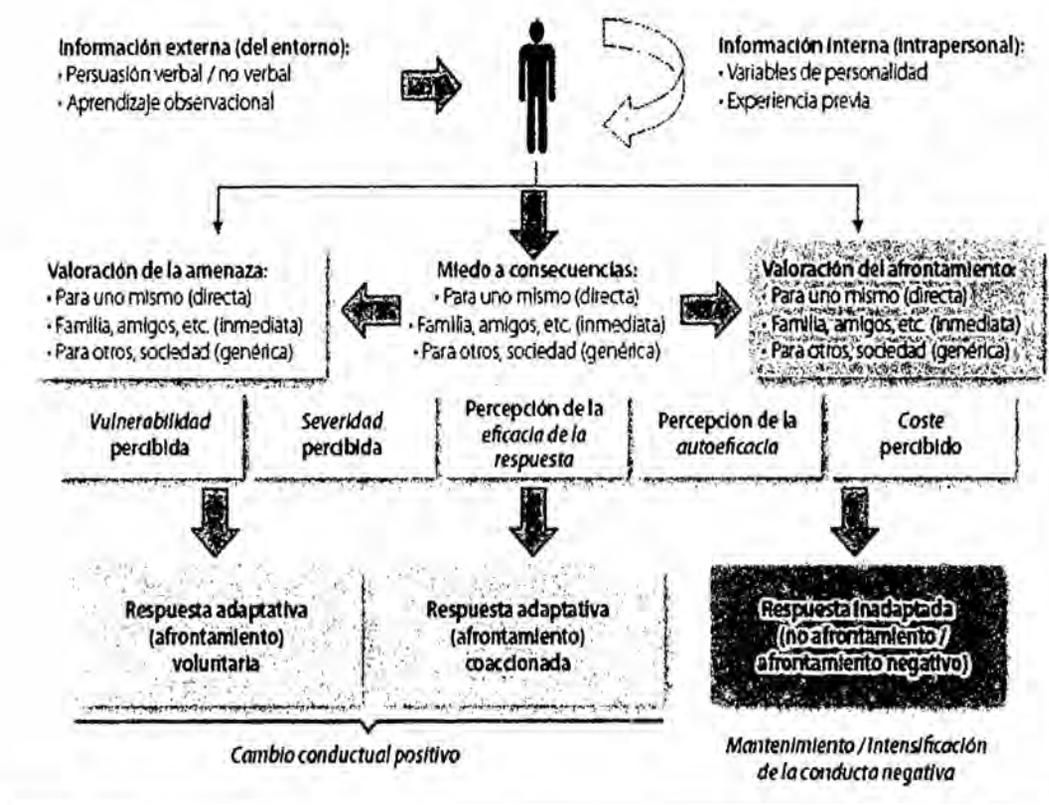
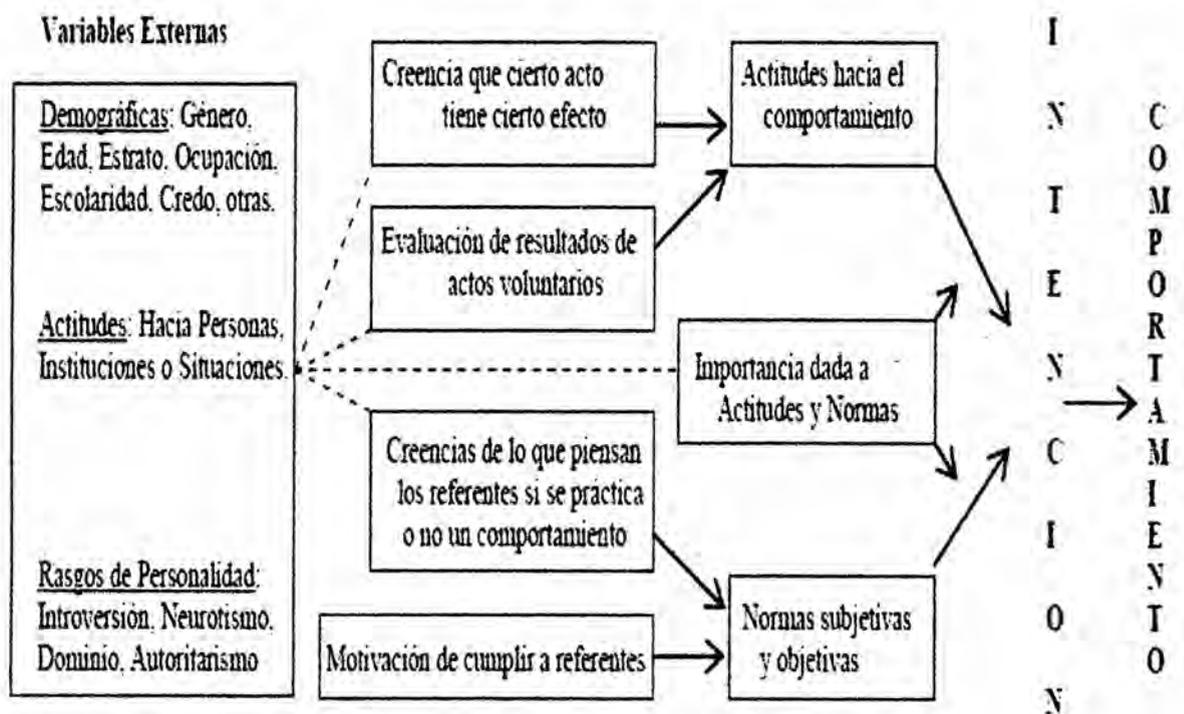


Figura 2. El modelo de la Teoría de la Motivación para la Protección (Floyd, Prentice-Dunn y Rogers, 2000)

c. La Teoría de la Acción Razonada (Fishbein, 1980).

La Teoría de la Acción Racional (TAR), surgió como un producto del conocimiento acumulado en psicología social respecto de las relaciones entre actitudes, creencias y comportamientos humanos. Fue desarrollada para predecir y explicar comportamientos de relevancia social que están bajo el control de la voluntad de las personas; virtualmente podría explicar cualquier comportamiento sobre el que las personas tuviesen control voluntario, asume la premisa central que intenciones y comportamiento resultan de procesos racionales. En la perspectiva de la TAR, la intención personal para ejecutar un comportamiento es función, a su vez, de dos determinantes: primero, la actitud de la persona en relación a la conducta de acuerdo con sus creencias sobre las consecuencias de practicar ese comportamiento e, segundo, la percepción de la persona sobre las presiones sociales o las normas ejercidas sobre la persona por parte de su grupo de referencia, como son los padres, amigos y pares para adoptar un comportamiento determinado. (20)



----- Posibles explicaciones de relaciones observadas entre variables externas y el comportamiento
 → Relaciones teóricas estables entre las creencias y el comportamiento

Figura 3: Esquema de la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein, 1980)

d. La Teoría del Comportamiento Planeado (Ajzen)

La Teoría del Comportamiento Planeado (TCP), es un desarrollo estructurado de Ajzen, discípulo de Fishbein, que expandió la TAR hacia la explicación de comportamientos tanto voluntarios como involuntarios al incorporar el control comportamental percibido a las actitudes y las normas sociales como un tercer determinante inmediato de la intención hacia un comportamiento, resaltado en el siguiente esquema:

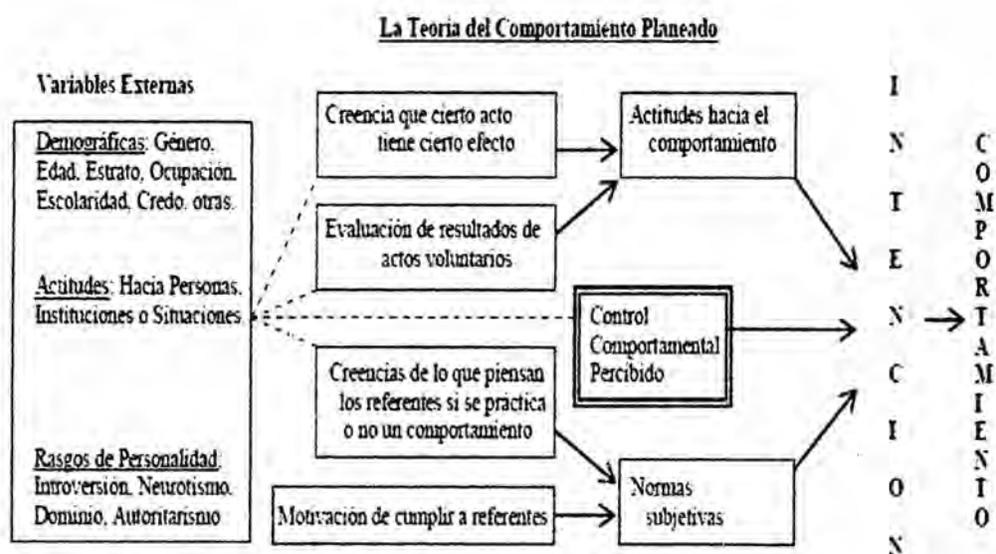


Figura 4: Esquema de la Teoría del Comportamiento Planeado (Ajzen, 1982)

Esta variable, el control comportamental percibido, aparece en la TCP como una variable funcionalmente similar al constructo de auto-eficacia existente en la versión más desarrollada de la teoría cognitivo social-TCS de Alberto Bandura. Sin embargo, por su ubicación en el conjunto de variables y la forma de operar, son diferentes.

Mientras la auto-eficacia en la TCS es medida por la valoración de la confianza total que una persona tiene en que puede realizar una conducta determinada aún en presencia de una serie de obstáculos específicos, el control comportamental en la TCP se mediría por la valoración perceptual que la persona hace de la facilidad o la dificultad involucrada en la ejecución de un comportamiento.

Respecto de la interacción de la percepción en el modelo de creencias en salud, las variables preceptuales del dúo teórico formado por la TAR y la TCP es que estas últimas ofrecen un peso importante a las

percepciones que las personas tienen de las actitudes u opiniones de otras personas referenciales al comportamiento que es objeto de interés. (21)

Hay una serie de conceptos que comparten las cuatro teorías, el primero de ellos es que la anticipación de una consecuencia negativa para la salud y el deseo de evitar esta consecuencia o de reducir su impacto da lugar a una motivación hacia la autoprotección. El segundo concepto compartido es que los beneficios esperados de la reducción del riesgo deben ser contrapuestos a los costes esperados de actuar para proteger la salud. Una característica común de los cuatro modelos teóricos es que ninguno de ellos predice en qué medida tendrá lugar el comportamiento de protección de la salud, sino que lo que se predice es la probabilidad relativa de la acción de protección en determinados individuos o en individuos pertenecientes a determinados grupos de tratamiento. Estas teorías difieren en el grado de especificidad que aportan en el estudio de los costes de la acción. El modelo de las creencias sobre la salud implica que se pueden tomar en consideración varios tipos de costes al mismo tiempo. La teoría de la motivación hacia la protección añade variables diferentes que conciernen a las recompensas internas y externas que se pierden al abandonar el comportamiento que produce un riesgo. También hay diferencias entre las cuatro teorías respecto a cómo explican el concepto de autoeficacia.

2.3.2 Bases Teóricas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud

a) Teoría del autocuidado

Dorothea Orem presentó su teoría en la década de los cincuenta y la publicó en 1972, definiéndola como Teoría del autocuidado, la cual está compuesta por tres teorías relacionadas:

Autocuidado. Consiste en la práctica de actividades que las personas maduras inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por sus propios medios y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano para continuar con el desarrollo personal y su bienestar.

Déficit de autocuidado. Se produce cuando la relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica y la capacidad de autocuidado desarrollada no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente. Aquí actúan los sistemas de enfermería.

Sistemas de enfermería. Son las acciones que realiza la enfermería, de acuerdo con las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la

actividad de autocuidado de los mismos. Esta teoría de enfermería aporta la enseñanza de manejo de signos y síntomas de los pacientes, buscando conductas de independencia y bienestar. La enfermera tiene en cuenta la cultura y habilidad de los pacientes al enseñarles y proporcionarles el cuidado. La independencia del paciente le genera mejor calidad de vida.

Asumiendo que el autocuidado es una función reguladora del hombre, que las personas deben, deliberadamente llevar a cabo, por sí solas, 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 actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar; consideramos que el autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y la limitación de la acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería.

Como se puede apreciar, la realización del autocuidado requiere de una acción intencionada y calculada, la que está condicionada por el conocimiento y el repertorio de habilidades de la persona y se basa en la premisa de que los individuos saben cuándo necesitan ayuda y,

por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar. No obstante, las personas pueden elegir la no-acción, es decir, pueden decidir no iniciar una conducta de autocuidado cuando es necesaria, por razones que incluyen la ansiedad, temor, o tener otras prioridades.

Orem plantea que las actividades de autocuidado se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, el desarrollo y el estado de salud puede afectar la capacidad que tenga el individuo para realizar las actividades de autocuidado. Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos, según esta investigadora identifica en su teoría tres categorías de requisitos de autocuidado para el desarrollo de la actividad de enfermería teniendo en cuenta que estos requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados. (22)

Se puede afirmar, finalmente, que el ser humano tiene la capacidad para cuidarse, y este autocuidado se aprende a lo largo de la vida, principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las diferentes relaciones interpersonales. Es por ello, que no es extraño reconocer en los seres humanos prácticas de autocuidado aprendidas

en el seno de la familia, la escuela y entorno social. Todo ello, confluye para la adquisición de un nivel de calidad de vida aceptable.

b) Teoría homeostática del bienestar

Se entiende como bienestar social "al conjunto de factores que participan en la calidad de la vida de la persona y que hacen que su existencia posea todos aquellos elementos que den lugar a la tranquilidad y satisfacción humana. El bienestar social es una condición no observable directamente, sino a partir de juicios como se comprende y se puede comparar de un tiempo o espacio a otro". El bienestar, como concepto abstracto que es, posee una importante carga de subjetividad propia del individuo, aunque también aparece asociado con algunos factores económicos objetivos" (23)

Cummins, Eckersley, Pallant, & Davern, desarrollaron su teoría homeostática del bienestar subjetivo. Esta teoría señala que el bienestar subjetivo opera en un nivel abstracto, es decir, no específico, que puede ser medido –para el caso de la satisfacción por la vida- mediante la pregunta: "¿Qué tan satisfecho está usted con su vida como un todo?". A pesar de lo genérico de la cuestión, la respuesta que la gente da, refleja su estado general de bienestar subjetivo, el cual es el nivel en el que el sistema homeostático trabaja como una consecuencia de la adaptación. En este contexto teórico se

ha señalado que: Para las personas que tienen un funcionamiento normal de su sistema homeostático, sus niveles de bienestar subjetivo generalizado mostrarán una pequeña relación con las variaciones en sus circunstancias crónicas de vida. El sistema homeostático tiene el rol de crear un sentido positivo de bienestar que es no específico y sí altamente personalizado, y que concierne sólo al bienestar percibido del individuo que está haciendo la valoración y únicamente en el sentido más general. Por su alto nivel de abstracción, la estimación global de la satisfacción por la vida como indicador del bienestar subjetivo no puede brindar información acerca de los componentes de la vida que también contribuyen a este sentido de bienestar. Se necesita evaluar también la satisfacción por diversos dominios de la vida. (Arita, 2005 p. 122). Con fundamento en lo anterior, los dominios del bienestar personal son, en orden de importancia, las relaciones personales, el nivel de vida, la seguridad personal, la salud, los logros en la vida, la seguridad futura y las relaciones con la comunidad. En cuanto al bienestar local, la posición de los dominios es, a saber: situación económica, seguridad local, condiciones sociales, estado del medio ambiente y negocios. Además, los dominios del bienestar local están menos relacionados entre sí y son más libres de reflejar cambios de manera separada. Lo señalado es consistente con la teoría homeostática, que establece que el bienestar subjetivo es activamente controlado y mantenido por un grupo de mecanismos

psicológicos que funcionan bajo el control de la personalidad. Tales mecanismos son más evidentes en el nivel general de bienestar personal. Es decir, en tanto que la satisfacción por la vida como un todo se aproxima a un punto homeostático, no sucede lo mismo con los dominios. Así, las preguntas en el nivel de los dominios están dirigidas a identificar aspectos de la vida en los que la información más específica se procesa y, entonces, la influencia homeostática en la respuesta por los dominios específicos de la vida se diluye. Por lo tanto, el nivel de satisfacción para los dominios puede variar por arriba o por debajo del punto homeostático. (24)

La teoría homeostática del bienestar subjetivo de Cummins y sus colaboradores plantea que el bienestar está activamente controlado y mantenido por un grupo de mecanismos psicológicos que son más evidentes en el nivel general del bienestar personal, por lo cual aparece una evaluación más alta para éste que para el bienestar sentido por la localidad. Lo mismo sucede con el índice de bienestar personal y el índice de bienestar para la localidad.

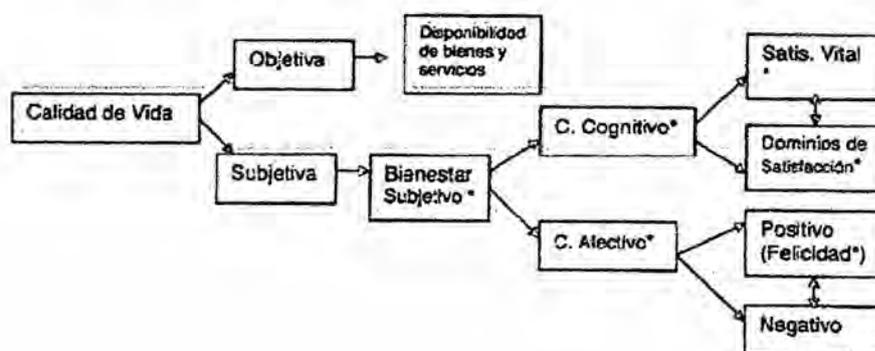


Figura 5: Relación entre los conceptos de calidad de vida, bienestar subjetivo, satisfacción vital y felicidad.

2.4 Bases Conceptuales

2.4.1 Bases Conceptuales de Prácticas Preventivas

La prevención se refiere a todas aquellas actividades orientadas a proteger a las personas de las amenazas potenciales o reales a la salud y las consecuencias subsecuentes. Prevenir significa, inhibir el desarrollo de la enfermedad, reducir su progreso y proteger el organismo de efectos dañinos futuros. Existen tres niveles diferentes de prevención: primaria, secundaria y terciaria. (25)

Al lograr una mejor calidad de vida mediante la adquisición de estilos de vida saludable, menos personas sufrirán enfermedades graves en edad productiva y reproductiva. Pero también sus familias se evitarán el sufrimiento de tener enfermos, y al existir menos personas productivas incapacitadas, estas gozarán de un mejor ambiente familiar y mayores recursos. La sociedad tendrá que mantener menos incapacitados y estos recursos podrán ser invertidos en prevenir enfermedades y mejorar la calidad de vida de los mayores, cuando de manera natural dejen de ser productivos. En relación con los servicios de salud y a raíz de que está probado que resulta más fácil y económico prevenir la enfermedad promoviendo la salud, que tratarla, se dispondría de más recursos para mejorar la atención de las enfermedades no prevenibles.

Los distintos niveles de prevención están en íntima relación con las fases de la historia natural de las enfermedades, enunciadas anteriormente:

- Prevención primaria o frente a las causas.
- Prevención secundaria frente a la enfermedad en sus fases precoces.
- Prevención terciaria o rehabilitación, dado que previene la incapacidad.

Ante la enfermedad, se emplean, por tanto, tres tipos de esfuerzos con vistas a conseguir:

- Que no aparezca.
- Que desaparezca.
- Que se desarrollen capacidades que compensen las lesiones que se originen.

Son los tres momentos de la prevención: primario, secundario y terciario.

A. Prevención primaria

Las actividades de prevención primaria son el conjunto de actuaciones dirigidas a impedir la aparición o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad determinada. Su objetivo será disminuir la incidencia de la enfermedad. Desde una vertiente más amplia, saludable, también incluye las actividades que buscan el desarrollo de

las potencialidades físicas, psíquicas y sociales en individuos y comunidades.

La prevención primaria incluye medidas específicas de protección contra la enfermedad o el trauma, como inmunización, saneamiento ambiental y protección contra riesgos ocupacionales. Las actividades de promoción de salud se consideran como una forma de prevención primaria. De acuerdo al patrón de enfermedad, la prevención primaria interviene en el periodo preclínico y parte del periodo subclínico. Según Leavell y Clark las estrategias a nivel de la prevención primaria se centran en alterar los factores del agente, del huésped, o del entorno antes de la pérdida de la salud o el inicio de la enfermedad. Las metas de la prevención primaria son aumentar el nivel de la calidad de estar bien y minimizar o eliminar el riesgo de la pérdida de la salud. (26)

Las medidas de prevención primaria pueden intervenir:

- Sobre el medio ambiente: saneamiento ambiental, higiene alimentaria, etc. Son medidas de protección de la salud.
- Sobre las personas: vacunas, quimioprofilaxis, quimioprevención, educación sanitaria, etc. Son actividades de promoción de la salud.

De acuerdo a lo que indica la Norma Técnica de Atención Integral de Salud del Adulto Varón y Mujer del MINSA, se consideran las siguientes estrategias como prácticas preventivas: (27)

Evaluación clínica

- ***Evaluación médica***

En 1900 George M. Gould, en una conferencia a los miembros de la American Medical Association, propuso el examen periódico de la salud para aumentar la calidad de vida.

Se realiza una vez al año con el fin de monitorear la exposición a factores de riesgo e identificar en forma precoz, posibles alteraciones temporales, permanentes o agravadas del estado de salud del trabajador, que se asocian al puesto de trabajo. Permite además, detectar enfermedades comunes, con el fin de establecer un manejo preventivo. La periodicidad de la evaluación se realizará de acuerdo con el tipo, magnitud y frecuencia de exposición a cada factor de riesgo (mapa de riesgo), así como al estado de salud del trabajador.

- ***Evaluación nutricional***

La evaluación del estado nutricional de un individuo permite conocer el grado en que la alimentación cubre las necesidades del organismo o, lo que es lo mismo, detectar situaciones de deficiencia o de exceso. Dicha evaluación debe ser un componente del examen rutinario de las personas sanas y es importante en la exploración clínica del paciente. Es necesaria para proponer las

actuaciones dietético-nutricionales adecuadas en la prevención de trastornos en personas sanas y su corrección en las enfermas.

Métodos para la evaluación del estado nutricional:

- Historia dietética:

La historia dietética proporciona información sobre los hábitos alimentarios y los alimentos que se consumen (tipo, calidad, cantidad, forma de preparación, número de tomas, etc.). Permite conocer el patrón de consumo de alimentos e identificar alteraciones en la dieta antes de que aparezcan signos clínicos por deficiencia o por exceso.

- Antropometría:

La antropometría evalúa el tamaño corporal y la proporción entre talla y peso. Igualmente, permite estimar de forma indirecta los distintos compartimentos corporales (agua, masa magra y masa grasa). Incluye los siguientes indicadores: peso, talla, índice de Quetelet o Índice de Masa Corporal (IMC), los pliegues cutáneos (bíceps, tríceps, subescapular, suprailíaco, abdominal, etc.), la circunferencia de la cintura o perímetro abdominal.

• **Evaluación odontológica**

La evaluación odontológica o examen estomatológico es el procedimiento clínico que consiste en la evaluación de las estructuras de la Sistema Estomatognático, mediante la inspección, palpación, exploración, percusión y su relación con la

salud general, incluye el registro del odontograma, el riesgo de caries y el plan de tratamiento. La evaluación odontológica puede incluir:

- Profilaxis dental: pulido de las superficies dentarias con instrumental rotatorio de baja velocidad para eliminar biofilm (placa bacteriana) y pigmentación superficial.
- Destartraje dental: eliminación de la placa bacteriana dura y/o calcificada supra e infra gingival adherida a las superficies dentarias (tártaro) y el alisado de las mismas, realizándose en forma manual o mecánica.
- Aplicación de sellantes: obliteración cierre de fosas y fisuras profundas de las superficies dentarias de molares y premolares mediante material adhesivas, que luego permanecen adheridas al esmalte; constituyendo un procedimiento que evita la colonización bacteriana a fin de disminuir el acumulo de restos alimenticios y la proliferación de microorganismos causantes de la caries dental.
- Aplicación de flúor barniz: aplicación de flúor tópico en presentación de barniz, teniendo en cuenta el riesgo de caries, a manera de pinceladas en la superficie dentaria para favorecer su remineralización previniéndola aparición de caries dental además de favorecer el tratamiento de la sensibilidad dentinaria.

- Aplicación de flúor gel: aplicación tópica en presentación gel fosfato acidulado o gel neutro según riesgo de caries, previniendo la aparición de caries dental.
- Atención estomatológica recuperativa: conjunto de intervenciones de salud bucal destinadas a recuperar la salud de la cavidad bucal para contribuir en el buen funcionamiento del sistema estomatognático el cual redundará en la salud general.

- ***Evaluación oftalmológica***

Consiste en la evaluación de la funcionalidad ocular. La evaluación oftalmológica debe incluir:

- Evaluación agudeza visual: mediante optotipos de visión lejana y visión cercana.
- Evaluación campo visual: Mediante campimetría por confrontación.
- Evaluación de pupilas: Observación pupilar y su reacción a la luz con una linterna.
- Evaluación motilidad ocular extrínseca:
- Evaluación polo anterior: Se explora párpados, conjuntiva, superficie corneal (mediante tinción con fluoresceína tópica), iris y medios transparentes.
- Evaluación polo posterior: Mediante oftalmoscópio, es conveniente dilatar pupilas con tropicamida.
- Evaluación del ojo seco.

- ***Evaluación de estrés laboral***

Para evaluar el estrés laboral hay que tener en cuenta los estresores potenciales de la organización, constituidos por las condiciones ambientales y psicosociales.

Si se evalúa el estrés laboral hay que investigar la percepción de los estresores a los que puede estar expuesto el trabajador, y hay que analizar aquellos aspectos que puedan estar actuando como elementos moduladores de la reacción de estrés.

Es conveniente valorar en la evaluación del estrés laboral:

- Anamnesis sociolaboral y datos de filiación (sexo, edad, tiempo de servicio, otros).
- Las condiciones de trabajo.
- La vulnerabilidad del trabajador al estrés.
- Los recursos personales de afrontamiento.
- El apoyo familiar y social.
- Las respuestas fisiológicas, cognitivas y motoras.
- La valoración de las consecuencias para el trabajador: personales, laborales, familiares y sociales.

Pruebas diagnósticas

- ***Radiografía de tórax***

La radiografía de tórax es un estudio seguro e indoloro en el que se utiliza una pequeña cantidad de radiación para obtener una imagen del tórax del paciente. Durante el estudio, un equipo de

rayos X envía un haz de radiación a través del tórax y la imagen se registra en una película especial o en una computadora.

Esta imagen incluye los órganos y las estructuras como el corazón, los pulmones, los grandes vasos sanguíneos, el diafragma, parte de las vías respiratorias, los ganglios linfáticos, la parte superior de la columna vertebral, las costillas, la clavícula y el esternón.

En Perú, la evaluación de la radiografía de tórax, se hace indispensable, a fin de detectar oportunamente casos de tuberculosis pulmonar latente.

- ***Hemograma completo***

El hemograma, CSC (Conteo Sanguíneo Completo) o biometría hemática es uno de los elementos de diagnósticos básicos. Es un cuadro de fórmulas sanguíneas en el que se expresan cantidad, proporción y variaciones de los elementos sanguíneos.

El informe del hemograma normalmente incluye:

- **Conteo total de leucocitos:** Los leucocitos son las células encargadas de proteger al organismo contra las infecciones. Si un virus, bacteria u otro microbio penetra dentro del organismo, los leucocitos se organizan para atacarlo y destruirlo.
- **Conteo de leucocitos diferencial:** Determina la proporción o porcentaje de las principales clases de leucocitos: neutrófilos, eosinófilos, basófilos, linfocitos y monocitos.

- **Conteo de eritrocitos:** su principal función es el transporte del oxígeno a todas las células del cuerpo.
- **Hemoglobina:** es una proteína contenida en los eritrocitos, la cual transporta oxígeno unido a átomos de hierro.
- **Hematocrito:** es el volumen que ocupan los eritrocitos en la sangre. Generalmente se expresa como un porcentaje del volumen total de la sangre.
- **Índices eritrocíticos:** principalmente son 3: el VCM (volumen corpuscular medio); la HCM (hemoglobina corpuscular media) y la CHCM (concentración de hemoglobina corpuscular media).
- **Conteo de plaquetas:** las plaquetas son fragmentos de células vitales para la coagulación de la sangre. Cuando hay un sangrado, las plaquetas se agregan entre sí hasta formar una especie de cemento (el coágulo) que detiene el sangrado.

Finalmente, si el médico así lo solicita o ante valores anormales del hemograma, se realiza un frotis sanguíneo. O sea una extensión de sangre en una lámina que se tiñe para ser observada en el microscopio. Esto permite observar de cerca las células sanguíneas en busca de anomalías que los análisis que normalmente componen no detectan. El frotis sanguíneo contribuye al diagnóstico de muchas enfermedades tales como anemias, malaria, leucemia, desórdenes hereditarios de las células sanguíneas, etc.

- **Glicemia**

La glicemia es la cantidad de glucosa contenida en la sangre; generalmente se expresa en gramos por litro de sangre. La glucosa es indispensable para el buen funcionamiento del organismo porque constituye el principal sustrato de energía del organismo y es fácilmente disponible. Una parte de la glucosa en la sangre se transforma en glucógeno, que constituye una forma de almacenamiento de la glucosa. El glucógeno se almacena principalmente en el hígado y se moviliza en cualquier momento para compensar una glucosa demasiado baja (hipoglucemia). Todos estos mecanismos complejos están regulados por varias hormonas entre las que destaca particularmente la insulina; ésta es la principal hormona y su función es la disminución de la glucemia por diferentes mecanismos cuando ésta está demasiado alta. La glicemia se mide en una prueba de sangre realizada en ayunas y sus valores normales están entre 70 y 110 g/dL. Se habla de hipoglucemia por debajo de estos valores y de hiperglucemia cuando está por encima.

- **Perfil lipídico**

El Perfil Lipídico, también denominado Perfil de Riesgo Coronario o Lipidograma, comprende a todo un conjunto de pruebas de laboratorio que colaboran con la evaluación del riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular o cerebrovascular.

Conocer los Valores Normales del Perfil Lipídico es útil para determinar el estado de las grasas y las moléculas que las transportan en la sangre; ya que los mismos colaboran a la instalación de aterosclerosis, caracterizada por la inflamación de las arterias producto de la acción de los lípidos que generan estrechamiento en las mismas, impidiendo el paso de la sangre hacia el corazón, el cerebro y el resto de los órganos, lo que puede generar infartos o derrames cerebrales.

Con estos resultados, al compararlos con los valores normales de perfil lipídico, el médico puede evaluar si el paciente posee riesgo bajo, moderado, alto o muy alto de desarrollar una enfermedad cardiovascular.

Las pruebas que conforman el perfil lipídico (valores normales) pueden variar de un laboratorio a otro, sin embargo, podemos enunciar las más frecuentes, éstas son:

- *Colesterol HDL*: Es reconocido como el Colesterol "Bueno", ya que es el encargado de regresar al hígado el exceso de Colesterol que se encuentra en los tejidos y en la sangre para evitar la formación de daños como la aterosclerosis. El valor óptimo: es entre 40 y 60 mg/dL.
- *Colesterol LDL*: Lipoproteína conocida como "Colesterol Malo", ya que se encarga de llevar la energía en forma de Colesterol a los tejidos por medio de la sangre, si no es removido su exceso puede

acumularse y penetrar las paredes de los vasos sanguíneos y generar inflamación de las arterias propiciando el desarrollo de una aterosclerosis. El valor óptimo es menor de 100 mg/dL.

- *Colesterol VLDL*: Esta Lipoproteína transporta colesterol a los tejidos, está compuesta en mayor proporción por triglicéridos y es considerada un tipo de colesterol "malo". El valor óptimo está en un rango entre 2 y 30 mg/dL.
- *Colesterol Total*: Representa todo el colesterol que se encuentra circulando en sangre por medio de las lipoproteínas. El valor óptimo debe ser menor de 200 mg/dL.
- *Triglicéridos*: Son otro tipo de grasa que se encuentra transportándose por la sangre, aportan energía al organismo. Proviene mayormente de los alimentos, aunque también el hígado es capaz de generar triglicéridos. Su elevación se ha visto involucrada en procesos obstructivos de los vasos sanguíneos, por tanto es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular. Su valor debe ser menor de 150 mg/dL.

- ***Presión arterial***

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria-crónica, sin etiología definida en la mayoría de los casos; y cuya manifestación clínica indispensable es la

elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD).

En la población adulta (>18 años de edad), el punto de corte para la presión arterial sistólica es 140 mmHg y para la diastólica mmHg.

El riesgo cardiovascular es inherente al nivel de la presión arterial y observa un incremento de tipo lineal. Sin embargo, se debe establecer el riesgo adicional teniendo en cuenta los factores de riesgo presentes, así como el compromiso clínico o subclínico de órgano o sistema blanco (estratificación de riesgo global).

Se recomienda realizar un control de PA en toda la población mayor o igual a 18 años. Esta se deberá repetir cada 5 años si la medición de la presión arterial está en rangos normales (PAS <120 mmHg y PAD <80 mmHg) y no exista evidencia de algún factor de riesgo. Si se encontrase al menos un factor de riesgo cardiovascular o si los valores de PAS son de 120-139 mmHg o PAD 80-89 mmHg, deberá repetirse los controles anualmente.

El diagnóstico de enfermedad hipertensiva y la estratificación de riesgo cardiovascular se realizan en el establecimiento de salud donde fue captado el paciente. Si fue en el primer de atención y en el proceso diagnóstico se sospecha de daño de órgano blanco o de hipertensión arterial secundaria, se deberá referir al segundo o tercer nivel de atención para evaluación por el médico internista o cardiólogo.

La medición correcta de la PA en el consultorio, en forma indirecta, es el método primario para acceder a la información básica que permita establecer el diagnóstico y la toma de decisiones terapéuticas.

La exactitud es un requisito indispensable para cumplir con las anteriores premisas. Por ende, los valores inexactos serán los responsables de errores en la evaluación y tratamiento de los pacientes.

Se recomienda para un buen diagnóstico, que la toma de la PA sea realizada por el médico u otro personal de salud capacitado.

El registro obtenido es indicador de la PA existente en el momento de la toma. Dado que se trata de un parámetro hemodinámico variable y que múltiples factores influyen en dicha variabilidad, es necesario realizar registros sucesivos y obtener el promedio de estos para tener el cálculo aproximado de la PA del periodo de la evaluación. En cada sesión se recomienda obtener al menos dos mediciones con un intervalo de uno o dos minutos. Si los valores son muy diferentes, se toman mediciones adicionales.

- ***Exámenes de rutina para la mujer adulta.***

- Mamografía***

- La mamografía es un tipo de imagen médica especializada que utiliza un sistema de dosis baja de rayos X para visualizar el interior de las mamas. Un examen de mamografía, llamado mamograma,

ayuda en la detección temprana y el diagnóstico de las enfermedades mamarias en las mujeres.

La mamografía es un procedimiento **NO INVASIVO**, de bajo costo, rápido, dura aproximadamente 15 minutos, en los que se realizan dos placas radiográficas de cada mama. En algunos casos se requieren proyecciones adicionales que ayudan a la interpretación del mamograma.

Toda mujer debe conocer la importancia del estudio mamográfico, dado el alto riesgo que tiene de desarrollar cáncer de mama: la detección precoz de esta enfermedad depende "primordialmente" de este método de diagnóstico:

Papanicolaou

El papanicolau es una prueba diagnóstica que consiste en recoger una muestra de células del cérvix o cuello del útero y del canal cervical para enviarlas al laboratorio y someterlas a estudio.

Si las células son anormales y, por consiguiente, el papanicolau es positivo puede indicar la presencia de irritación, inflamación, infección o cáncer del cuello uterino cuando ya se ha establecido o cambios celulares previos conocidos como displasia.

Se recomienda que el primer papanicolau se realice a los 6 meses de haber iniciado la vida sexual o a los 25 años si aún no se ha iniciado vida sexual y a partir de esa primera vez hay que repetirlo cada 6 meses durante toda la vida de la mujer.

Antes de someterse a un papanicolau hay que tener en cuenta tres factores muy importantes:

- No tener relaciones sexuales 24h. antes de la realización de la prueba.
- No tener la menstruación.
- No aplicarse duchas o medicamentos vaginales 48h. antes de someterse a la prueba.

• ***Exámenes de rutina para el varón adulto***

Examen prostático

El examen prostático consiste en un examen rectal digital, que es una prueba de detección para hombres. Permite a un médico revisar la parte inferior del recto, para detectar cáncer y otros problemas médicos, que incluyen:

- Cáncer de próstata en los hombres

Protección Específica

- ***Vacuna influenza estacional***

La vacuna contra influenza estacional es una vacuna trivalente de virus inactivado, incluye dos cepas de influenza A y una cepa de influenza B (actualmente incluye AH1N1 y AH3N2).

Se destaca la importancia de realizar la vacunación anual antes de la época de invierno, de acuerdo a la zona. La protección se obtiene generalmente en dos a tres semanas luego de administrada la vacuna. La duración de la inmunidad después de la vacunación es de un año, de acuerdo a la correspondencia existente entre las cepas circulantes y las contenidas en la vacuna.

La dosis es de 0.5 cc y se administra una sola dosis por vía intramuscular en el tercio medio de la región deltoidea.

- ***Vacuna Antihepatitis B***

Es una vacuna inactivada recombinante, es de presentación multidosis. En población mayores de 5 años se administra tres dosis, de 0.5 cc por vía intramuscular en el tercio medio del músculo deltoideo, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1. La primera dosis se administra al contacto con el establecimiento de salud, la segunda dosis a los 2 meses después de la primera dosis y la tercera a los 6 meses después de la primera dosis.

- ***Vacuna Diftotetánica***

La vacuna diftotetánica (dT), se aplica a las mujeres en edad reproductiva (MER) comprendidas desde los 10 años hasta los 49 años de edad, se administra tres dosis, la 1ra, en el primer contacto con el establecimiento de salud y la 2da, dosis a los 2 meses después de la aplicación de la primera dosis, y la tercera dosis, a los 6 meses después de la primera dosis, se administra 0.5 cc por vía intramuscular en el tercio medio de la región deltoidea, con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1". La vacuna es de presentación multidosis.

La Vacuna dT adulto se aplica también a la población de riesgo de sexo masculino a partir de los 15 años de edad, en 3 dosis de acuerdo al esquema de vacunación establecido en la presente Norma Técnica de Salud.

B. Prevención secundaria

La prevención secundaria busca eliminar la enfermedad en sus primerísimas fases. Por ello, decimos lucha contra la prevalencia, por cuanto la enfermedad ya está entre nosotros. La prevención secundaria incluye la detección temprana y la intervención rápida para detener la enfermedad en las primeras etapas, reducir su intensidad o prevenir complicaciones. Esto se logra mediante controles para detectar las enfermedades. El propósito es detectar los primeros

síntomas sobre los cuales el paciente no es consciente o de los que no tiene conocimiento, de manera que la intervención rápida sea efectiva para controlar o curar la enfermedad. (24)

De acuerdo al patrón de enfermedad, la prevención secundaria interviene en parte del periodo subclínico. Hall y Redding expresan que el propósito está orientado a identificar cuanto antes e intervenir eficazmente en el proceso de la enfermedad para minimizar los efectos adversos y controlar las complicaciones. Se articula en un conjunto de acciones que buscan:

- El diagnóstico precoz.
- El tratamiento intensivo correspondiente de las enfermedades antes de que hayan producido manifestaciones clínicas que motiven a acudir a quienes las padecen a los centros asistenciales.

La prevención secundaria actúa cuando la primaria no ha existido o ha fracasado. Su objetivo es reducir la morbimortalidad. Tiene lugar en la fase presintomática del periodo patogénico de la historia natural de la enfermedad.

El núcleo fundamental de las actividades de prevención secundaria lo forman los programas de cribado o detección (screening, tamizado, detección precoz) y consisten en el conjunto de procedimientos (pruebas de laboratorio, exploraciones radiológicas, etc.) que ofrece el Sistema Sanitario para detectar una enfermedad. Los cribados pueden ir dirigidos a la población general o a algún grupo que por sus

características personales sea considerado de riesgo. Las pruebas de cribado que se utilizan en la detección precoz de una enfermedad son, generalmente, muy sensibles porque interesa detectar todos los casos posibles.

C. Prevención terciaria

Las actividades de prevención terciaria se definen como aquellas que están dirigidas al tratamiento y rehabilitación de una enfermedad ya previamente establecida. Buscan enlentecer la progresión de la enfermedad y, con ello, evitar la aparición o agravamiento de complicaciones e invalideces, intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes. Entre ellas podemos incluir el ejercicio precoz en un IAM, abandono del hábito tabáquico en un sujeto con EPOC, etc.

2.4.2 Bases Conceptuales de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud

El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida.

Desde su incorporación como una medida del estado de salud de las personas, ha sido uno de los conceptos que en el campo de la salud más se ha utilizado de manera indistinta al de calidad de vida, siendo

muy pocos los autores que hacen una distinción con el término calidad de vida general (CV). Frecuentemente la calidad de vida relacionada con la salud –CVRS– es usada indistintamente como estado de salud, estado funcional, calidad de vida o evaluación de necesidades.

Para algunos autores, la CVRS es frecuentemente identificada como una parte de la calidad de vida general, mientras que otros sugieren que su uso es a menudo intercambiable con el de CV, asumiendo así que ambos constructos estarían evaluando similares dimensiones.

Pese a esta discrepancia, la gran mayoría de los autores sugieren que la CV debe ser diferenciada de la CVRS debido a que el término es utilizado en el campo de la medicina en su interés por evaluar la calidad de los cambios como resultado de intervenciones médicas, porque debe limitarse a la experiencia que el paciente tiene de su enfermedad, porque caracterizan la experiencia del paciente resultado de los cuidados médicos o para establecer el impacto de la enfermedad en la vida diaria, es decir, es una medición de salud desde la perspectiva de los pacientes. Otros investigadores han sugerido que la CVRS debería enfocarse en características tales como ingreso, libertad y calidad del medioambiente ya que estos indicadores están fuera de la esfera de lo que se entiende por resultados médicos.

a) CV = Condiciones de vida

Bajo esta perspectiva, la CV es equivalente a la suma de los puntajes de las condiciones de vida objetivamente medibles en una persona, tales como salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades funcionales u ocupación. Este tipo de definición permitiría comparar a una persona con otra desde indicadores estrictamente objetivos, sin embargo, pareciera que estos apuntan más una cantidad que CV (Hollanflsworth, 1988).

Por una parte, no existen parámetros universales de una buena u óptima CV, ya que los estándares con los que se evalúa son distintos dependiendo de los individuos y de la sociedad.

Por otra parte, y tal como lo menciona Edgerton (1990), existiría independencia entre condiciones de vida y eventos subjetivos de bienestar, tal como lo demuestran los análisis sobre la cantidad de varianza explicada por las condiciones objetivas de vida y a las constantes constataciones que los países con mayor nivel de ingresos no necesariamente tienen los mayores niveles de CV cuando ésta es evaluada por los propios ciudadanos. Además, el bienestar global no sólo dependería de los recursos propios sino también del ambiente socio político del cual el bienestar personal es nutrido (Shen & Lai, 1998). Para Lefley (1998), la CV es un concepto imbuido de significado cultural, económico y político. El producto final de cualquier

modelo de CV sería un estado global de bienestar ligado a determinados puntos de vista, el cual parte de los supuestos que todos los individuos tendrían derecho a un estado de bienestar y además que esta experiencia de bienestar puede ser medida en términos de indicadores universales objetivos.

O'Boyle (1994) plantea que la evaluación objetiva asume que la salud, ambiente físico, ingresos, vivienda y otros indicadores observables y cuantificables son mediciones válidas de CV y son estándares, sin embargo, la vinculación entre estos criterios objetivos y la CV percibida sería compleja y difícil de predecir.

b) CV = Satisfacción con la vida

Bajo este marco, se considera a la CV como un sinónimo de satisfacción personal. Así, la vida sería la sumatoria de la satisfacción en los diversos dominios de la vida.

Este tipo de definiciones también tiene sus detractores, ya que al otorgar el principal foco de interés al bienestar subjetivo y dejar de lado las condiciones externas de vida, supone un individuo capaz de abstraerse, por ejemplo, de su contexto económico, social, cultural, político o incluso de su propio estado de salud, para lograr la satisfacción personal.

Sin embargo, a pesar de que se reconoce que la satisfacción es una evaluación individual donde el marco de referencia es personal, no es

posible desconocer que esta evaluación es afectada por la experiencia y el juicio de una persona en una determinada situación. Un punto interesante de discutir y que también lleva relación con la evaluación netamente subjetiva de la CV, es el dilema de la "conciencia", "insight" o grado de "introspección" necesarios para una auto evaluación, ya que esta afectaría necesariamente los parámetros y estándares con que la persona se autoevaluaría.

Este foco de discusión se ha focalizado principalmente, en el campo del estudio de la CV, en pacientes con problemas mentales, en especial en el de las personas viviendo con esquizofrenia, trastornos bipolares o retardo mental (Verdugo, Schalock, Keith & Stancliffe, 2005). La inclusión del autoreporte de la CV percibida además de los indicadores objetivos tradicionales ha sido objeto de amplias discusiones. La validez de la incorporación de una perspectiva subjetiva de los pacientes en la medición de CV es apoyada por parte de la literatura psiquiátrica en el campo de la auto evaluación de su estado actual, funcionamiento y habilidades que deriven placer de las actividades cotidianas (Bishop, Walling, Dott, Folies & Bucy, 1999; Caqueo & Lemos, 2008; Caqueo-Urizar, Gutiérrez-Maldonado & Miranda-Castillo; 2009), empero, detractores sugieren que la medición en pacientes psiquiátricos debería ser distinta a los otros campos de la medicina debido a factores como la introspección.

Al respecto, Jenkins (1992) plantea que las respuestas de los pacientes con enfermedad mental pueden reflejar idealmente su situación actual física, mental y social y que estas respuestas pueden estar mediadas por expectativas individuales, deseos personales o estado mental, pudiendo en esta evaluación surgir errores frecuentes por distorsiones perceptuales, carencia de insight, ilusiones y respuestas prejuiciadas por las limitaciones del uso de metodologías de autorespuesta. Jenkins concluye que la evaluación en CV debe estar basada en fenómenos observables o descriptivos específicos, teniendo cuidado con el uso de las ponderaciones personales, los cuales pueden ser prejuiciados por la medicación, funcionamiento cognitivo o emocional y motivaciones por mejorar su vida.

Deben también considerarse las aspiraciones y la capacidad para darse cuenta de las personas, ya que los pacientes mentales pueden carecer de insight o motivación para mejorar su vida. A menos que el paciente reconozca déficit en áreas de su vida y exhiba motivación a cambiar, la CV será alta.

A menudo, los pacientes que no han hecho insight sobre el impacto de la enfermedad en sus vidas tienden a tener puntajes más elevados que aquellos que sí han hecho insight.

c) CV = (Condiciones de vida + Satisfacción con la vida)

Desde esta perspectiva, las condiciones de vida pueden ser establecidas objetivamente mediante indicadores biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos, los que sumados a los sentimientos subjetivos sobre cada área pueden ser reflejados en el bienestar general. Este grupo de definiciones intentaría conciliar la discusión acerca de considerar a la CV desde un punto de vista netamente objetivo o desde uno subjetivo. Un punto importante a destacar es el que toma la significación de cada una de las evaluaciones, tanto objetivas como subjetivas, en cada dominio de vida en particular, ya que estas son interpretables sólo en relación con el lugar de importancia que toma en la persona (Felce & Perry, 1995). Para algunos autores, la CV global tendría más significado si se la considera como compuesta por los sentimientos de satisfacción frente a diversos aspectos de la vida (Shen & Lai, 1998).

Discusiones similares sobre la CV objetiva o subjetiva son encontradas con frecuencia en la literatura; al respecto, Cummins (2000), luego de un extenso análisis sobre lo subjetivo y lo objetivo en la mediciones en CV, concluye que ambos tipos de medidas han demostrado ser indicadores útiles, y aun cuando son independientes, el grado de dependencia aumenta cuando las condiciones objetivas de vida son más pobres. Sobre lo mismo, Wrosch & Scheier (2003) y Huppert & Whittington (2003) plantean que se ha investigado la CV

relacionándola con indicadores objetivos (condiciones de vida, estado de salud) e indicadores subjetivos (satisfacción con la vida, bienestar). Ambos asumen que explican parte de la varianza de la CV reportada por las personas y que las personas pueden valorar más una cosa que otra, dependiendo de la significación que le otorguen y los estándares de comparación.

Zapf (1984), con relación a las discrepancias que pudiesen encontrarse entre las evaluaciones "objetivas" y "subjetivas", propone una clasificación cuádruple de conceptos de prosperidad (Tabla 2), aunque esta taxonomía pudiera no ser útil en la práctica, ya que se centra en la evaluación más que en la esencia (Veenhoven, 2000).

El año 1995, Felce & Perry proponen un cuarto modelo teórico, agregando la necesidad de considerar los valores personales, aspiraciones y expectativas.

d) CV = (Condiciones de vida + Satisfacción con la Vida) * Valores

Para estos autores, la CV es definida como un estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades, todas estas mediadas por los valores personales. Bajo este concepto, cambios en los valores, en las condiciones de vida o en la percepción, pueden provocar cambios en los otros, bajo un proceso dinámico.

En esta categoría de definiciones podría incluirse la planteada por la OMS, que en un intento de lograr estudios comparativos e internacionales desarrollaron un grupo de trabajo en CV (World Health Organization Quality Of Life – WHOQOL), el cual propuso una definición propia de CV (The WHOQOL Group, 1995).

Previa a la definición, los investigadores explicitaron algunas de las características del constructo, tales como que (a) la CV es subjetiva. Se distingue la percepción de condiciones objetivas (por Ej. Recursos materiales) y condiciones subjetivas (satisfacción con ese recurso) (b) la naturaleza multidimensional de la CV e (c) incluye tanto funcionamientos positivos como dimensiones negativas (The WHOQOL Group, 1995).

Bajo este marco, la CV es definida como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses.

Aun cuando no lo plantean expresamente, el modelo planteado por la Organización Mundial de la Salud, a través del grupo WHOQOL.

Esta definición conceptual diferencia claramente las evaluaciones de la persona de su funcionamiento objetivo, capacidades y conductas y los autoreportes subjetivos, en términos de satisfacción / insatisfacción, con estas conductas, estado o capacidades evaluadas

en las seis dimensiones propuestas. Cada una de estas dimensiones, a su vez, se compone de subdominios (The WHOQOL Group, 1995). Este modelo presentado por la OMS no es el único, ni ha logrado el consenso de todos los investigadores. Pese a esto, cabe destacar la importancia que en este concepto se otorga a la influencia que ciertos factores tienen en la percepción individual, tales como las metas, las expectativas, estándares e intereses, los que estarían directamente relacionados con la evaluación que se haga en el área y a los factores que en ella inciden, siendo por ende, más que los valores, el factor principal modulador de la evaluación de la CV, el proceso cognitivo de la evaluación.

Tal como se puede apreciar, no existen criterios únicos para definir la CV, sin embargo, aparecen como patrones comunes palabras tales como bienestar, satisfacción, multidimensional, subjetivo/objetivo, que parecen dar un marco común a la diversidad de definiciones, pudiéndose llegar a una definición global de CV como el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida. Al ser una medida de autorreporte se centra preferentemente en la evaluación que una persona hace de su nivel de bienestar y satisfacción. El resultado final de esta evaluación es producto de una diversidad de agentes que actúan en la percepción que un individuo tiene sobre su CV, constituyéndose en un abordaje

multidimensional, ya que se conjugan diversas valoraciones que hace el propio sujeto sobre las distintas aristas de su vida y de qué manera percibe bienestar o malestar referente a ellas.

e) CV = (Condiciones de vida + Satisfacción con la Vida) *

Evaluación

El nivel de CV percibido por un individuo estaría fuertemente modulado por los procesos cognitivos vinculados a la evaluación que la persona realiza tanto de sus condiciones objetivas de vida, como del grado de satisfacción con cada una de ellas.

Ya el año 1999, en un artículo destinado a realizar un meta-análisis para diferenciar CV de estado de salud, Smith, Avis & Assman (1999) plantearon que la percepción de la CV estaría basada en un proceso cognitivo similar al que se usa para formular actitudes y juicios. Este proceso involucraría identificar los dominios relevantes que la comprenden, determinar los estándares en cada dominio e integrar los juicios separados de cada uno de los dominios en una evaluación global de calidad de vida. Bajo esta mirada, la CV es multidimensional, ya que puede incorporar distintas dimensiones para llegar a una sola evaluación.

En este supuesto, la CV aparece como un constructo latente derivado de otros constructos latentes (dominios) y que se expresa en constructos observables (puntajes de evaluaciones). Así, podemos

observar un dominio latente a través de uno manifiesto. Las evaluaciones globales pueden corresponder, por ejemplo, a escalas de satisfacción con la vida, mediciones del sentirse bien o bien ítems referidos específicamente a calidad de vida. El puntaje global se asocia a través de la dependencia común del factor CV.

Entre los agentes que modulan la percepción, el proceso de comparación se constituye en un elemento esencial, pues los estándares y referencias que se utilicen van a modelar el tipo de respuesta y la valoración otorgada a cada uno de los dominios evaluados (Norman, 2003).

Campbell (1981) propone que las personas juzgan su situación objetiva en cada uno de los dominios evaluados de acuerdo a estándares de comparación basados en aspiraciones, expectativas, sentimientos o lo que podría ser justo tomando como referencia a un grupo de comparación, necesidades personales y valores. Para este autor, el resultado de esta evaluación sería la satisfacción con el dominio evaluado, produciendo las distintas satisfacciones

en los dominios un sentimiento general de bienestar. Bajo este considerando, la CV resulta de la discrepancia entre un estado ideal y uno real, siendo la CV alta cuando la discrepancia es pequeña, y baja cuando ésta es alta (Felce & Perry, 1995).

En el contexto de identificar procesos cognitivos subyacentes a la evaluación de la CV, Skevington, O'Connell & WHOQoL Group (2004)

desarrollan cuatro posibles opciones que tendrían implícito el proceso de comparación y de valoración por parte de los sujetos. Para estos autores, el evaluar positivamente o no a la CV dependerá de la relación establecida entre dos factores, por un lado la valoración del dominio como tal, la cual lleva implícita la comparación, y por otro lado la importancia que la persona otorgue a este dominio. Bajo este marco, la evaluación sería un proceso permanente y cambiante, pues los estándares o patrones de comparación utilizados pueden variar en el tiempo, otorgando así a la CV un carácter dinámico.

El proceso de comparación podría darse en dos sentidos, por un lado comparando el estado actual percibido con un estado ideal, o bien comparándolo con otro estado. En este último tipo de comparación, la persona podría usar como estándares distintas medidas de tiempo (antes – ahora – después) o de sujeto (conmigo mismo o con los demás). El cruce de todas estas comparaciones, o fundamentalmente, de la brecha percibida en el tipo de comparación, sería uno de los principales determinantes al momento de evaluar la CV, ya que el rango de la brecha determinaría el grado de satisfacción (a mayor brecha, mayor insatisfacción), y por ende, el nivel de bienestar por cada dominio.

Con lo antes estudiado podemos valorar la calidad de vida relacionada con la salud posee tres dimensiones:

Dimensión mental: Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

Dimensión social: Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico - paciente y el desempeño laboral.

Dimensión física: Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad. (25)

Para Fernández, Hernández y Siegrist, la CVRS debería comprender a lo menos la percepción que la persona tiene del impacto que ha provocado la enfermedad o su tratamiento sobre su sentimiento de bienestar y la capacidad de actuación (funcionalismo). Estas dimensiones básicas deben ser analizadas tanto en los dominios físico, emocional y social.

Podemos definir la calidad de vida relacionada con salud como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de

diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud.

A pesar de que aún no existe consenso en esta definición ni su completa diferenciación con el término “calidad de vida” general, la información derivada de su estudio ha llegado ser un importante insumo en la formulación de objetivos, guías y políticas para los cuidados en salud, y ha sido especialmente beneficiosa en describir el impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes y en la evaluación de la efectividad de los tratamientos. La evidencia sugiere que su uso puede ser beneficioso en la práctica clínica cotidiana, en estudios de eficacia, efectividad, riesgo o como indicador de la calidad del cuidado.

Para Ebrahim, los propósitos específicos de las mediciones en CVRS son monitorear la salud de la población, evaluar el efecto de las políticas sociales y de salud, focalizar los recursos con relación a las necesidades, diagnóstico de la naturaleza, severidad y pronóstico de una enfermedad y evaluar los efectos de un tratamiento.

Algunos autores proponen la utilización de la CVRS como un indicador de resultado en los diseños de investigación clínica, existiendo incluso listas guía para su diseño o evaluación. Tal como se puede apreciar en la Tabla 2, Wu17 sugiere la ampliación de las

típicas preguntas básicas de investigación a indicadores de impacto centrados en la evaluación de la CV.

La ventaja del uso de indicadores centrados en la CV a nivel personal, es que al focalizar su mirada en cada persona, enfatiza la unicidad de cada individuo para responder a la enfermedad y al tratamiento, siendo para esto la medición centrada en el paciente la más adecuada.

2.4.3 Salud del Docente Universitario

Diferentes autores han analizado el concepto de "docente" desde la perspectiva de "persona", de lo que se es. Abraham (1986:13) afirmaba que "la persona docente cuenta más que lo que sabe, y más que los métodos utilizados".

En esta misma línea, Rogers (1972: 253) decía que "el docente debe ser la persona que es, advertir con claridad las actitudes que adopta y aceptar sus propios sentimientos". De esa manera llega a ser una persona real, consigo mismo y en sus relaciones; una persona que puede enojarse, pero también ser sensible o simpática, puesto que acepta sus sentimientos como suyos, no necesita imponerlos ni tratar de que sientan del mismo modo.

El centrarse en "el paradigma personal", comprendiendo los problemas que afectan a la persona del profesor, significa dar voz al profesorado, conociendo sus sentimientos y emociones, dando lugar

a que uno mismo entienda e intérprete su práctica, ayudándole a comprender la propia actuación y dignificando su labor. Asimismo también significa sacarle del anonimato, ponerle nombre, permitiendo captar intenciones humanas y conocer de un modo más profundo al docente.

Loscertales (1987:100) manifiesta que el conocimiento propio es indispensable para todo hombre preocupado por su perfeccionamiento personal, pero lo es más todavía para el educador. Éste debe establecer un estilo de relaciones humanas fundado en la confianza y no olvidar que su presencia está ya ofreciendo un modelo: "y es que generalmente el educador no ve más que un aspecto del tema educativo, a saber, la acción que él debe de ejercer sobre sus discípulos".

Cada persona tiene un patrón de funcionamiento personal que va a condicionar su forma de actuar en la sociedad. Los estados de ánimo, sentimientos, emociones del docente son relevantes, ya que es un referente dentro del ámbito educativo para sus alumnos.

Berger, Benjamín, Carriers y Thibault coinciden con esta autora en la importancia del "SER" del docente como valor intrínseco que se proyecta en sus actuaciones educativas, siendo más importante que el "HACER" en las mismas. Cuando Abraham dice "se enseña lo que se es", nos está transmitiendo el mensaje de que las actuaciones, relaciones y toma de decisiones del docente tienen una proyección

educativa, por lo que es importante que el profesor tome conciencia de este hecho y analice las mismas, a fin de que pueda corregir aquellos aspectos de su forma de ser que interfieran en su actividad educativa, *ya que sus sentimientos, emociones, pensamientos o experiencias la mayoría de las veces no están contrastados y afloran sin una reflexión previa, sin una puesta en común, llevando en ocasiones a situaciones conflictivas y problemáticas*. Si queremos entender su actuación es necesario analizarla y comprenderla.

Se puede entender la realidad del profesor a través de la comprensión, darle voz para que afloren pensamientos, sentimientos, lo que transformaría modos de actuar, permitiría tomar en consideración la identidad de cada docente y conocer desde una visión positiva los problemas a superar, la forma de afrontarlos y solucionarlos.

El considerar al docente como persona es tener en cuenta las emociones, los sentimientos afectivos, esenciales para la comprensión. Hargreaves y Evans (1997:108) señalan que "buena enseñanza no es solo asunto de ser eficiente, desarrollar competencias, maestría en las técnicas y poseer el cuerpo correcto de conocimientos. La buena enseñanza suele implicar un trabajo afectivo, que infunde placer, pasión, creatividad, cambio y deleite".

La reflexión sobre esta cita nos pone de manifiesto problemas importantes, por ejemplo, la competencia y la eficiencia priman en la

actualidad, sin detenerse, en la mayoría de las veces, en los sentimientos. La competencia en las personas viene definida por “los conocimientos, capacidades y actitudes en relación con el puesto que desempeña en la empresa” (García y Dolan, 1989: 53), olvidándose de aspectos inherentes al trabajo del profesor como la entrega a otros. Es obvio que la figura docente está centrada al servicio de otras personas, requiere amor, que a su vez corresponderían al ser de la persona, a los sentimientos.

La separación de competencia y sentimientos en la profesión docente puede ser motivo de tensión en la persona del profesor y a la vez de desprestigio y de devaluación de la enseñanza.

Liston y Zeichner (1993:134), basándose en la obra *Maternal Thinking* de Sara Ruddick donde la autora establece relación entre sentimientos y razón, afirman que *“en vez de separar la razón del sentimiento, el ejercicio de la enseñanza hace del sentimiento reflexivo uno de los logros más difíciles de la razón. En el trabajo instructivo, el sentimiento, el pensamiento y la acción aparecen conceptualmente vinculados; los sentimientos exigen reflexión que, a su vez, se prueba en la acción, la cual se comprueba mediante los sentimientos que provoca”*.

La creencia en la necesidad de considerar los problemas de los docentes puede acercarnos a esos sentimientos reflexivos y examinar acciones educativas, es una forma de comprender actuaciones, es

decir, contemplar el valor humano. Si, como señala la Dra. Abraham, *no se enseña lo que se sabe se enseña lo que se es*, podemos pensar que los sentimientos de la persona, en este caso del docente, los expresa y pone en acción en la práctica educativa y pueden favorecer u obstruir situaciones influyendo significativamente en su trabajo y en las relaciones que conlleva. Esta reflexión lleva pues a reconocer la importancia de explicitar los sentimientos, clarificar actuaciones, ya que ello puede llevar al docente a la comprensión y a aceptar cambios de actitud, a salvar obstáculos.

La conveniencia de unir el saber y el ser docente conlleva la necesidad de que se analice la problemática docente desde el punto de vista de la persona, entendiendo que hay que preocuparse por contrastar actuaciones para avanzar en educación, explicitar modelos mentales que no se cuestionan, ir de lo individual a lo colectivo, contrastando actuaciones, elaborando una visión compartida.

La salud debe entenderse como un proceso dinámico dentro de una dimensión continua, en cuyos extremos se situaría la enfermedad (como pérdida de la salud del sistema biológico) y la propia salud (como bienestar en el amplio sentido), respetando la unidad funcional del individuo.

En esta línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS), dentro del marco de "Salud para todos en el año 2000", se centra en los

conceptos positivos de salud, en lugar de hacer énfasis en la enfermedad.

Los presupuestos en los que se basa son los siguientes:

Añadir vida a los años: es decir asegurar el pleno desarrollo y la plena utilización del potencial físico y mental integral o residual de las personas de tal forma que puedan disfrutar de una vida sana.

Añadir salud a la vida: es decir reducir la mortalidad y la incapacidad.

Añadir años a la vida: es decir luchar contra la muerte prematura, o lo que es lo mismo alargar la esperanza de vida, mejorando la calidad de vida.

La OMS manifiesta la necesidad de una cultura de salud que implica unos estilos de vida sanos que comprenden patrones de conducta, valores y actitudes adoptadas por los sujetos en respuesta a su ambiente económico, cultural y social.

Al contemplar la salud bajo esta perspectiva nos encontramos con el siguiente dilema: ¿Es el individuo enfermo el "responsable" de su propia falta de salud, o es la incidencia de las tensiones sociales una de las causas de su estado patológico?

El perfil del docente universitario es el de un profesional que ocupa el rol de *educador*, lo cual exige al mismo una preparación psicopedagógica que le haga conocedor de la psicología del

alumnado, dado que el conocimiento de la realidad social y afectiva de éste le va ayudar a crear el clima necesario para el aprendizaje.

El educador va a jugar un papel central dentro de la motivación de los alumnos, ya que es muy frecuente que no se encuentre en las aulas con una actitud positiva hacia el aprendizaje por parte del alumnado, y es tarea del mismo la modificación de las actitudes. Esta interacción profesor – alumno va a ser clave en el éxito de la tarea docente.

La salud es el eje imprescindible para una enseñanza de calidad. Es una realidad que durante muchos años solamente se consideraban profesiones de riesgo a aquellas en las que por las características de peligrosidad de las mismas entrañaban mayor posibilidad de accidentes, incluso de perder la vida, no siendo el malestar psíquico incluido entre las mismas.

Actualmente se habla de enfermedad derivada del trabajo como aquel deterioro lento y paulatino de la salud del trabajador, producido por una exposición crónica a situaciones adversas, sean éstas producidas por el ambiente en que se desarrolla el trabajo o por la forma en que éste está organizado.

Una de esas profesiones que antes no se consideraban de riesgo es la profesión docente, existiendo estudios que demuestran la existencia de factores de riesgo y los posibles daños de los mismos. Dentro del personal docente existe una de las más altas tasas de absentismo laboral entre todas las profesiones, según se desprende

del estudio realizado por CCOO (2000) sobre la salud laboral del profesorado. Varios autores afirman que (Cuadernos de pedagogía, nº 234:72) "el absentismo no justificado, ilegítimo, es mayor en la enseñanza que en otras profesiones".

Hay que considerar a autores que han dado cifras y que utilizando muestras de profesores de muy diferentes nacionalidades han coincidido que el docente como persona ve su salud afectada en el ejercicio de su profesión.

Brodbelt (1973) en una investigación realizada en Estados Unidos con 379 docentes, tanto del ciclo primario como secundario, dice que el 35,7% presentaba un desequilibrio psíquico moderado y el 29% perturbaciones psiquiátricas serias.

El estudio epidemiológico realizado por Amiel (1972:349) sobre las enfermedades de los profesores sometidos a tratamiento en los centros asistenciales de la Mutuelle Générale de l'Education Nationale, sobre una muestra de 1294 profesores enfermos, concluye:

"Entre los enseñantes los diagnósticos más frecuentes son:

Estados neuróticos: 27%.

Estados depresivos: 26.2%.

Personalidades y caracteres patológicos: 17,6%.

Estados psicóticos tales como psicosis maniaco-depresivas: 7,4% y las esquizofrenias: 6,6%, seguirían mucho más lejos".

Amiel-Lebigre (1980:179) se plantea la pregunta acerca de la significación de estos datos con otros grupos profesionales o con el resto de la población, un estudio de tipo clínico realizado por ella misma en 1973 llega a la conclusión "de que la frecuencia de los casos psiquiátricos es claramente más elevada en los maestros analizados que en los sujetos de grupo testigo".

En definitiva, los docentes sufren las consecuencias de estar expuestos a un aumento de la tensión en el ejercicio de su trabajo. Si bien, la opinión de "hoy en día, ejercer la docencia es sin discusión un oficio plagado de riesgos" es bien generalizada (Breuse, 1986:180).

Frente a este hecho la administración tiende a culpabilizar a los profesores de sus males e incluso manifestando que se dan bajas "alegremente" (en artículo de prensa, la Nueva España, noviembre de 2.001), cuando la realidad es que el malestar docente no es más que una forma de identificar que algo no funciona bien en la salud de las personas dedicadas a enseñar y no se toman las medidas conciliadoras y positivas oportunas. Se acentúa el sentimiento de culpa y por tanto se recrudece el conflicto.

Como indica Peiró (1992:11), "actualmente resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva tiene

repercusiones sobre la organización (v.g., absentismo, rotación, disminución de la productividad, disminución de la calidad, etc.)”.

El centrarse en el origen de los problemas que afectan al profesor y ver con qué se relacionan es fundamental a la hora de hablar de calidad educativa. Santillana (2000:147) sobre “ la evaluación de la LOGSE ” señala que *“El profesor español percibe a su alrededor un ambiente de desconfianza, de falta de aprecio social, incluso de trato despectivo. Comprueba desanimadamente que, con frecuencia, lo que se destaca en los medios de comunicación es el comportamiento anómalo de alguno de ellos, o, más en general, sus reclamaciones de mayor salario y menos trabajo”*.

Diferentes autores analizan la problemática existente en relación con el tema. Esteve, en su libro *“El malestar docente”* (1987), reflexiona y aporta datos y casos sobre la presión a que están sometidos los docentes. Travers y Cooper (1997) realizan en su libro *“El estrés de los profesores”* un estudio del estado actual de salud de los profesores intentando identificar los síntomas más claros de estrés en la docencia.

Estos datos y aportaciones llevan a decirnos que algo pasa, la realidad de la existencia del absentismo laboral, bajas del profesorado debido a problemas de estrés, depresión, ansiedad. El tema de la salud docente atañe no sólo a la calidad de vida, sino también a la promoción del bienestar físico, social y mental del docente y su

estudio repercutirá en la mejora de la educación. Es fundamental el cuidado de la imagen y de la salud docente, creando confianza, motivación y no incertidumbre y desconcierto al responsabilizar al profesor de todos los males que afectan al sistema.

Tabla 2.1

Factores de Riesgo y Posibles Daños Dentro de la Profesión Docente

FACTORES DE RIESGO	POSIBLES DAÑOS
<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente Seco • Polvo de tiza • Esfuerzo vocal 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la incidencia en enfermedades respiratorias
<ul style="list-style-type: none"> • Esfuerzo vocal • Diseño incorrecto de las aulas • Materiales inadecuados 	<ul style="list-style-type: none"> • Disfonías • Irritación vías respiratorias
<ul style="list-style-type: none"> • Ruido 	<ul style="list-style-type: none"> • Disfonías y estrés
<ul style="list-style-type: none"> • Productos tóxicos en los laboratorios 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritación ocular y de vías respiratorias • Intoxicación • Alteraciones de la piel • Alteraciones del SNC
<ul style="list-style-type: none"> • Radiaciones en laboratorios • Contaminantes biológicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Gripe • Tétanos en talleres • Hepatitis B (docentes de salud)
<ul style="list-style-type: none"> • Postura de bipedestación 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones circulatorias • Várices • Dolor en región lumbosacra
<ul style="list-style-type: none"> • Sobrepoblación en las aulas, exceso de responsabilidad, horarios, ritmo de trabajo elevado 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés • Aumento de incidencia de trastornos nerviosos (ansiedad, depresión)
<ul style="list-style-type: none"> • Maquinas, herramientas, instalación eléctrica principalmente en talleres y laboratorios 	<ul style="list-style-type: none"> • Accidentes

2.5 Base Normativa

En referencia a las prácticas preventivas y la calidad de vida relacionada a la salud, en nuestro país, están vigentes los siguientes referentes normativos, tanto en el aspecto técnico-administrativo y legal.

a. Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo

Corresponde a la Ley N° 29783, promulgada el 26 de Julio 2011 y su reglamento respectivo, aprobado por Decreto Supremo N° 005-2012-TR. Tiene como objetivo promover una cultura de prevención de riesgos laborales en el país. Para ello, cuenta con el deber de prevención de los empleadores, el rol de fiscalización y control del Estado y la participación de los trabajadores y sus organizaciones sindicales, quienes, a través del diálogo social, velan por la promoción, difusión y cumplimiento de la normativa sobre la materia. La presente Ley es aplicable a todos los sectores económicos y de servicios; comprende a todos los empleadores y los trabajadores bajo el régimen laboral de la actividad privada en todo el territorio nacional, trabajadores y funcionarios del sector público, trabajadores de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, y trabajadores por cuenta propia. La presente Ley establece las normas mínimas para la prevención de los riesgos laborales, pudiendo los empleadores y los trabajadores establecer libremente niveles de protección que mejoren lo previsto en la presente norma.

b. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón

Correspondiente a la NTS N° 046-MINSA, aprobado por el Ministerio de Salud del Perú en Julio del 2006, mediante Resolución N° 626-2006/MINSA. Cuya finalidad es contribuir a mejorar las condiciones de salud de las personas de la etapa de vida adulto mujer y varón en las esferas física, mental y social, en concordancia con cada realidad epidemiológica, cultural y geográfica.

Comprende las siguientes acciones:

- Atención de problemas agudos que no son emergencias: con el fin de resolver problemas diagnósticos de menor complejidad, se incluyen las consultas programadas.
- Atención de problemas crónicos: aborda los problemas crónicos, como trastornos no transmisibles (cáncer, diabetes, hipertensión ceguera, violencia, etc), y transmisibles (tuberculosis, VIH, etc
- Atención de urgencias o emergencias: se orienta a resolver problemas que ponen en riesgo la vida o la salud de la población adulta.
- Atención de la gestación, parto y puerperio.
- Atenciones preventivas: orientadas a lograr el mantenimiento y protección de la salud de la población adulta.
- Atenciones de Promoción de la Salud: tienen como finalidad incentivar comportamientos saludables en la población adulta.

c. Documento Técnico: Promoviendo Universidades Saludables

Aprobado por el Ministerio de Salud del Perú en Diciembre 2010, mediante Resolución N° 968-2010/MINSA, contiene bases teóricas referenciales para orientar los esfuerzos de las universidades en la implementación de la promoción de la salud, definida como un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud y mejorarla. Asimismo, el documento incorpora diversas Conferencias, Declaraciones y Convenios Internacionales de Promoción de la Salud, que dan el sustento técnico y político al nuevo enfoque de la Salud Pública. Así mismo, se describe brevemente algunas experiencias de universidades peruanas –y otras a nivel mundial– que vienen implementando estrategias y acciones de promoción de la salud, como el fomento de estilos de vida saludable, ambientes universitarios libres de humo de tabaco, desarrollo de asignaturas de educación para la salud en las mallas curriculares como parte de la formación general.

Se desarrolla aspectos conceptuales y metodológicos para implementar la promoción de la salud en las universidades, las características de una Universidad Saludable y una propuesta de acciones y actividades para promoverlo.

2.6 Propuesta de un Modelo de Atención Básica de Salud Docente.

Bajo la perspectiva de un sistema integral de salud docente centrado en la protección de la misma se han de asumir todas aquellas funciones dirigidas a garantizar y mejorar el nivel de salud individual y colectiva de los profesores.

La protección de la salud no puede ser considerada como una serie de acciones encaminadas al individuo, sino que tienen un mayor campo de actuación.

Se debe centrar en la prevención, estableciendo como primera obligación la evaluación de riesgos laborales; la responsabilidad mediante la planificación de la actividad preventiva y la participación de los trabajadores en todas las materias de seguridad y salud en el trabajo, a través de delegados de prevención y los comités de seguridad y salud.

Es evidente que si los docentes pertenecemos como trabajadores a un organismo, éste será el encargado de supervisar la protección y la prevención de los profesores asesorando a los mismos y a los centros en los que se trabaja.

A la hora de abordar el tema el referente a la prevención y la mejora de la salud docente se fundamenta en la protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo como un derecho del trabajador, por lo que se considera que es necesario poner en funcionamiento los Servicios de Prevención.

Acerca de la promoción de la salud, Martín Zurro y Cano Pérez (1989) dicen que "es la primera función en importancia y a desarrollar sobre toda la población, sana y enferma"(pg.33). Trasladándolo a los profesores, sería la primera función en importancia y a desarrollar sobre todos los docentes, sanos y enfermos.

El grupo más importante es el que goza de un grado más o menos bueno de salud, es decir, los docentes más saludables. Referente a la prevención se concreta más en "acciones dirigidas a problemas específicos y con metodologías propias para cada situación" (Ibidem pg 33).

La intervención para controlar los problemas podían realizarse a partir de los marcos condicionantes. Se pueden tomar medidas de prevención a partir de las condiciones socio-profesionales. Es evidente la necesidad de programas que partan de las diferentes teorías psicológicas, sociales y organizacionales dirigidos al docente como persona y profesional que lleven a mejorar su salud. Si los mismos se realizan en organizaciones, éstas pueden encaminarse a ser más saludables. Sería necesario establecer criterios, prioridades en las necesidades y para llevarse a cabo es fundamental que los administradores ofrezcan el desarrollo de las mismas.

CCOO (2000:101), refiriéndose a la prevención y promoción de la salud, manifiesta que para el cumplimiento de las obligaciones es necesario fomentar una auténtica cultura preventiva. Cultura que se

inicia con la protección del trabajador frente a los riesgos laborales desde el diseño del proyecto para la actividad laboral, la evaluación inicial de los riesgos inherentes a su trabajo y su actualización periódica a medida que se alteren las circunstancias.

La restauración de la salud docente se puede estudiar desde dos puntos de vista: la asistencia y la rehabilitación

Cabe unir los conceptos de asistencia y rehabilitación de profesores que sufren o han sufrido un deterioro de su salud. Su enfermedad es tratada desde el punto de vista médico pero es necesario tratarla también desde el educativo. Es preciso insistir en que la mayoría de las veces los docentes que enferman se incorporan a su trabajo sin que las causas que desencadenaron la enfermedad fueran atajadas por lo que es probable que vuelvan a recaer. Por ejemplo, un docente sufre depresión, está de baja y la misma fue desencadenada por problemas en el centro en el que trabaja; cuando se da de alta, los problemas continúan ahí, no se han solucionado, esto hace que vuelva a recaer, aún con una atención médica adecuada su problema persiste y puede verse afectado con más gravedad posteriormente.

La asistencia tiene que ver con "diagnosticar precozmente la enfermedad, tratarla correctamente y controlar su evolución posterior" (Martín Zurro y Cano Pérez, 1989:34). Aquí la asistencia se refiere a los profesores que sufren, no tienen por qué estar de baja.

Como indican los mismos autores, la rehabilitación se realiza sobre aquellas personas que "después de haber sufrido un deterioro de su salud queda con secuelas duraderas de carácter físico, psíquico o social" (Ibidem, pg.35).

Se refiere la rehabilitación a los docentes que ya han sufrido un deterioro de la salud. Centraríamos aquí las consecuencias como el absentismo laboral, el abandono de la profesión o intenciones de abandono, jubilación anticipada, por lo que se estima conveniente centrarse en las causas que provocaron las bajas de enfermedad. Estos docentes necesitan asistencia y rehabilitación, pero no sólo médica, necesitan contar su problema, contar con personas especializadas en temas educativos, que su caso se estudie y tener vías de solución. Como metodología podemos hablar de estudios de casos, que abarque la complejidad del problema presentado por el docente con la pretensión de ser comprendido. La recogida de datos, análisis e interpretación de los mismos son importantes a la hora de sacar conclusiones por parte del especialista o equipo.

Previo a priorizar las actuaciones está el conocer lo más exactamente posible la problemática de salud docente, es decir, como primera herramienta está la de considerar el diagnóstico de salud entre los profesores.

La mejor estrategia en la mejora de la salud laboral de los docentes es a través de la Prevención de Riesgos Laborales. La prevención significa anticiparse y actuar antes de que algo suceda con el fin de impedirlo o para evitar sus efectos (López López-Menchero, 2009).

De forma general poder decir que algunas de las soluciones para los problemas de salud laboral docente que se han planteado anteriormente podrían ser: mantener el orden y la limpieza en el entorno de trabajo, adoptar técnicas para la reducción del estrés, concienciarnos y sensibilizarnos con campañas anti-tabaco, mantener un entorno social satisfactorio, seguir formando al profesorado y al personal laboral y funcionario del centro, trabajar con un mobiliario adaptado a nuestras necesidades con mesas y sillas ergonómicas, utilizar técnicas para la correcta utilización de la voz, etc.

La satisfacción laboral es necesaria para que cualquier trabajador/a se entusiasme con la tarea y rinda. En el caso de los educadores y educadoras, el bienestar, además de fuente de salud, se proyecta sobre el alumnado. Los profesores y profesoras que están a gusto con su labor infunden en los alumnos y alumnas un estado de ánimo favorable para la actividad que se realiza.

Algunas pautas preventivas del malestar docente pueden ser (Martínez-Otero, 2003):

Disponer de un proyecto educativo que provoque el crecimiento como personas y profesionales, y dar entrada en el mismo a la participación de los demás. El espíritu de comunidad refuerza la energía vital y protege la personalidad.

Aprender a disfrutar de pequeños logros, así como a advertir nuevos y buenos matices en la cotidianidad.

Programar y aprovechar los períodos vacacionales, para salir del circuito de tensión y reincorporarse al trabajo con fuerzas renovadas.

Adquiere gran importancia la utilización saludable del tiempo libre.

Entre las medidas protectoras del malestar no pueden faltar tampoco la actitud mental positiva, la dieta equilibrada, la actividad física y la relajación muscular.

Intercambiar experiencias y opiniones con los y las colegas. La comunicación y las relaciones personales presididas por la cordialidad neutralizan los aspectos negativos del trabajo. El aislamiento a que a veces propende el profesor o profesora no hace sino acrecentar los problemas.

Poner una nota de creatividad en lo que se realiza. La actividad educativa es susceptible de innovación. Es verdaderamente lamentable el caso de algunos docentes que, apoyándose en unos apuntes amarillos y desgastados, se limitan a repetir curso tras curso los mismos contenidos.

2.7 Definiciones Básicas

- **Calidad de Vida Relacionada a la Salud**

Nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud.

- **Homo hygienicus**

Es el hombre, el cual por encima de cualquier otra cosa considera la salud como su meta vital, y por ello se somete a los principios de una vida basada en postulados científico-médicos.

- **Prácticas preventivas**

Conjunto de medidas y técnicas que puedan evitar la aparición de la enfermedad, con el fin de promover el bienestar y mejorar la calidad de vida.

CAPÍTULO III

VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1 Definición de las variables

3.1.1 Variable 1

Prácticas preventivas de los docentes de la Universidad Nacional del Callao.

3.1.2 Variable 2

Calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao.

3.1.3 Relación entre Variables

Se realizó la comprobación de la existencia de la asociación entre las dos variables.

3.3 Hipótesis

3.3.1 Hipótesis general

Existe asociación entre las prácticas preventivas y la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao.

3.3.2 Hipótesis Específicas

- a. El nivel de las prácticas preventivas de los docentes de la Universidad Nacional del Callao es alto.

- b. El nivel de calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao es alto.

- c. Las prácticas preventivas se asocian significativamente con las dimensiones física, mental y social de la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo aplicada; asimismo, se enmarca en el enfoque cuantitativo, por cuanto permite medir y analizar estadísticamente las variables de estudio. Los resultados de la investigación son de tipo descriptivo, porque describe la situación tal como se presenta y a su vez es correlacional ya que mide y analiza la asociación entre las variables de estudio.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio es de tipo prospectivo.

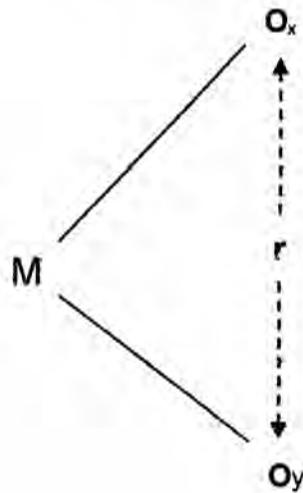
Según el período y secuencia del estudio; es de tipo transversal, ya que se estudiaron las variables en un tiempo y espacio determinado.

4.2 Diseño de la Investigación

El diseño de investigación corresponde básicamente al No Experimental, de tipo descriptivo-correlacional. Según Sánchez y Reyes (1996) este diseño parte de la consideración de dos o más investigaciones descriptivas simples; esto es, recolectar información relevante en varias muestras con respecto a un mismo fenómeno o aspecto de interés y luego caracterizar este fenómeno en base a la

comparación de los datos recogidos, pudiendo hacerse esta comparación en los datos generales o en una categoría de ellos.

El diseño metodológico del estudio en mención es el siguiente:



$$M = O_x \text{ r } O_y$$

Donde:

M = Muestra de docentes de la Universidad Nacional del Callao

O = Observaciones

x = Prácticas preventivas

y = Calidad de vida

r = Asociación entre las variables x e y

4.3 Población y Muestra

4.3.1 Población

La población estuvo conformada por todos los docentes nombrados de la Universidad Nacional del Callao, distribuidos en las 11 Facultades, del año 2015 (Tabla 4.1), según lo reportado por la Oficina de Recursos Humanos.

Tabla 4.1

Distribución Poblacional Docente

Universidad Nacional Del Callao 2015

Facultades	Nº de Docentes	%
Ingeniería Industrial y de Sistemas	54	10.38
Ingeniería Eléctrica y Electrónica	61	11.73
Ingeniería Química	47	9.04
Ingeniería Mecánica y Energía	45	8.65
Ingeniería Pesquera y de Alimentos	51	9.81
Ingeniería Ambiental y de R. N.	27	5.19
Ciencias Naturales y Matemáticas	43	8.27
Administración	53	10.19
Contabilidad	44	8.46
Economía	51	9.81
Ciencias de la Salud	44	8.46
TOTAL	520	100

Fuente: Oficina de Personal UNAC – 2015

4.3.2 Muestra de Estudio

En la determinación de la muestra óptima se seleccionó el muestreo aleatorio simple cuya fórmula propuesta por R.B. Ávila Acosta en su libro Metodología de la Investigación, es como sigue:

$$\eta = \frac{z^2 pqN}{\varepsilon^2(N-1) + z^2 pq} \quad n_f = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

Donde:

η = Tamaño de la muestra

N = 520 Docentes ordinarios de la Universidad Nacional del Callao

Z = 1.96, constante según el nivel de confianza del 95%.

p = 50% población estimada que realiza prácticas preventivas (prevalencia favorable a la variable en estudio) (*)

q = 50% población estimada que no realiza prácticas preventivas (prevalencia no favorable a la variable en estudio) (*)

\mathcal{E} = 6% error de precisión

n_f = Tamaño final de la muestra

(*) *Dado que no existe conocimiento de la prevalencia en proporción distinta.*

Aplicando la fórmula indica se tiene:

$$\eta = \frac{(1.96)^2 (0.50)(0.50)(520)}{(0.066)^2 (520-1) + (1.96)^2 (0.50)(0.50)} = \frac{(3.84)(1300000)}{(36)(519) + (3.84)(2500)}$$
$$\eta = \frac{4992000}{28284} = 176.54$$

Redondeando:

$$\eta = 177$$

Cálculo del tamaño final de la muestra:

$$n_f = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$
$$n_f = \frac{177}{1 + \frac{177}{520}} = \frac{177}{1.338} = 131.98$$

$n_f = 132$

El tamaño de la muestra de los docentes a evaluar fue de 132, los cuales están distribuidos en las 11 Facultades (Tabla 4.2)

Para la fijación proporcional se tuvo en cuenta la siguiente expresión:

$$\frac{n}{N} = \frac{132}{520} = 0.254$$

Tabla 4.2

**Estimación de la Muestra de Docentes de la Universidad Nacional del
Callao, 2015**

Facultades	Nº de Docentes	Proporción	Tamaño de la Muestra Estratificada
Ingeniería Industrial y de Sistemas	54	54 x 0.254	14
Ingeniería Eléctrica y Electrónica	61	61 x 0.254	15
Ingeniería Química	47	47 x 0.254	12
Ingeniería Mecánica y Energía	45	45 x 0.254	12
Ingeniería Pesquera y de Alimentos	51	51 x 0.254	13
Ingeniería Ambiental y de R. N.	27	27 x 0.254	07
Ciencias Naturales y Matemáticas	43	43 x 0.254	11
Administración	53	53 x 0.254	13
Contabilidad	44	44 x 0.254	11
Economía	51	51 x 0.254	13
Ciencias de la Salud	44	44 x 0.254	11
TOTAL	520	520 x 0.254	132

Fuente: Estimaciones del autor

4.3.3 Tipo de Muestreo.

La selección de la muestra fue mediante el muestreo estratificado simple, por medio de números aleatorios en el sistema computacional.

4.3.4 Criterios de inclusión

- Docentes de la Universidad Nacional del Callao que acepten participar en la presente investigación.

4.3.5 Criterios de exclusión

- Docentes de la Universidad Nacional del Callao que se encuentren de licencia.

4.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la entrevista con el instrumento encuesta: cuestionario estructurado.

Cuestionario sobre las prácticas preventivas.

Consta de 12 ítems, los cuales incluyen las siguientes áreas: Evaluación clínica, protección específica y pruebas diagnósticas. Está orientado a identificar la frecuencia de la realización de prácticas preventivas de salud de los docentes, para lo que se consideran las siguientes opciones con sus respectivos puntajes:

Nunca	= 0 puntos
Casi nunca	= 1 punto
Algunas veces	= 2 puntos
Casi siempre	= 3 puntos
Siempre	= 4 puntos

Las categorías y sus puntuaciones se plantearon en base estandares, siendo las siguientes:

Prácticas preventivas buenas	= 14 a 17 puntos
Prácticas preventivas regulares	= 9 a 13 puntos
Prácticas preventivas deficientes	= 0 a 8 puntos

La validez del presente instrumento fue comprobada mediante el juicio de expertos, para lo cual se utilizó la prueba binomial, resultado altamente válido, según el porcentaje de concordancia de los expertos.

Para la confiabilidad, se aplicó la prueba piloto, obteniendo un Alfa de Crombach de 0.87, lo que indica un alto nivel de confiabilidad.

Cuestionario sobre la calidad de vida relacionada a la salud SF-36

Para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud se utilizó el Cuestionario de Salud SF-36. Este instrumento fue desarrollado por Ware & Sherbourne en 1992 para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (MOS). Desde entonces ha formado parte de un proyecto internacional de adaptación del instrumento original a diferentes países e idiomas (International Quality of Life Assessment –IQOLA- Project). Es una escala genérica del estado de salud, psicométricamente sólida, aplicable tanto para pacientes como a la población adulta en general. Informa de estados tanto positivos como negativos de la salud física y emocional de los individuos a través de ocho dimensiones: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental.

El cuestionario arroja puntajes que van de 0 a 100, donde un puntaje mayor indica mejor calidad de vida. Algunas investigaciones (Laos, 2010; Salas, 2009; Torres, 2011) han utilizado una división por quintiles para los puntajes de la prueba, donde los puntajes del 0-19 fueron considerados como una calidad de vida *Muy baja*, del 20-39 se consideró *Relativamente baja*, de 40 a 59 se consideró *Promedio*, del 60-79 se consideró *Relativamente alta*, y por último el rango de 80 a 100 fue considerado como *Muy alto*.

En base a lo anterior, para el caso de la presente investigación, se consideró los siguientes puntajes:

CVRS Buena	136 a 146 puntos
CVRS Regular	110 a 135 puntos
CVRS Deficiente	072 a 109 puntos

En cuanto a los aspectos psicométricos del instrumento, la confiabilidad se determinó a través del análisis de consistencia interna. Una forma de hallar la consistencia interna fue a través del coeficiente de Alfa de Cronbach. Este coeficiente superó el valor mínimo recomendado de .70 para todas las dimensiones en la mayoría de investigaciones, salvo en la dimensión de Función Social que en ocasiones reporta puntajes inferiores a esta cifra, las demás dimensiones del cuestionario superan el .70, siendo las más favorecidas las dimensiones de Rol Físico, Función Física y Rol Emocional, llegando a alcanzar valores hasta de .90 (Mendoza, 2007; Vilagut et al., 2005). La consistencia interna de los ítems también fue una forma de evaluar la confiabilidad del instrumento, todas las correlaciones ítem-test fueron superiores a .40, valor aceptado en psicometría para definir que el ítem mide el concepto que pretende medir dentro de la escala (Gandek, Sinclair, Kosinski & Ware, 2004).

En nuestro contexto latinoamericano se ha empleado satisfactoriamente el SF-36 en países como Colombia (Contreras et al., 2006; Lugo, García & Gómez, 2006), Venezuela (Mendoza, 2007) y México (Zúñiga et al., 1999) ya sea para realizar una valoración de la calidad de vida o para probar las cualidades psicométricas del instrumento.

En la presente investigación se usará la adaptación española elaborada por el equipo de Alonso, Prieto & Antó (1995), cuya versión se ha usado satisfactoriamente en nuestro medio con anterioridad (Laos, 2010; Salas, 2009; Torres, 2011). Laos (2010) y Torres (2011) desarrollaron su investigación con mujeres con cáncer de mama, ellas midieron la confiabilidad con el coeficiente de alfa de Cronbach y obtuvieron ambas un coeficiente superior a .70 para todas las dimensiones. En nuestro estudio, la confiabilidad también se midió a través de este método siendo la dimensión de Función Social la de menor coeficiente (.58) y la única que no alcanzó el valor esperado de .70, todas las demás dimensiones superaron la cifra. El bajo coeficiente de Función Social no sorprende pues es frecuente que esta dimensión sea la única que no alcance los valores requeridos (Vilagut et al., 2005).

Consta de 36 ítems, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitaciones del rol: de problemas físicos; limitaciones del rol: problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general. Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican (10 preguntas), y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud).

Para el presente estudio, se consideró tres categorías de la calidad de vida relacionada a la salud: función física, función mental y función social.

Este instrumento ya validado fue sometido a distintas pruebas de confiabilidad, demostrando en todas ellas, un alto nivel de confianza; tal es así que es utilizado por la Organización Mundial de la Salud, para medir la calidad de vida relacionada a la salud en diferentes grupos de personas.

4.5 Procedimientos de recolección de datos

Se solicitó la autorización del Jefe de la Oficina del Personal de la Universidad Nacional del Callao, así como la autorización de las decanaturas de las 11 Facultades.

Luego se solicitó el consentimiento de los docentes en estudio a fin de realizar la aplicación los instrumentos de recolección de datos.

Se realizó la aplicación de los 02 cuestionarios a los docentes seleccionados aleatoriamente, en forma de una entrevista estructurada, este método permitió, entre otras cosas recabar información subyacente al tema de investigación, que permitió establecer la propuesta.

La duración de la entrevista estructurada por docente fue de aproximadamente 20 minutos, y el tiempo total de recolección de datos fue de 2 meses.

4.6 Procesamiento Estadístico y Análisis de Datos

El tratamiento estadístico de la información se realizó siguiendo el proceso siguiente:

Seriación: Se asignó un número de serie, correlativo a cada encuentro (cuestionario), lo que permitió tener un mejor tratamiento y control de los mismos.

Codificación: Se elaboró un libro de códigos, donde se asigna un código a cada ítem de respuesta, con ello se logró un mayor control del trabajo de tabulación.

Tabulación: Mediante la aplicación de la técnica matemática de conteo, se realizó la tabulación extrayendo la información, ordenándola en cuadros simples y de doble entrada con indicadores de frecuencia y porcentaje.

Graficación: Una vez tabulada la encuesta, se procedió a graficar los resultados en gráficas de barra, y otros.

Todo lo que sirvió para llevar los resultados al análisis e interpretación de los mismos.

Una vez obtenidos los datos, se procedió a analizar cada uno de ellos, atendiendo a los objetivos y variables de investigación; de manera tal que podamos contrastar hipótesis con variables y objetivos, y así demostrar la validez o invalidez de estas. Al final se formularán las conclusiones y recomendaciones para mejorar la problemática investigada.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

Respecto a los datos sociodemográficos de los docentes encuestados, se encontró que, la mayoría de ellos (49.5%), tiene entre 30 a 59 años, mientras que un mayor porcentaje (62.4%) pertenece al género masculino. Por otra parte, existe una mayor concentración (45.9%) en la categoría auxiliar, mientras que el 37.6% tiene una dedicación de tiempo parcial.

TABLA 5.1
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS DOCENTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO, 2015

n = 132		
ÍTEMS	Nº	%
EDAD		
Menos de 30 años	1	0.8%
De 30 a 59 años	82	62.1%
de 60 a más años	49	37.1%
GÉNERO		
Femenino	35	26.5%
Masculino	97	73.5%
TIEMPO DE EJERCICIO EN LA DOCENCIA UNIVERSITARIA		
Menos de 5 años	2	1.5%
De 5 a 10 años	19	14.4%
De 11 a 20 años	47	35.6%
De 21 a 30 años	32	24.2%
Más de 30 años	32	24.2%
CATEGORÍA		
Principal	26	19.7%
Asociado	71	53.8%
Auxiliar	35	26.5%
DEDICACIÓN		
Dedicación Exclusiva	50	37.9%
Tiempo Completo	47	35.6%
Tiempo Parcial	35	26.5%

TABLA 5.2

**NIVEL DE LAS PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE LOS DOCENTES DE
LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO, 2015**

NIVELES	PRÁCTICAS PREVENTIVAS					
	Evaluación Clínica		Protección Específica		Pruebas Diagnósticas	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Buena	58	43.9%	29	22.0%	50	37.9%
Regular	45	34.1%	10	7.6%	28	21.2%
Deficiente	29	22.0%	93	70.5%	54	40.9%
TOTAL	132	100.0%	132	100.0%	132	100.0%

En cuanto a la realización de prácticas preventivas, se encontró que, para la evaluación clínica, el 43.9% de los docentes encuestados presenta un nivel bueno, el 34.1% un nivel regular y un 22.0% un nivel deficiente. Mientras que, para el rubro protección específica, el 70.5% presenta prácticas preventivas deficientes, el 22.0% un nivel bueno y un 7.6% un nivel regular.

Por otra parte, para la dimensión pruebas diagnósticas, el 40.9% presenta un nivel deficiente, un 37.9% un nivel bueno, y el 21.2% presenta prácticas preventivas buenas.

TABLA 5.3

**FRECUENCIA DE LAS PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE LOS
DOCENTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO, 2015**

PRÁCTICAS PREVENTIVAS	FRECUENCIA											
	Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Evaluación médica de rutina	4	3%	2	2%	34	26%	6	5%	86	65%	132	100%
Evaluación nutricional	9	7%	5	4%	49	37%	7	5%	62	47%	132	100%
Evaluación odontológica	1	1%	3	2%	29	22%	7	5%	92	70%	132	100%
Evaluación oftalmológica	5	4%	3	2%	37	28%	7	5%	80	61%	132	100%
Evaluación de estrés laboral	82	62%	5	4%	19	14%	10	8%	16	12%	132	100%
Radiografía de tórax	39	30%	11	8%	49	37%	10	8%	23	17%	132	100%
Hemograma completo	9	7%	12	9%	31	23%	11	8%	69	52%	132	100%
Prueba de glicemia	24	18%	18	14%	22	17%	14	11%	54	41%	132	100%
Prueba de perfil lipídico	30	23%	19	14%	28	21%	13	10%	42	32%	132	100%
Medición de Presión Arterial	14	11%	17	13%	38	29%	12	9%	51	39%	132	100%
Exámenes de rutina según género	23	17%	28	21%	32	24%	13	10%	36	27%	132	100%
Vacuna Influenza estacional (gripe)	50	38%	2	2%	41	31%	10	8%	29	22%	132	100%
Vacuna HvB	72	55%	23	17%	18	14%	11	8%	8	6%	132	100%
Vacuna Antitetánica	74	56%	18	14%	17	13%	9	7%	14	11%	132	100%

Respecto a la frecuencia de realización de las prácticas preventivas, se encontró que, para la evaluación médica de rutina, el 65% de los docentes lo realiza siempre, y un 26% algunas veces. Por otra parte, el 47% de docentes consulta siempre una evaluación nutricional, mientras que el 37% consulta algunas veces.

Para la realización de la prueba de perfil hepático se encontró, que el 21% lo realiza algunas veces y un 23% nunca se ha realizado la mencionada prueba.

El 39% de docentes, realiza siempre la medición de su presión arterial, el 29% algunas veces y el 11% nunca.

Para los exámenes de rutina según género, el 24% lo realiza siempre, mientras que un 21% lo realiza casi nunca y un 17% nunca lo ha realizado.

TABLA 5.4
MOTIVOS PARA LA NO REALIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS
PREVENTIVAS DE LOS DOCENTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
DEL CALLAO, 2015

MOTIVO POR EL QUE NO PUDO REALIZAR LAS PRÁCTICAS PREVENTIVAS	Nº	%
Falta de tiempo	116	87.9%
Desinterés	16	12.1%
Desconocimiento	0	0.0%
TOTAL	132	100.0%

Respecto a los motivos para la no realización de las prácticas preventivas de los docentes de la Universidad Nacional del Callao, se obtuvo como resultado, que, el 87.9% (116) respondieron falta de tiempo y el 12.1% (16) por desinterés.

Este resultado, pone en relevancia la importancia de contar con un programa de atención primaria del docente universitario en su mismo centro de labores, ya que como indica Oscar Betancourt, es una necesidad imperiosa de los sistemas de salud para conocer las características de las condiciones laborales y salud de los trabajadores. (4)

TABLA 5.5**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LOS
DOCENTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO, 2015**

NIVELES	CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD					
	F. Biológica		F. Mental		F. Social	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Buena	43	32.6%	39	29.5%	48	36.4%
Regular	61	46.2%	67	50.8%	60	45.5%
Deficiente	28	21.2%	26	19.7%	24	18.2%
TOTAL	132	100.0%	132	100.0%	132	100.0%

Respecto a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), se encontró que, para la función biológica, el 46.2% de los docentes encuestados presenta un nivel regular, el 32.6% un nivel bueno y un 21.2% un nivel deficiente. Para la función mental, el 50.8% presenta un nivel de CVRS regular, el 29.5% un nivel deficiente y un 19.7% un nivel bueno. Por otra parte, para la función social, se encontró que, el 45.5% presenta un nivel regular, un 36.4% un nivel bueno, y un 18.2% presenta un nivel de CVRS deficiente.

TABLA 5.6

ASOCIACIÓN ENTRE LAS PRÁCTICAS PREVENTIVAS Y LAS DIMENSIONES FÍSICA, MENTAL Y SOCIAL DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LOS DOCENTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO, 2015

PRÁCTICAS PREVENTIVAS	CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD																							
	F. Biológica						F. Mental						F. Social											
	Buena		Regular		Deficiente		Buena		Regular		Deficiente		Buena		Regular		Deficiente							
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%						
Buena	9	7%	22	17%	2	2%	12	9%	21	16%	0	0%	9	7%	22	17%	2	2%						
Regular	11	8%	48	36%	3	2%	8	6%	49	37%	5	4%	11	8%	48	36%	3	2%						
Deficiente	0	0%	20	15%	17	13%	2	2%	21	16%	14	11%	0	0%	20	15%	17	13%						
TOTAL	20	15%	90	68%	22	17%	132	100%	91	69%	19	14%	132	100%	90	68%	22	17%						
	Rho = 0.817						p = 0.000						Rho = 0.786						p = 0.000					
													Rho = 0.704						p = 0.000					

TABLA 5.7

ASOCIACIÓN ENTRE LAS PRÁCTICAS PREVENTIVAS Y LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LOS DOCENTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO, 2015

PRÁCTICAS PREVENTIVAS	CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD						TOTAL	
	Buena		Regular		Deficiente		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Buena	15	11.4%	18	13.6%	0	0.0%	33	25.0%
Regular	17	12.9%	44	33.3%	1	0.8%	62	47.0%
Deficiente	1	0.8%	21	15.9%	15	11.4%	37	28.0%
TOTAL	33	25.0%	83	62.9%	16	12.1%	132	100.0%

$\chi^2 = 42.435$

$p = 0.000$

Respecto a la asociación entre las prácticas preventivas y la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao, se evidencia como resultados más relevante, que el 11.4% (15) presenta prácticas preventivas buenas y CVRS buena, el 33.3% (44) presenta prácticas preventivas regulares y CVRS regulares; y el 11.4% (15) presenta prácticas preventivas deficientes y CVRS deficientes.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contratación de hipótesis con los resultados

Este capítulo tiene el propósito de presentar el proceso que conduce a la demostración de la hipótesis en la investigación **“Prácticas preventivas y calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao”**

PRUEBA DE HIPÓTESIS

A continuación se realiza la prueba de la hipótesis general planteada. Existe asociación entre las prácticas preventivas y la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao.

Para contrastar ésta hipótesis se ha elaborado una tabla de contingencia con todas las preguntas del cuestionario del instrumento Prácticas Preventivas versus con todas las preguntas del cuestionario Calidad de Vida Relacionada a la Salud, categorizando las puntuaciones en tres escalas alto, medio y bajo en base a estandares.

La escala de estandares fue utilizada para categorizar los sujetos en estudio en tres grupos (alto, medio y bajo), según los puntajes parciales y el puntaje total obtenido en los cuestionarios. Se obtuvo la media aritmética (MA) y la desviación estándar (DS) de los puntajes con cuyos resultados se calculó los puntos de corte: $a = MA - 0.75 \times DS$ y $b = MA + 0.75 \times DS$.

Pasos para la prueba de hipótesis Chi cuadrado (Hipótesis general)

Paso1. Tabla de contingencia (datos)

Tabla 6.1

Asociación entre Prácticas Preventivas y Calidad de Vida

PP (Agrupado)	CV (agrupado)			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Bajo	15 (4,48)	21 (23,27)	1 (15,50)	37
Medio	1 (7,52)	44 (38,98)	17 (15,50)	62
Alto	0 (4,00)	18 (20,75)	15 (8,25)	33
Total	16	83	33	132

Fuente: Apéndice C, Tabla N° 1 resultante de las corridas de los dos cuestionarios contenidas en la matriz de datos, con el paquete Estadístico SPSS.

Las cantidades que se encuentran entre paréntesis son las frecuencias esperadas, que resulta de multiplicar los respectivos marginales, dividido entre el total; por ejemplo para obtener la frecuencia esperada de la primera casilla, se realiza $16 \times 37 / 132 = 4,48$

Paso 2. Formulación de la hipótesis H_0 y H_1 .

H_0 : No existe asociación entre las prácticas preventivas y la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao.

H₁: Existe asociación entre las prácticas preventivas y la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao.

Paso 3. Suposiciones: La muestra es una muestra aleatoria simple.

Paso 4. Estadística de prueba: La estadística de prueba es:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^l \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Paso 5. Distribución de la estadística de prueba:

Cuando **H₀** es verdadera, χ^2 sigue una distribución aproximada de Chi cuadrado con $(3-1)(3-1) = 4$ grados de libertad.

En la tabla χ^2 , para $\alpha = 0.05$ y 4 grado de libertad se tiene: **9.488**.

Paso 6. Regla de decisión: Rechazar hipótesis nula (**H₀**) si el valor calculado de χ^2 es mayor o igual a **9.488**.

Paso 7. Cálculo de la estadística de prueba: Al desarrollar las frecuencias esperadas en la Tabla N° 6.1 se observa que la mínima esperanza es 4.00, que se encuentra entre 3 y 5, por lo que se usará la corrección de Yates, que es la siguiente:

$$\text{Yates} = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^l \frac{(|O_{ij} - E_{ij}| - 0.5)^2}{E_{ij}}$$

$$\begin{aligned}
Yates &= \frac{(|15-4.48|-0.5)^2}{4.48} + \frac{(|21-23.27|-0.5)^2}{23.27} + \frac{(|1-15.50|-0.5)^2}{15.50} + \\
&\frac{(|1-7.52|-0.5)^2}{7.52} + \frac{(|44-38.98|-0.5)^2}{38.98} + \frac{(|17-15.50|-0.5)^2}{15.50} + \frac{(|0-4.00|-0.5)^2}{4.00} + \\
&\frac{(|18-20.75|-0.5)^2}{20.75} + \frac{(|15-8.25|-0.5)^2}{8.25} = 22.3649 + 0.1339 + 6.4932 + 4.8145 + \\
&0.5229 + 0.0645 + 3.0625 + 0.2440 + 4.7348 = 42.435
\end{aligned}$$

Se ha encontrado el valor de la prueba de Corrección de Yates, que es 42.435.

Paso 8. Decisión estadística: Dado que $42.435 > 9.488.$, se procede a rechazar la hipótesis nula (H_0).

Paso 9. Conclusión:

Existe asociación ente las prácticas preventivas y la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao.

Pasos para la prueba de hipótesis Rho de Spearman

Paso1. Tabla (datos)

Tabla 6.2
Puntuaciones de las Prácticas Preventivas y Calidad de Vida
Relacionada a la Salud

Ficha	Puntajes PP	Puntajes CV									
1	41	44	34	37	46	67	38	37	100	34	46
2	40	40	35	33	43	68	31	37	101	15	34
3	43	37	36	32	36	69	15	44	102	19	36
4	41	37	37	35	48	70	31	36	103	28	37
5	14	32	38	41	40	71	30	36	104	16	36
6	18	32	39	8	34	72	40	44	105	28	44
7	16	34	40	44	37	73	46	40	106	29	44
8	39	40	41	35	46	74	37	37	107	24	44
9	36	37	42	32	36	75	15	32	108	12	34
10	12	32	43	6	27	76	10	31	109	37	37
11	9	34	44	37	44	77	20	36	110	36	46
12	15	32	45	34	40	78	19	36	111	38	46
13	34	37	46	24	37	79	8	34	112	22	36
14	13	37	47	31	37	80	40	37	113	42	46
15	20	36	48	23	37	81	16	36	114	33	36
16	32	44	49	33	36	82	42	37	115	26	37
17	30	40	50	33	36	83	36	36	116	40	46
18	22	34	51	30	36	84	15	36	117	34	46
19	33	37	52	34	44	85	38	44	118	12	36
20	33	37	53	38	40	86	14	36	119	19	36
21	20	36	54	38	37	87	32	37	120	30	44
22	40	44	55	26	37	88	36	37	121	32	36
23	18	36	56	18	36	89	33	37	122	40	46
24	39	37	57	20	36	90	32	36	123	32	37
25	12	32	58	26	36	91	22	36	124	44	46
26	44	38	59	18	36	92	18	36	125	36	43
27	21	36	60	11	36	93	32	36	126	43	44
28	39	44	61	24	36	94	17	34	127	46	44
29	42	40	62	36	44	95	32	37	128	28	36
30	37	37	63	32	40	96	32	37	129	39	46
31	31	40	64	36	37	97	24	44	130	44	50
32	32	37	65	18	36	98	21	36	131	44	37
33	39	37	66	44	37	99	42	44	132	25	37

Paso 2. Formulación de la hipótesis H₀ y H₁.

H₀: Las prácticas preventivas no se asocian significativamente con las dimensiones física, mental y social de la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao.

H₁: Las prácticas preventivas se asocian significativamente con las dimensiones física, mental y social de la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao.

Paso 3. Suposiciones:

La muestra es una muestra aleatoria simple.

Paso 4. Estadística de prueba:

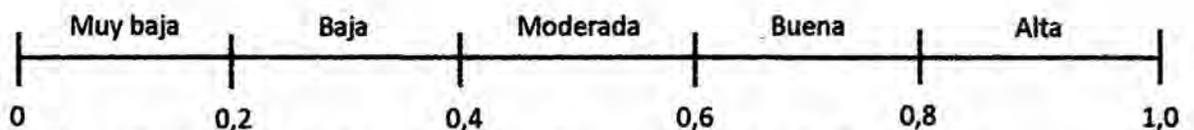
La estadística de prueba es:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

Rho de Spearman

Paso 5. Regla de decisión:

Rechazar hipótesis nula (H₀) si el valor calculado de Rho de Spearman (R) ≥ [0,8; 1,0] (Alta); según la regla de decisión estadística siguiente:



Paso 6. Cálculo de la estadística de prueba (Rho de Spearman):

Haciendo uso de la Tabla N° 6.2 y con el procesamiento de los datos de esta tabla con el paquete estadístico SPSS, se tiene la siguiente salida:

Para la dimensión Física de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud

Matriz de Correlaciones

			Puntuaciones de Prácticas Preventivas	Puntuaciones de Calidad de Vida: Dimensión física
Rho de Spearman	Puntuaciones de Prácticas Preventivas	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	1,000** - 132	,817** ,000 132
	Puntuaciones de Calidad de Vida Relacionada a la salud Dimensión física	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	,817** ,000 132	1,000 . 132

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Paso 7. Decisión estadística:

Dado que el valor de Rho de Spearman $0,817 > [0,8; 1,0]$, se procede a rechazar la hipótesis nula (H_0). Según la regla indicada $0,817$ se encuentra dentro del intervalo $[0,8; 1,0]$, por lo que existe asociación alta entre las prácticas preventivas y la dimensión física de la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao.

Paso 8. Conclusión:

Las prácticas preventivas se asocian significativamente con la dimensión física de la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao.

De forma similar se repiten los pasos anteriores para las dimensiones mental y social de la CVRS.

Para la dimensión Mental de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud

Matriz de Correlaciones

			Puntuaciones de Prácticas Preventivas	Puntuaciones de Calidad de Vida: Dimensión Mental
Rho de Spearman	Puntuaciones de Prácticas Preventivas	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	1,000** . 132	,756** ,000 132
	Puntuaciones de Calidad de Vida Relacionada a la salud Dimensión mental	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	,756** ,000 132	1,000 . 132

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Paso 7. Decisión estadística:

Dado que el valor de Rho de Spearman $0,756 > [0,6; 0,8]$, se procede a rechazar la hipótesis nula (H_0). Según la regla indicada $0,756$ se encuentra dentro del intervalo $[0,6; 0,8]$, por lo que existe asociación buena entre las prácticas preventivas y la dimensión mental de la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao.

Paso 8. Conclusión:

Las prácticas preventivas se asocian significativamente con la dimensión mental de la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao.

Para la dimensión Social de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud

Matriz de Correlaciones

			Puntuaciones de Prácticas Preventivas	Puntuaciones de Calidad de Vida: Dimensión Social
Rho de Spearman	Puntuaciones de Prácticas Preventivas	Coeficiente de correlación	1,000**	,704**
		Sig. (bilateral)	.	,000
	Puntuaciones de Calidad de Vida Relacionada a la salud Dimensión social	N	132	132
		Coeficiente de correlación	,704**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	132	132

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Paso 7. Decisión estadística:

Dado que el valor de Rho de Spearman $0,704 > [0,6; 0,8]$, se procede a rechazar la hipótesis nula (H_0). Según la regla indicada $0,704$ se encuentra dentro del intervalo $[0,6; 0,8]$, por lo que existe asociación buena entre las prácticas preventivas y la dimensión social de la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao.

Paso 8. Conclusión:

Las prácticas preventivas se asocian significativamente con la dimensión social de la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao.

Finalmente, se puede concluir que las prácticas preventivas se asocian significativamente con las dimensiones física, mental y social de la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao.

6.2 Contrastación de resultados con otros estudios similares.

En cuanto a los datos demográficos de los docentes de la Universidad Nacional del Callao, respecto a la edad se encontró que, la mayoría de ellos (49.5%), tiene entre 30 a 59 años. Mientras que un mayor porcentaje (62.4%) pertenece al género masculino. Por otra parte, existe una mayor concentración (45.9%) en la categoría auxiliar, mientras que el 37.6% tienen una dedicación de tiempo parcial. Frente a estos resultados, tenemos que el II Censo Universitario Nacional del 2010, muestra que la docencia universitaria es una actividad que ocupa a personas distribuidas con una notable amplitud de edades, la mayor concentración de docentes se encuentran en el grupo etáreo de 45 y más años, con un 55,3%, seguido del grupo de 40 a 44 años (13,5%), de 35 a 39 años (13,3%), y finalmente los menores de 35 años que sólo constituyen el 17,5%. Los contrastes por tipo de universidad son marcados, siendo los docentes de universidades públicas mayores en relación a las privadas, así se tiene que el grupo de edad de 45 a más años representan el 71,8% de los docentes de las universidades públicas, para las universidades privadas las cifras baja al 45,9%. Para el caso de las edades menores de 35 años la relación cambia, mientras el 8,6% de docentes de las universidades públicas están en ese grupo etáreo, para las universidades privadas es de 22,6%. Asimismo, se encuentran contrastes interesantes por sexo, la población de docentes hombres tiene mayor concentración

en las edades mayores, mientras que en las mujeres cobra mayor importancia los grupos de menor edad, por ejemplo, entre los docentes varones el grupo que tiene menos de 35 años de edad asciende al 15,0%, mientras que en las mujeres el valor es de 23,1%. (41).

En cuanto a la realización de prácticas preventivas, se encontró que, para la dimensión evaluación clínica, el 43.9% de los docentes encuestados presenta un nivel bueno, el 34.1% un nivel regular y un 22.0% un nivel deficiente.

Dentro de la evaluación clínica se consideró a la evaluación odontológica, en la presente investigación se encontró que el 70% de los docentes (92), realiza siempre un chequeo de este tipo, mientras que un 22% (29) lo realiza algunas veces. En caso de Perú, según INEI (2014), refiere que las prácticas de salud bucal son estrategias activas que se implementan sobre la boca, lengua, dientes y encías para preservar su higiene y funcionalidad, así como prevenir su deterioro. Por otra parte, menciona que, la población de adultos mayores es más propensa a tener enfermedades de dientes y encías y por lo tanto a requerir tratamientos. Asimismo reporta que la concurrencia a servicios odontológicos es una actividad poco frecuente entre la población de 60 a más años de edad. Asimismo, es notablemente menor entre los residentes rurales. En el país sólo el

26,6% de este colectivo fue atendido en un servicio odontológico en los últimos 12 meses. Según sexo, el porcentaje fue mayor en mujeres (27,4%), que en hombres (25,6%) y según área de residencia, la atención odontológica, fue de 31,9% entre los residentes urbanos y de 11,6% entre aquellos del área rural (42).

En este mismo rubro de evaluación clínica, en cuanto a la evaluación oftalmológica, se encontró que el 61% de los docentes (80), realiza una evaluación de este tipo siempre, mientras que el 28% (37), lo realiza algunas veces. Respecto a ello, el INEI (2014) reporta que nivel nacional, prácticamente 3 de cada diez personas de 50 y más años de edad, reportó un examen de valoración de agudeza visual. Vista por sexo, la valoración es mayor entre mujeres (31,5%), que entre hombres (26,1%). Por área de residencia, la valoración de agudeza visual muestra importantes diferencias, siendo más frecuente entre residentes del área urbana (34,8%), que entre aquellos del área rural (12,0%) (43).

Para las prácticas preventivas, en la dimensión de protección específica, el 70.5% presenta prácticas preventivas deficientes, el 22.0% un nivel bueno y un 7.6% un nivel regular.

Respecto a ello, el Ministerio de Salud de Perú, en el Calendario de Vacunación 2016, indica que también la población adulta y adulta mayor deben contar con protección inmunizante mediante las

siguientes vacunas: Vacuna Anti diftrotétano (dT), indicada hasta los 64 años de edad. Vacuna Antihepatitis B (HvB), hasta los 59 años de edad. Vacuna Anti influenza (HSUR), indicada para población menor de 59 años en riesgo y mayores de 60 años. (43).

Según reportes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, las vacunas destinadas a los grupos de adultos y adultos mayores alcanzan coberturas muy bajas a nivel nacional, por lo que, a pesar de existir disponibilidad de éstas a costo cero, la población objetivo aún no considera importante la protección específica como medida preventiva.

Por otra parte, para la dimensión pruebas diagnósticas, el 40.9% presenta un nivel deficiente, un 37.9% un nivel bueno, y el 21.2% presenta prácticas preventivas buenas.

Al respecto, INEI (2014) informa que, es importante que los grupos poblacionales en riesgo recurran a chequeos médicos periódicos para descartar oportunamente enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), ya que estas intervenciones destinadas a la detección han demostrado ser costo-efectivas para reducir la morbimortalidad por ECNT, sin embargo, estas intervenciones no son efectivas si las personas objeto de estas pruebas de detección precoz no asisten a los lugares donde se ofrece este servicio. Reporta que, el 22,8% de las personas de 40 a 59 años de edad se han realizado algún examen

clínico para descartar cualquier tipo de ECNT, en los últimos 24 meses. Estos exámenes pueden ayudar a los médicos a encontrar y tratar algunos tipos de ECNT en etapa temprana. De acuerdo con la región natural, las personas de la Costa (28,4%) se han realizado algún examen de detección de ECNT, en establecimiento de salud. En tanto, los de la Sierra (14,8%) y Selva (17,1%) se realizaron en menor proporción dicho examen, que le permitan encontrar algún tipo de ECNT en un estadio inicial.

En el caso específico de los exámenes de rutina según género, que incluyen mamografía y papanicolaou para las mujeres y examen prostático para varones, en el presente estudio se encontró que, sólo un 27% de los docentes (36), realizó siempre (una vez al año) este tipo de chequeo preventivo, y un 17% (23), no lo realizó nunca. INEI (2004), reporta que el 23,2% de las mujeres de 30 a 59 años de edad se han realizado algún examen físico de mama, por un médico, obstetra o enfermera en los últimos 12 meses. De esta proporción, el 27,3% de mujeres del área urbana accedieron a realizarse un examen clínico de mama; mientras que en el área rural fue 9,1%. De acuerdo con la región natural, se encontró que en Lima Metropolitana el 34,2% de las mujeres que reportaron que un médico u otro profesional de la salud les habían realizado un examen físico de mama, en los últimos 12 meses. En mujeres de la Sierra fue el 12,9% y la Selva 14,2%.

De las mujeres entre 30 y 59 años de edad, el 53,9% se realizaron la prueba de Papanicolaou por un médico u otro profesional de la salud. Según área de residencia, el mayor porcentaje de mujeres que, en los últimos tres años de la encuesta, se realizaron esta prueba son las residentes del área urbana (57,4%), que las del área rural (42,1%). Según región natural, las mujeres que residen en Lima Metropolitana (61,0%) se han realizado en mayor proporción el examen de Papanicolaou por un médico u otro profesional de la salud; en comparación con las de la Selva (45,6%). (44).

Respecto a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), se encontró que, para la función biológica, el 46.2% de los docentes encuestados presenta un nivel regular, el 32.6% un nivel bueno y un 21.2% un nivel deficiente. Para la función mental, el 50.8% presenta un nivel de CVRS regular, el 29.5% un nivel deficiente y un 19.7% un nivel bueno. Por otra parte, para la función social, se encontró que, el 45.5% presenta un nivel regular, un 36.4% un nivel bueno, y un 18.2% presenta un nivel de CVRS deficiente.

En la tesis doctoral de Herranz Bellido, se encontró como resultado que, que los profesores, en su conjunto, viven una vida con una calidad notable. Más concretamente, el 93% del profesorado de nuestro estudio considera, según este índice, que su calidad de vida es buena (74,3%) o muy buena (18,7%), un 6,6% la valora con un

regular, un exiguo 0,3% piensa que es mala, y no hay ningún profesor que pueda considerarse que posee una calidad de vida muy mala. (46).

Por otra parte, en un estudio realizado en la Universidad de Colima, México, 2007, muestra que Los resultados obtenidos en los puntajes totales de la Encuesta de Calidad de Vida de Adultos (ECVA), por los profesores universitarios permiten establecer que estos perciben que su nivel de calidad de vida (CV) va de satisfactorio a muy satisfactorio, ya que la media obtenida fue de 4.615 Lo anterior se corroboró al observarse que en las puntuaciones totales de la ECVA de hombres y mujeres los datos se agrupan por arriba del promedio, es decir, entre las respuestas de "acuerdo" y "totalmente de acuerdo"; ello significa que tanto hombres como mujeres perciben también un alto grado de satisfacción en su CV. (47).

Al respecto, en una investigación realizada a Docentes de la Universidad de Asunción Paraguay (2011), se encontró que en la puntuación de calidad de vida que incluye el aspecto físico, psicológico y social de los participantes, la mitad (56%), la considera como moderada, seguido de un porcentaje menor (27%) con la valoración cualitativa "bastante". De esto puede depender el propio pensamiento y carácter subjetivo, la toma de decisiones que perturban la salud, alimentación poco saludable, enfermedades derivadas del ejercicio, alta carga horaria y en condiciones

inadecuadas, el sedentarismo, dificultades en las relaciones interpersonales, a los que se suma el salario insuficiente para la cobertura de necesidades básicas, entre otros. (48)

Es evidente, entonces que, la información obtenida en este estudio sobre la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes universitarios permite establecer, al comparar los datos de tipo sociodemográfico, que las muestras guardan similitudes sociales y culturales que se reflejan en el ejercicio docente en la Universidad Nacional del Callao.

Asimismo, se han utilizado instrumentos de evaluación de tipo genérico (SF-36), es decir, que evalúan calidad de vida independientemente del espacio social o laboral en el que la muestra se ubique. También hay consistencia en la asociación hallada entre las variables estudiadas, como por ejemplo las prácticas preventivas y su impacto en el nivel de calidad de vida relacionada a la salud.

Por lo tanto, en suma, es prioritario que se realicen más investigaciones al respecto y se profundice de manera específica en el ámbito de la docencia universitaria. Para ello, se deben diseñar instrumentos particulares con una amplia gama de metodologías y técnicas que permitan obtener datos concretos contextualizados que evalúen el papel del docente universitario. Finalmente, es deseable sistematizar la información sociodemográfica existente y elaborar con

ella no sólo fichas de identificación general o de caracterización de muestras, sino utilizarla en la construcción de instrumentos de medición válidos y confiables que sean útiles para la elaboración de perfiles muestrales con mayor alcance científico y consistencia metodológica.

En este estudio se encontró que el realizar prácticas preventivas repercute necesariamente en la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes; esta información es valiosa, ya que abre nuevas interrogantes respecto del estudio de la calidad de vida en la población de docentes universitarios; ello implica que los estudios a realizarse deben abordar estas variables desde sus dimensiones biológica, mental y social, ya que los datos encontrados permiten concluir que la calidad de vida relacionada se afecta sobre todo por la realización de prácticas preventivas de los participantes.

Finalmente, el estudio "Prácticas Preventivas y Calidad de Vida Relacionada a la Salud de los Docentes de la Universidad Nacional del Callao", no pretende ser representativo del universo de las instituciones educativas superiores incluidos los miembros; sino que presenta el tema abriendo camino a los efectos de avanzar en más investigaciones y a la formulación de políticas que contribuyan a desarrollar respuestas oportunas que favorezcan al ejercicio saludable de la profesión; así como las estrategias para mejorar su calidad de vida.

VII. CONCLUSIONES

- a. Existe asociación entre las prácticas preventivas y la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao.
- b. El nivel de las prácticas preventivas de los docentes de la Universidad Nacional del Callao es regular.
- c. El nivel de calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao es regular.
- d. Las prácticas preventivas se asocian significativamente con las dimensiones física, mental y social de la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao

VIII. RECOMENDACIONES

- a. Evaluar periódicamente la realización de prácticas preventivas de los docentes de la Universidad Nacional del Callao.
- b. Evaluar objetivamente la calidad de vida relacionada a la salud, mediante elementos de diagnóstico correspondientes a la etapa de vida adulto.
- c. Implementar el monitoreo epidemiológico de la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao.
- d. Realizar actividades preventivo-promocionales en temas de salud dirigidas a los docentes de la Universidad Nacional del Callao.
- e. Implementar y comprobar la eficacia del Modelo de Atención Básica de Salud del Docente Universitario.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNESCO. (2005). *Condiciones de Trabajo y Salud Docente*. Santiago de Chile: Unesco.
2. INEI. (2011). *II Censo Nacional Universitario 2010*. Lima, Perú: INEI.
3. MINSA. (2010). *Documento Técnico: Promoviendo Universidades Saludables*. Lima, Perú: SINCO editores.
4. Guzmán Muñiz, Jorge y cols. (2007). *Factores que Influyen en la Calidad de vida de Profesores Universitarios*. México: Universidad de Colima.
5. Rodríguez Salazar María Clara y cols. (2011). *Calidad de Vida y Actividad Física en Estudiantes, Docentes y Administrativos*. Bogotá, Colombia: Universidad de Bogotá.
6. Montiel Hijano Luz María. (2010). *La Importancia de la Salud Laboral Docente: estudio de caso*. España: Espiral Cuadernos del Profesorado.
7. Arzamendia, Gladys. (2011). *Calidad de vida y enfermedades crónicas no transmisibles en docentes que participan de programa de prevención y promoción de salud*. Paraguay. Universidad Nacional de Asunción.
8. Sandoval I. *Resultados de la encuesta a docentes universitarios* [Internet]. San José: Universidad de Costa Rica, Escuela de Estadística; 2006 [citado 23 May 2015]. Disponible en:http://www.ucr.ac.cr/medios/documentos/Docentes_2006_Informe_Final.pdf

9. Foucault M. (1966). *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica*. México DF: Siglo XXI.
10. Huertas García-Alejo Rafael. (2008). *Los Laboratorios de la norma: medicina y regulación en el estado neoliberal*. España. Ed. Octaedro S.L.
11. Labisch, A. (1992), *Homo hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*, Frankfurt, Campus.
12. Guevara Rivas Harold, Domínguez Montiel Antonio. (2010). *Calidad de vida del docente universitario vista desde la Complejidad*. Venezuela.
13. Shopenhauer A. (2006). *Arte del buen vivir*. 19na ed. Madrid: Editorial EDAF, S.A.
14. Sen A. Capacidad y Bienestar. En: Nussbaum M, Sen A, editores. *La Calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica; 1998.
15. Sen A. *Desarrollo como Libertad*. Barcelona. Planeta; 2000.
16. Gracia D. *Ética de la Calidad de vida*. En: Gracia D, editor. *Ética y Vida 1: Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Santa Fé de Bogotá: Editorial El Buho; 1998.
17. Garciandía JA. *Pensar sistémico. Una introducción al pensamiento sistémico*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2005.
18. Soto M, Morin E. *Complejidad y sujeto humano [tesis]*. Universidad de Valladolid: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes; 1999 [sitio en Internet]. [citado Dic 2009]. Disponible en: http://www.archivochile.com/tesis/11_teofiloideo/11teofiloideo0004.pdf

19. Emilio Moreno San Pedro, Jesús Gil Roales-Nieto. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud.
20. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behaviour: an introduction to theory and research. Reading-MA: Addison-Wesley, 1975.
21. Ajzen I. From intentions to actions: a theory of planned behavior. Chicago: Dorsey, 1985.
22. Taylor SG. Dorothea E. Orem, teoría del déficit de autocuidado. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. España: Elsevier; 2007, p. 267-295.
23. Moyano, E. & Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo la satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la región del Maule. , (2), 52-63.
24. Arita, B.Y. (2005). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. (1), 121-126. Xalapa, México: Universidad Veracruzana.
25. CHOCARRO Gonzales, Lourdes. Enfermería Medicoquirurgica: procedimientos y cuidados en la enfermería. 1ra Edición. España. Editorial ELSEVIER. 2006.
26. HALL Joanne y Col. Enfermería en Salud Comunitaria: un enfoque de Sistemas. 2002. Pags. 318-320.

27. MINSA. Norma Técnica de Atención Integral de Salud del Adulto Varón y Mujer. NTS 046-MINSA/DGSP-V. 01. 2006.
28. Instituto Nacional de Salud. Guía de Práctica Clínica para el Examen Médico-Ocupacional. Perú, 2008.
29. FARRÉ ROVIRA Rosaura. Evaluación del estado nutricional (dieta, composición corporal, bioquímica y clínica). 2014.
30. Oficina General del Estadística del MINSA. Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal. 2014.
31. Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. Exploración Oftalmológica Básica. 2010.
32. INSHT. NTP 705: *Síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout (II): Consecuencias, evaluación y prevención*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 2006.
33. MINSA. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis. NTS N°101-1 - MINSA/DGSP V.01. Lima. 2013.
34. MINSA. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva. NTS 031-2015/MINSA.
35. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Manual para Tamizaje del Cáncer Cervicouterino. Guatemala.
36. Op. Cit. 34.

37. MINSA. Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación. NTS N° 080-MINSA/DGSP-V.04. Lima, 2016.
38. Castellón y Sánchez del Pino .M.A: Calidad de vida y salud. Rev. Mult. Geronto 2001;11(1):12-9
39. Guevara Rivas Harold & Domínguez Montiel Antonio. (2010). *Calidad de vida del docente universitario vista desde la Complejidad*. Venezuela.
40. Shopenhauer A. Arte del buen vivir. 19na ed. Madrid: Editorial EDAF, S.A.; 2006.
41. Op. Cit. 2.
42. INEI. "Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2013", Lima. 2014.
43. Op. Cit. 42.
44. Op. Cit. 42.
45. Op. Cit. 37
46. Herranz Bellido, Jesús. *Calidad De Vida, El Trabajo Y La Salud De Los Profesores Universitarios*. Universidad de Alicante. 2004.
47. Verdugo Lucero Julio César et. al. *Factores que influyen en la calidad de vida de profesores universitarios*. Universidad de Colima. México. 2007.

APÉNDICES

APÉNDICE A

FORMATO DEL INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN PARA JUICIO DE EXPERTOS

Nº	PREGUNTA	APRECIACIÓN		SUGERENCIA
		SI	NO	
1	¿El instrumento de recolección de datos está orientado al problema de investigación?			
2	¿En el instrumento de recolección de datos se aprecia las variables de investigación?			
3	¿Los instrumentos de recolección de datos facilitarán el logro de los objetivos de la investigación?			
4	¿Los instrumentos de recolección de datos se relacionan con las variables de estudio?			
5	¿Los instrumentos de recolección de datos presentan la cantidad de ítems apropiados?			
6	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es coherente?			
7	¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitará el análisis y procesamiento de datos?			
8	¿Del instrumento de recolección de datos, usted eliminaría algún ítem?			
9	¿Del instrumento de recolección de datos, usted agregaría algún ítem?			
10	¿El diseño del instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?			
11	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?			

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

Firma

APÉNDICE B

PRUEBA BINOMIAL VALIDEZ DE CONTENIDO POR JUECES EXPERTOS

JUICIO DE EXPERTOS PARA VALIDAR EL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE PRÁCTICAS PREVENTIVAS

ITEMS	Juez1	Juez2	Juez3	Juez4	Juez5	Juez6	Juez7	Juez8	Juez9	Juez10	p valor
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0010
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0010
3	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0.0439
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0010
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0010
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0010
7	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0.0098
8	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0.0098
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0010
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0010
11	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0.0098

1 = Favorable

0 = Desfavorable

En la tabla de resultados de los diez (10) jueces expertos evaluados se utilizó el programa Ms Excel para la prueba binomial, en la que se puede observar que los valores de p (p valor) son menores que 0.05, que demuestra que el instrumento es válido con 95% de confiabilidad.

APÉNDICE C

VALIDEZ DE CONSTRUCTO

PRUEBA PILOTO DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE PRÁCTICAS PREVENTIVAS

Encuestados	PREGUNTAS O ITEMS												Total Filas
	P1	P2	P3	P4	P5	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	
1	2	3	2	3	3	4	4	4	3	2	3	3	36
2	3	3	3	3	3	2	3	5	2	2	4	3	36
3	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	35
4	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	27
5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	3	5	4	55
6	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	25
7	4	4	4	3	3	5	2	4	3	4	4	2	42
8	4	2	3	2	4	3	3	4	3	4	2	3	37
9	3	5	4	5	4	4	4	4	3	4	4	2	46
10	2	2	3	5	3	3	4	4	5	5	2	3	41
11	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	33
12	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	35
13	3	3	2	2	3	3	4	3	2	3	3	3	34
14	4	5	3	3	2	4	3	2	4	2	2	2	36
15	2	3	3	3	3	3	4	3	2	2	3	2	33
Varianza x ítem	1.06	1.17	0.49	1.21	0.63	0.92	0.88	0.81	1.06	0.98	0.85	0.40	52.9

Del cuadro anterior, se obtiene:

- K = 12 nº de preguntas o ítems
- K - 1 = 11 nº de preguntas o ítems - 1
- $S_i^2 = 10.50$ suma de varianza x ítem
- $St^2 = 52.92$ varianza del puntaje total

APÉNDICE D

PRUEBA DE ALFA DE CRONBACH PARA LA CONFIABILIDAD DE LA VARIABLE PRÁCTICAS PREVENTIVAS

DEL ANEXO ANTERIOR:

Para determinar la confiabilidad del cuestionario de Prácticas Preventivas, se utilizó el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, cuya fórmula es:

$$\alpha = \left[\frac{K}{K-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^K S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Donde:

- S_i^2 es la varianza del ítem i ,
- S_t^2 es la varianza de la suma de todos los ítems y
- K es el número de preguntas o ítems.

Se obtuvo los siguientes resultados estadísticos de confiabilidad:

A LA OPERACIÓN

VARIABLE	ALFA DE CRONBACH	Nº DE ELEMENTOS
1	0.87	12

- Su interpretación será que, cuanto más se acerque el índice al extremo 1, mejor es la confiabilidad.
- Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere $\alpha > 0.7$, por lo tanto este instrumento es confiable.

APÉNDICE E

TABLAS RESULTANTES DE LAS CORRIDAS DE LA MATRIZ DE DATOS CON EL PAQUETE ESTADÍSTICO SPSS

Tabla 1

Tabla de contingencia Sumatoria_PP (agrupado) * Sumatoria_CV (agrupado)

Recuento

		CV (agrupado)			Total
		Bajo	Medio	Alto	
PP (agrupado)	Bajo	15 (4.4848)	21 (23.2652)	1 (9.2500)	37
	Medio	1 (7.5152)	44 (38.9848)	17 (15.5000)	62
	Alto	0 (4.0000)	18 (20.7500)	15 (8.2500)	33
	Total	16	83	33	132

APÉNDICE F

MEDICIÓN DE LA VARIABLE - ESCALA DE STANONES PARA LA CALIDAD DE VIDA Y SUS DIMENSIONES

CALIDAD DE VIDA TOTAL

Es el coeficiente que permitirá conocer los intervalos por puntajes alcanzados en la primera variable.

1.- Se calculó la Media $\bar{X} = 122.1$

2.- Se calculó la Desviación Estándar $DS = \sqrt{ST^2} = 17.47$

3.- Se estableció valores para a y b

$$a = \bar{X} - 0.75 (DS)$$

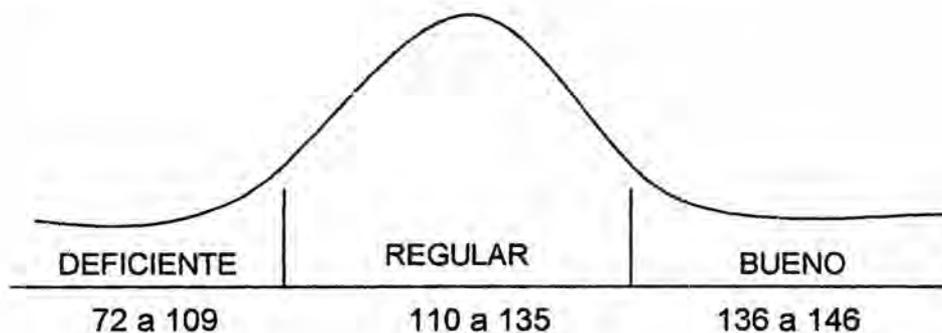
$$b = \bar{X} + 0.75 (DS)$$

$$a = 122.1 - (0.75 \times 17.47)$$

$$b = 122.1 + (0.75 \times 17.47)$$

$$a = 109$$

$$b = 135.2$$



CATEGORÍAS:

INTERVALO

Buena	136 a 146 puntos
Regular	110 a 135 puntos
Deficiente	072 a 109 puntos

ANEXOS

ANEXO A
MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: "PRÁCTICAS PREVENTIVAS Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD DE LOS DOCENTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO"

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Cuál es la asociación que existe entre las prácticas preventivas y la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar la asociación que existe entre las prácticas preventivas y la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL Existe asociación entre las prácticas preventivas y la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao.</p>	<p>VARIABLES Prácticas Preventivas Conjunto de medidas y técnicas que puedan evitar la aparición de la enfermedad, con el fin de promover el bienestar y mejorar la calidad de vida.</p>	<p>DIMENSIONES Evaluación clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación médica • Evaluación nutricional • Evaluación odontológica • Evaluación oftalmológica • Evaluación de estrés laboral 	<p>Tipo de investigación Enfoque: Cuantitativo Tipo: Descriptivo correlacional</p>
<p>Problemas específicos a. ¿Cómo es el nivel de las prácticas preventivas de los docentes de la Universidad Nacional del Callao?</p>	<p>Objetivos específicos a. Identificar el nivel de las prácticas preventivas de los docentes de la Universidad Nacional del Callao.</p>	<p>Hipótesis específicas a. El nivel de las prácticas preventivas de los docentes de la Universidad Nacional del Callao es alto.</p>	<p>Calidad de Vida la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.</p>	<p>Pruebas diagnósticas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Radiografía de tórax • Hemograma completo • Glicemia • Perfil lipídico • Presión arterial • Examen ginecológico 	<p>POBLACION La población estará conformada por los 520 docentes nombrados de la UNAC.</p>
<p>b. ¿Cómo es el nivel de calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao?</p>	<p>b. Identificar el nivel de calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la UNAC.</p>	<p>b. El nivel de calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao es alto.</p>		<p>Protección específica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vacuna influenza • Vacuna Antihepatitis • Vacuna Diftotética 	<p>MUESTRA 132 docentes. (Muestreo estratificado simple).</p>
<p>c. ¿Cómo se asocian las prácticas preventivas con la dimensión física, mental y social de la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao?</p>	<p>c. Identificar la asociación de las prácticas preventivas con la dimensión física, mental y social de la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao</p>	<p>c. Las prácticas preventivas se asocian significativamente con la dimensión física, mental y social de la calidad de vida relacionada a la salud de los docentes de la Universidad Nacional del Callao.</p>		<p>CVRS Física</p> <p>CVRS Mental</p> <p>CVRS Social</p>	<p>INSTRUMENTOS • Cuestionario sobre prácticas preventivas. • Cuestionario de calidad de vida relacionado a la salud.</p>	

ANEXO B
CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a) Docente

Usted ha sido invitado a participar en el estudio titulado "Prácticas Preventivas y Calidad de Vida Relacionada a la Salud de Docentes de la Universidad Nacional del Callao", por esta razón es muy importante que conozca y entienda la información necesaria sobre el estudio de forma que permita tomar una decisión sobre su participación en el mismo. Cualquier duda o aclaración que surja respecto al estudio, le será aclarada por el investigador responsable.

El estudio tiene como propósito final, dirigir los esfuerzos hacia una práctica educativa más saludable, en la cual se considere la verdadera importancia de contar con docentes que realicen prácticas preventivas y que ello se refleje en un mejor nivel de calidad de vida relacionado a la salud, con la finalidad de lograr contribuir adecuadamente a mejorar la calidad en la educación superior.

Por medio de este documento se asegura y garantiza la total confidencialidad de la información suministrada por usted y el anonimato de su identidad. Queda explícito que los datos obtenidos serán de uso y análisis exclusivo del estudio de investigación con fines netamente académicos. Adicionalmente, podrá aclarar dudas relacionadas con su participación en cualquier momento de desarrollo del estudio y queda usted en total libertad para no responder alguna pregunta si considera que no es pertinente, así como también para decidir retirar su participación de esta investigación cuando lo desee.

DECLARACIÓN PERSONAL

He sido invitado a participar en el estudio titulado "Prácticas Preventivas y Calidad de Vida Relacionada a la Salud de Docentes de la Universidad Nacional del Callao", Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente el propósito de la investigación y se me han aclarado dudas relacionadas con mi participación en dicho estudio. Por lo tanto, acepto participar de manera voluntaria en el estudio.

Firma del participante

ANEXO C
CUESTIONARIO DE PREGUNTAS

CUESTIONARIO DE PREGUNTAS

Estimado(a) Docente:

Usted está invitado a participar de la investigación titulada "Prácticas Preventivas y Calidad de Vida Relacionada a la Salud de los Docentes de la Universidad Nacional del Callao" con la finalidad de proponer un Modelo de Atención Básica de Salud Docente. Cabe mencionar que la información proporcionada es de carácter anónimo y confidencial, y servirá exclusivamente para propósitos de la presente investigación. Para ello, deberá responder con veracidad y objetividad a las preguntas que se presentan a continuación.

I. DATOS GENERALES

1. Edad: _____ años
 - a) Menos de 30 años
 - b) De 30 a 59 años
 - c) Mayor de 60 años

2. Sexo:
F ()
M ()

3. Tiempo de ejercicio de la Docencia Universitaria
 - a) Menos de 5 años
 - b) De 5 a 10 años
 - c) De 11 a 20 años
 - d) De 21 a 30 años
 - e) Más de 30 años

4. Categoría Docente
 - a) Principal
 - b) Asociado
 - c) Auxiliar

5. Dedicación Docente
 - a) Dedicación Exclusiva
 - b) Tiempo Completo
 - c) Tiempo Parcial

II. PRÁCTICAS PREVENTIVAS

A continuación encontrará una serie de prácticas preventivas que deben realizarse anualmente. Marque con una "X" el número que corresponde a la frecuencia con la que realiza la práctica preventiva.

Nunca	Casi nunca (sólo si es necesario)	Algunas veces (cada 5 años)	Casi siempre (cada 3 años)	Siempre (anualmente)
-------	--------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	-------------------------

PRÁCTICAS PREVENTIVAS ANUALES	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1. Evaluación médica de rutina					
2. Evaluación nutricional					
3. Evaluación odontológica					
4. Evaluación oftalmológica					
5. Evaluación de estrés laboral					
6. Vacuna Influenza estacional (gripe)					
7. Radiografía de tórax					
8. Hemograma completo					
9. Prueba de glicemia					
10. Prueba de perfil lipídico					
11. Medición de Presión Arterial					
12. Exámenes de rutina según género Mujeres (ex. Mama, Papanicolaou) Varones (ex. Próstata)					

¿Cuál fue el principal motivo por el que no pudo realizar las principales prácticas preventivas?

**III. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD
MARQUE UNA SOLA RESPUESTA**

1. En general, usted diría que su salud física es:

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
-----------	-----------	-------	---------	------

2. En general, usted diría que su salud emocional es:

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
-----------	-----------	-------	---------	------

CONTESTE: SU SALUD ACTUAL LE PERMITE REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

	Actividades	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
3	Actividades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos.					
4	Actividades moderadas, tales como mover una mesa, barrer, trapear, lavar, jugar fútbol.					
5	Levantar o llevar las compras del mercado.					
6	Subir varios pisos por la escalera.					
7	Subir un solo piso por la escalera.					
8	Doblarse, arrodillarse o agacharse					
9	Caminar un kilómetro o más					
10	Caminar varias cuadras					
11	Caminar una cuadra					
12	Bañarse o vestirse.					

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

	Durante el último mes...	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
13	¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?					
14	¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?					
15	¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?					
16	¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?					
17	¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?					
18	¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?					
19	¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?					

20. Durante el último mes, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Demasiado	Mucho	Regular	Un poco	Nada
-----------	-------	---------	---------	------

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

Demasiado	Mucho	Regular	Un poco	Nada
-----------	-------	---------	---------	------

22. Durante el último mes, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Demasiado	Mucho	Regular	Un poco	Nada
-----------	-------	---------	---------	------

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE EL ÚLTIMO MES. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

Durante el último mes...

		Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
23	Se ha sentido lleno de vida					
24	Se ha sentido muy nervioso					
25	Se ha sentido tan decaído que nada podía alentarlo					
26	Se ha sentido tranquilo y sosegado					
27	Ha tenido mucha energía					
28	Se ha sentido desanimado y triste					
29	Se ha sentido agotado					
30	Se ha sentido feliz					
31	Se ha sentido cansado					
32	Su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)					

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

		Totalmente cierta	Bastante cierta	No sabe	Bastante falsa	Totalment falsa
33	Cree que se pone enfermo más fácilmente que otras personas					
34	Está tan sano como cualquiera.					
35	Cree que su salud va a empeorar.					
36	Su salud es excelente.					

IV. OPINIÓN ACERCA DE LA PROPUESTA DE UN MODELO DE ATENCIÓN BÁSICA DE SALUD DEL DOCENTE UNIVERSITARIO

		Muy necesario	Necesario	No sabe / no opina	Poco necesario	Nada necesario
1	Evaluaciones integrales de salud anualmente.					
2	Medidas de promoción de la salud (información en salud)					
3	Medidas de prevención en salud (vacunas y otros)					
4	Perfil de salud del docente universitario.					

ANEXO D
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

En la determinación de la muestra óptima se seleccionó el muestreo aleatorio simple cuya fórmula propuesta por R.B. Ávila Acosta en su libro Metodología de la Investigación, es como sigue:

$$\eta = \frac{z^2 pqN}{\varepsilon^2(N-1) + z^2 pq}$$

Donde:

- z = Es el valor de la abscisa de la curva normal para una probabilidad del 95% de confianza.
- p = Proporción de estudiantes que poseen liderazgo en la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional del Callao (Se asume $p = 0.5$)
- q = Proporción de estudiantes que no poseen liderazgo (Se asume $q = 0.5$)
- ε = Margen de error muestral.
- N = Población de estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional del Callao.
- η = Tamaño óptimo de muestra.

Por lo tanto a un nivel de confianza de 95% y 5 % como margen de error.

De esta manera se valida este instrumento para poder tomar la muestra coherente en función de una población.

ANEXO E
CONFIABILIDAD

CONFIABILIDAD

La confiabilidad está en función de la manera como contrastaremos las hipótesis.

Hipótesis:

H₀ : Una hipótesis nula

H₁: Una hipótesis alternativa.

Para probar las hipótesis planteadas seguiremos el siguiente procedimiento:

1. **Suposiciones:** La muestra es una muestra aleatoria simple.
2. **Estadística de prueba:** La estadística de prueba es:

$$\chi^2 = \sum_{k=1}^l \frac{(O_k - E_k)^2}{E_k}$$

3. **Distribución de la estadística de prueba:** cuando H₀ es verdadera, χ^2 sigue una distribución aproximada de ji-cuadrada con grados de libertad.
4. **Regla de decisión:** Rechazar hipótesis nula (H₀) si el valor calculado de χ^2 es mayor o igual a x.
5. **Cálculo de la estadística de prueba:** El valor χ^2 se obtiene al calcular primero las frecuencias esperadas de las celdas. Al desarrollar la fórmula tenemos:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^l \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

6. **Decisión estadística:** Dado que $x > y$, se rechaza H₀.
7. **Conclusión:** Que determina la confiabilidad de la tesis por pruebas no Paramétricas.

ANEXO F
MATRIZ DE DATOS

MATRIZ DE DATOS DE LA VARIABLE PRÁCTICAS PREVENTIVAS

Fic h	Fac u	Eda d	Sex o	TDo c	Ca t	De d	PP 1	PP 2	PP 3	PP 4	PP 5	PP 6	PP 7	PP 8	PP 9	PP1 0	PP1 1	PP1 2
1	1	2	2	1	3	3	4	3	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3
2	1	3	2	4	2	2	3	3	4	4	2	2	2	4	4	4	4	4
3	1	2	1	3	3	3	4	4	4	4	2	4	2	4	4	4	4	3
4	1	2	1	3	2	2	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4
5	1	2	2	1	3	2	2	0	3	2	0	0	0	3	2	0	2	0
6	1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	0
7	1	3	2	5	2	2	3	2	2	3	0	2	0	0	1	1	1	1
8	1	2	2	4	1	2	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	2
9	1	3	2	4	1	1	4	4	4	4	0	0	0	4	4	4	4	4
10	1	2	2	4	3	2	2	0	2	1	0	0	2	2	0	0	2	1
11	1	2	2	2	3	3	1	0	0	0	0	0	1	1	2	2	1	1
12	1	2	1	2	1	3	2	2	3	3	0	0	0	1	1	1	1	1
13	1	3	2	4	3	3	3	3	3	3	1	1	2	3	3	4	4	4
14	1	2	2	3	2	3	2	2	2	2	0	0	0	1	1	1	1	1
15	2	2	2	3	2	2	4	4	4	4	0	0	0	2	0	0	0	2
16	2	2	2	5	1	1	4	4	4	4	0	2	2	4	2	2	2	2
17	2	3	2	5	2	2	4	2	4	4	0	2	2	2	2	2	2	4
18	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	0	0	2	4	0	0	2	2
19	2	3	2	5	3	2	4	4	4	4	2	2	2	4	2	2	2	1
20	2	3	2	5	1	1	4	4	4	4	0	2	0	4	4	4	2	1
21	2	3	2	5	2	1	4	2	4	2	0	2	0	1	1	1	1	2
22	2	3	2	4	1	1	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3
23	2	2	2	3	2	3	2	2	4	4	0	0	0	4	0	0	2	0
24	2	3	2	5	3	1	4	4	4	4	2	2	2	4	4	4	4	1
25	2	2	2	3	3	3	2	1	1	1	0	0	0	4	0	0	2	1
26	2	2	2	3	2	2	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4
27	2	2	2	3	2	2	2	2	4	4	0	0	2	4	1	1	1	0
28	2	3	2	5	2	3	4	2	4	2	4	2	2	4	4	4	4	3
29	2	3	2	4	2	2	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4
30	3	3	1	5	2	1	4	2	4	4	0	2	4	4	4	4	4	1
31	3	3	1	5	2	1	4	2	4	4	0	0	4	4	4	2	2	1
32	3	3	2	5	2	1	4	2	4	2	0	0	2	4	4	4	4	2
33	3	2	1	3	1	1	4	4	2	2	3	3	2	4	4	4	3	4
34	3	2	2	3	2	1	4	4	4	4	0	0	4	4	4	3	3	3
35	3	3	2	3	2	1	4	4	4	4	0	2	2	2	2	2	4	3
36	3	2	2	4	2	1	2	4	4	4	0	0	2	4	4	0	4	4
37	3	2	1	4	1	2	4	4	2	2	2	4	2	4	4	2	4	1
38	3	2	1	4	2	1	4	4	4	2	3	4	3	4	4	2	4	3
39	3	2	2	3	2	2	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0
40	3	3	1	5	2	1	3	4	4	4	3	4	3	4	4	4	3	4
41	3	2	2	3	2	1	4	4	4	4	0	0	4	4	4	2	2	3
42	4	2	2	2	3	3	4	1	4	4	0	2	2	4	4	4	2	1
43	4	2	2	4	3	3	0	2	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0
44	4	3	2	2	2	2	4	4	4	2	0	4	1	4	4	4	4	2
45	4	2	2	4	2	1	4	2	4	4	0	0	2	4	4	4	4	2
46	4	2	2	3	2	3	2	2	2	2	0	0	4	4	4	2	1	1

47	4	2	2	3	2	2	2	2	2	4	0	2	2	4	4	4	4	1
48	4	2	2	4	2	2	2	2	2	4	2	2	1	1	1	1	4	1
49	4	3	2	4	2	2	4	4	4	2	0	2	2	2	4	4	4	1
50	4	3	2	4	3	2	4	4	4	4	0	0	2	4	4	4	2	1
51	4	3	2	5	2	1	4	4	4	4	0	0	4	2	2	2	2	2
52	4	2	2	4	2	1	4	2	4	4	0	0	2	4	4	4	4	2
53	4	2	2	4	2	2	2	2	2	4	4	4	3	4	3	3	3	4
54	5	3	2	3	1	2	4	4	4	4	0	4	4	4	4	2	2	2
55	5	3	2	5	1	2	4	2	4	2	0	4	4	2	0	0	2	2
56	5	2	2	2	3	3	0	2	4	2	0	4	2	2	0	0	2	0
57	5	2	2	2	2	1	4	4	4	2	0	0	2	0	4	0	0	0
58	5	2	2	4	2	1	4	0	2	2	4	0	0	4	4	4	2	0
59	5	2	2	4	2	1	2	0	4	4	2	0	0	4	0	0	0	2
60	5	2	2	3	2	2	4	0	2	2	0	0	0	0	0	0	2	1
61	5	3	2	5	1	1	4	0	4	4	0	0	4	0	0	0	4	4
62	5	3	2	5	1	1	4	4	4	4	4	0	4	4	2	2	2	2
63	5	2	2	3	2	1	4	2	4	4	0	0	2	4	2	2	4	4
64	5	3	2	5	1	1	4	4	4	4	0	2	0	4	4	4	4	2
65	5	2	2	4	2	2	4	0	2	2	0	4	2	2	0	0	2	0
66	5	2	2	4	2	1	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	3
67	6	2	1	2	3	3	4	4	4	3	3	3	2	4	3	3	3	2
68	6	2	1	3	3	2	4	4	4	2	0	4	2	2	2	2	1	4
69	6	2	2	3	2	1	2	2	2	4	0	0	1	1	1	1	1	0
70	6	2	2	4	2	1	4	4	4	4	0	0	1	4	4	4	2	0
71	6	2	2	3	2	2	4	4	4	4	0	0	2	4	4	1	1	2
72	6	2	1	2	3	2	2	4	2	2	4	4	4	4	4	4	2	4
73	6	3	2	5	2	3	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4
74	7	3	2	4	3	2	4	4	4	4	0	2	0	4	4	4	4	3
75	7	2	2	3	2	3	2	2	4	2	0	0	0	2	0	0	2	1
76	7	2	2	3	3	3	2	2	2	0	0	2	2	0	0	0	0	0
77	7	2	2	3	2	2	4	4	4	4	2	0	0	2	0	0	0	0
78	7	2	2	2	3	3	4	2	4	2	0	0	0	4	1	1	1	0
79	7	1	2	2	3	3	0	2	4	0	0	0	0	2	0	0	0	0
80	7	3	2	5	1	1	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	2	2
81	7	2	2	2	3	2	2	2	4	2	0	0	0	2	0	0	4	0
82	7	2	2	4	3	3	2	2	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4
83	7	2	2	3	2	1	4	4	3	3	3	3	3	4	3	2	2	2
84	7	2	2	3	2	2	4	2	2	2	0	0	1	1	1	1	1	0
85	8	3	2	5	1	2	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	2	3
86	8	2	2	4	2	2	2	2	4	4	0	0	0	0	0	0	2	0
87	8	3	2	3	1	1	4	4	4	4	2	2	0	4	0	0	4	4
88	8	3	2	5	1	1	2	2	4	4	0	2	2	4	4	4	4	4
89	8	3	2	5	2	2	4	2	4	4	0	2	0	4	4	4	4	1
90	8	3	2	5	1	2	4	4	4	4	0	2	0	4	1	1	4	4
91	8	2	1	3	2	2	4	2	4	4	0	2	0	2	0	0	0	4
92	8	2	1	3	3	3	2	2	4	2	0	2	0	4	0	0	0	2
93	8	2	2	2	2	2	4	4	4	4	0	0	0	4	4	4	4	0
94	8	2	1	2	3	3	2	2	4	2	0	2	0	2	0	0	2	1

95	8	2	1	3	2	3	4	4	4	4	0	2	2	4	2	2	4	0
96	8	2	2	3	2	3	2	2	4	4	0	0	2	4	4	4	2	4
97	8	3	2	3	2	2	3	3	3	3	0	0	2	2	2	2	2	2
98	9	2	2	5	2	2	4	4	2	4	0	0	1	1	1	1	1	2
99	9	2	2	4	2	1	4	4	4	2	4	4	4	3	3	3	3	4
100	9	3	2	5	1	1	4	2	4	4	0	4	0	2	4	4	4	2
101	9	3	2	5	2	1	0	2	2	2	0	2	2	1	1	1	1	1
102	9	2	1	3	2	1	4	2	2	4	2	0	2	0	2	0	0	1
103	9	2	1	2	3	3	4	4	4	4	0	0	0	2	2	2	4	2
104	9	3	2	4	2	1	2	2	2	2	0	2	1	1	1	1	1	1
105	9	3	2	4	3	1	4	4	4	4	0	4	2	1	1	1	1	2
106	9	2	1	3	2	3	2	4	4	4	2	4	0	2	2	2	2	1
107	9	2	2	3	2	2	4	1	1	2	0	0	0	4	4	4	2	2
108	9	2	1	3	2	1	2	2	2	2	1	0	1	0	1	0	0	1
109	10	2	1	3	2	3	4	2	4	2	1	2	2	4	4	4	4	4
110	10	3	2	5	2	1	2	4	4	2	0	2	2	4	4	4	4	4
111	10	2	1	2	3	3	4	4	4	4	0	4	2	4	2	2	4	4
112	10	2	1	3	3	2	2	1	4	4	0	2	0	2	4	0	0	3
113	10	3	2	5	2	1	4	4	4	4	0	2	4	4	4	4	4	4
114	10	2	2	3	3	3	4	2	2	4	2	0	1	4	4	4	4	2
115	10	3	2	5	1	2	2	4	2	4	0	2	2	4	1	1	4	0
116	10	2	1	3	2	3	4	4	4	4	0	4	0	4	4	4	4	4
117	10	3	2	5	1	1	4	4	4	4	2	4	0	2	2	2	4	2
118	10	2	1	3	2	3	2	0	2	2	0	2	0	2	0	0	0	2
119	10	2	1	4	3	3	2	2	4	0	1	2	0	2	0	0	2	4
120	10	3	1	5	1	1	4	4	4	4	0	2	0	4	0	0	4	4
121	10	3	2	4	2	2	4	4	2	2	0	2	3	3	3	3	4	2
122	11	2	1	3	1	1	4	4	4	4	2	4	2	4	4	4	2	2
123	11	2	1	3	3	3	4	4	2	4	2	4	2	2	2	2	2	2
124	11	2	1	3	2	1	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4

12																		
5	11	3	2	4	1	1	4	2	2	4	4	4	2	2	2	2	4	4
12																		
6	11	2	1	2	3	2	4	2	4	4	4	2	4	4	4	4	3	4
12																		
7	11	3	1	3	1	1	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4
12																		
8	11	2	2	2	3	3	4	4	4	4	2	2	2	2	2	1	1	0
12																		
9	11	3	1	4	1	1	4	2	4	2	2	4	4	4	4	2	4	3
13																		
0	11	3	1	5	3	3	4	4	4	4	4	4	4	2	4	2	4	4
13																		
1	11	2	2	3	2	1	4	4	4	4	4	2	4	3	3	4	4	4
13																		
2	11	2	1	3	2	2	3	3	3	3	1	1	2	2	2	2	2	1

45 22 3 4 4 4 4 3 3 3 4 4 4 5 5 4 3 3 4 4 4 4 4 4 4 3 3 4 3 4 3 5 4 4 4
 46 22 4 3 4 3 2 4 2 4 3 4 4 5 4 5 4 4 4 4 4 5 5 4 4 4 5 4 5 4 5 4 2 4 4
 47 22 4 3 4 3 2 4 2 4 3 4 4 3 4 5 4 5 4 4 4 5 5 4 4 4 5 4 5 4 5 4 2 4 4
 48 22 4 3 4 3 2 4 2 4 3 4 4 3 4 3 4 3 4 4 4 5 5 4 4 4 5 4 5 4 5 4 2 4 4
 49 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 4 3 3 2 4 3 2 5 4 3 2 4 3 4 3 2 3 3 2 4
 50 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 4 3 3 2 4 3 2 5 4 3 2 4 3 4 3 2 3 3 2 4
 51 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 4 3 3 2 4 3 2 5 4 3 2 4 3 4 3 2 3 3 2 4
 52 22 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 3 4 4 4 5 4 4 2 2 4 2 4 4 4 5
 53 22 3 4 4 4 4 3 3 3 4 4 4 5 5 4 3 3 4 4 4 4 4 4 4 4 3 3 4 3 4 3 5 4 4 4
 54 22 4 3 4 3 2 4 2 4 3 4 4 5 4 5 4 5 4 4 4 5 5 4 4 4 5 4 5 4 5 4 2 4 4
 55 22 4 3 4 3 2 4 2 4 3 4 4 5 4 5 4 5 4 4 4 5 5 4 4 4 5 4 5 4 5 4 2 4 4
 56 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 4 3 3 2 4 3 2 2 4 3 2 3 3 3 3 2 3 3 2 4
 57 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 4 3 3 2 4 3 2 5 4 3 2 4 3 4 3 2 3 3 2 4
 58 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 4 3 3 2 4 3 2 5 4 3 2 4 3 4 3 2 3 3 2 4
 59 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 4 3 3 2 4 3 2 4 4 3 2 3 3 2 3 2 3 3 2 4
 60 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 2 3 3 2 2 3 2 2 2 3 2 2 3 2 3 2 3 3 2 2
 61 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 4 3 3 2 4 3 2 5 4 3 2 4 3 4 3 2 3 3 2 4
 6
 2 22 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 3 4 4 4 5 4 4 2 2 4 2 4 4 4 5
 6
 3 22 3 4 4 4 4 3 3 3 4 4 4 5 5 4 3 3 4 4 4 4 4 4 4 3 3 4 3 4 3 5 4 4 4
 6
 4 22 4 3 4 3 2 4 2 4 3 4 4 5 4 5 4 5 4 4 4 5 5 4 4 4 5 4 5 4 5 4 2 4 4
 6
 5 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 4 3 3 2 4 3 2 4 4 3 2 2 3 4 3 2 3 3 2 4
 6
 6 22 4 3 4 3 2 4 2 4 3 4 4 3 4 3 4 3 4 4 4 5 5 4 4 4 5 4 5 4 5 4 2 4 4
 6
 7 22 4 3 4 3 2 4 2 4 3 4 4 3 4 3 4 3 4 4 4 5 5 4 4 4 5 4 5 4 5 4 2 4 4
 6
 8 22 4 3 4 3 2 4 2 4 3 4 4 5 4 5 4 5 4 4 4 5 3 3 4 4 3 4 3 4 5 4 2 4 4
 6
 9 22 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 3 4 2 4 2 2 3 4 2 2 2 4 2 2 2 4 4 4 3
 7
 0 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 4 3 3 2 4 3 2 5 4 3 2 4 3 4 3 2 3 3 2 4
 7
 1 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 4 3 3 2 4 3 2 5 4 3 2 4 3 4 3 2 3 3 2 4
 7
 2 22 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 3 4 4 4 5 4 4 2 2 4 2 4 4 4 5
 7
 3 22 3 4 4 4 4 3 3 3 4 4 4 5 5 4 3 3 4 4 4 4 4 4 4 3 3 4 3 4 3 5 4 4 4
 7
 4 22 4 3 4 3 2 4 2 4 3 4 4 5 4 5 4 5 4 4 4 5 5 4 4 4 5 4 5 4 5 4 2 4 4
 7
 5 33 3 2 2 3 2 3 3 3 2 3 2 3 2 3 3 3 2 2 3 2 2 4 3 2 3 3 4 3 2 3 3 2 4
 7
 6 33 2 3 2 3 3 3 2 2 2 3 2 3 2 2 2 3 2 3 3 3 2 3 2 3 3 2 2 3 2 2 3 2 2
 7
 7 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 4 3 3 2 4 3 2 5 4 3 2 4 3 4 3 2 3 3 2 4
 7
 8 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 4 3 3 2 4 3 2 3 4 3 2 4 3 4 3 2 3 3 2 4
 7
 9 22 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 2 2 2 1 1 2 2 2 2 2 1 2 2 3 3 1 1 3 2 1 2 1 3

8
0 22 4 3 4 3 2 4 2 4 3 4 4 5 4 5 4 5 4 4 4 5 5 4 4 4 5 4 5 4 5 4 2 4 4
8
1 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 2 3 3 2 2 3 2 3 4 3 2 3 3 4 3 2 3 3 2 4
8
2 22 4 3 4 3 2 4 2 4 3 4 4 3 4 3 4 3 4 4 4 5 5 4 4 4 5 4 5 4 5 4 2 4 4
8
3 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 4 3 3 2 4 3 2 5 4 3 2 4 3 4 3 2 3 3 2 4
8
4 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 4 3 3 2 4 3 2 2 3 3 2 3 3 4 3 2 3 3 2 4
8
5 22 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 3 4 4 4 5 4 4 2 2 4 2 4 4 4 5
8
6 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 2 3 3 2 3 3 2 3 2 3 2 2 3 2 3 2 3 3 2 2
8
7 22 4 3 4 3 2 4 2 4 3 4 4 5 4 5 4 2 4 4 4 3 3 4 4 4 3 4 5 4 5 4 2 3 4
8
8 22 4 3 4 3 2 4 2 4 3 4 4 5 4 5 4 5 4 4 4 5 5 4 4 4 5 4 5 4 5 4 2 4 4
8
9 22 4 3 4 3 2 4 2 4 3 4 4 3 4 3 4 3 4 4 4 5 5 4 4 4 5 4 5 4 5 4 2 4 4
9
0 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 4 3 3 2 4 3 2 5 4 3 2 4 3 4 3 2 3 3 2 4
9
1 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 4 3 3 2 4 3 2 5 4 3 2 4 3 4 3 2 3 3 2 4
9
2 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 4 3 3 2 4 3 2 2 2 3 2 2 3 4 3 2 3 3 2 4
9
3 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 4 3 3 2 4 3 2 5 4 3 2 4 3 4 3 2 3 3 2 4
9
4 22 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 2 2 2 3 3 2 2 3 4 2 4 4 4 3 3 3 3 3 2 1 4 1 3
9
5 22 4 3 4 3 2 4 2 4 3 4 4 5 4 5 4 5 4 4 4 5 5 4 4 4 5 4 5 4 5 4 2 4 4
9
6 22 4 3 4 3 2 4 2 4 3 4 4 3 4 3 4 3 4 4 4 5 5 4 4 4 5 4 5 4 5 4 2 4 4
9
7 22 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 3 4 4 4 5 4 4 2 2 4 2 4 4 4 5
9
8 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 4 3 3 2 4 3 2 5 4 3 2 4 3 4 3 2 3 3 2 4
9
9 22 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 3 4 4 4 5 4 4 2 2 4 2 4 4 4 5
10
0 33 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 3 4 4 4 5 4 4 2 2 4 2 4 4 4 5
10
1 22 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 2 2 2 1 1 2 2 2 2 2 1 2 2 3 3 1 1 3 2 1 4 1 3
10
2 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 4 3 3 2 4 3 2 3 4 3 2 4 3 4 3 2 3 3 2 4
10
3 22 4 3 4 3 2 4 2 4 3 4 4 3 4 3 4 3 4 4 4 5 5 4 4 4 5 4 5 4 5 4 2 4 4
10
4 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 4 3 3 2 4 3 2 3 4 3 2 2 3 3 3 2 3 3 2 4
10
5 22 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 3 4 4 4 5 4 4 2 2 4 2 4 4 4 5
10
6 22 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 3 4 4 4 5 4 4 2 2 4 2 4 4 4 5
10
7 22 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 3 4 4 4 5 4 4 2 2 4 2 4 4 4 5
10
8 22 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 2 2 2 1 1 2 2 2 2 2 1 2 2 3 3 1 1 3 2 1 4 1 3

10
9 22 4 3 4 3 2 4 2 4 3 4 4 5 4 5 4 5 4 4 4 5 5 4 4 4 5 4 5 4 5 4 2 4 4
11
0 33 4 3 4 5 4 4 5 4 4 3 4 3 4 5 4 5 4 4 4 4 5 4 5 3 4 2 4 5 5 4 3 4 4
11
1 33 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 3 4 4 4 5 4 4 2 2 4 2 4 4 4 5
11
2 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 4 3 3 2 4 3 2 5 4 3 2 4 3 4 3 2 3 3 2 4
11
3 33 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 3 4 4 4 5 4 4 2 2 4 2 4 4 4 5
11
4 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 4 3 3 2 4 3 2 5 4 3 2 4 3 4 3 2 3 3 2 4
11
5 22 4 3 4 3 2 4 2 4 3 4 4 3 4 3 4 3 4 4 4 5 5 4 4 4 5 4 5 4 5 4 2 4 4
11
6 33 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 3 4 4 4 5 4 4 2 2 4 2 4 4 4 5
11
7 33 4 3 4 5 4 4 5 4 4 3 4 3 4 5 4 5 4 4 4 4 5 4 5 3 4 2 4 5 5 4 3 4 4
11
8 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 3 3 3 2 3 3 2 2 3 3 1 2 2 2 2 2 3 2 2 2
11
9 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 4 3 3 2 4 3 2 5 4 3 2 4 3 4 3 2 3 3 2 4
12
0 22 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 3 4 4 4 5 4 4 2 2 4 2 4 4 4 5
12
1 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 4 3 3 2 4 3 2 5 4 3 2 4 3 4 3 2 3 3 2 4
12
2 33 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 3 4 4 4 5 4 4 2 2 4 2 4 4 4 5
12
3 22 4 3 4 3 2 4 2 4 3 4 4 3 4 3 4 3 4 4 4 5 5 4 4 4 5 4 5 4 5 4 2 4 4
12
4 33 4 3 4 5 4 4 5 4 4 3 4 3 4 5 4 5 4 4 4 4 5 4 5 3 4 2 4 5 5 4 3 4 4
12
5 44 4 3 4 3 4 3 4 3 4 3 4 3 4 4 3 3 2 4 3 2 5 4 3 2 4 3 4 3 2 3 3 2 4
12
6 22 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 3 4 4 4 5 4 4 2 2 4 2 4 4 4 5
12
7 22 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 3 4 4 4 5 4 4 2 2 4 2 4 4 4 5
12
8 33 4 3 2 3 2 3 3 3 4 3 4 3 2 4 3 3 2 4 3 2 5 4 3 2 4 3 4 3 2 3 3 2 4
12
9 33 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 3 4 4 4 5 4 4 2 2 4 2 4 4 4 5
13
0 44 5 4 4 3 5 5 3 5 4 4 4 5 5 4 3 4 5 4 3 4 5 4 4 4 5 3 4 3 4 5 4 2 4
13
1 22 4 3 4 3 2 4 2 4 3 4 4 5 4 5 4 5 4 4 4 5 5 4 4 4 5 4 5 4 5 4 2 4 4
13
2 22 4 3 4 3 2 4 2 4 3 4 4 3 4 3 4 2 4 4 4 2 3 4 4 4 3 4 4 4 5 4 2 4 4

**MATRIZ DE DATOS DE LAS VARIABLES
PRÁCTICA PREVENTIVA Y CALIDAD DE VIDA**

Ficha	Sumatoria_PP	Sumatoria_CV	PPagrupada	CVagrupada
1	41	44	3	3
2	40	40	3	2
3	43	37	3	2
4	41	37	3	2
5	14	32	1	1
6	18	32	1	1
7	16	34	1	1
8	39	40	3	2
9	36	37	2	2
10	12	32	1	1
11	9	34	1	1
12	15	32	1	1
13	34	37	2	2
14	13	37	1	2
15	20	36	1	2
16	32	44	2	3
17	30	40	2	2
18	22	34	2	1
19	33	37	2	2
20	33	37	2	2
21	20	36	1	2
22	40	44	3	3
23	18	36	1	2
24	39	37	3	2
25	12	32	1	1
26	44	38	3	2
27	21	36	1	2
28	39	44	3	3
29	42	40	3	2
30	37	37	2	2
31	31	40	2	2
32	32	37	2	2
33	39	37	3	2
34	37	46	2	3
35	33	43	2	3
36	32	36	2	2
37	35	48	2	3
38	41	40	3	2
39	8	34	1	1
40	44	37	3	2
41	35	46	2	3
42	32	36	2	2
43	6	27	1	1
44	37	44	2	3

45	34	40	2	2
46	24	37	2	2
47	31	37	2	2
48	23	37	2	2
49	33	36	2	2
50	33	36	2	2
51	30	36	2	2
52	34	44	2	3
53	38	40	3	2
54	38	37	3	2
55	26	37	2	2
56	18	36	1	2
57	20	36	1	2
58	26	36	2	2
59	18	36	1	2
60	11	36	1	2
61	24	36	2	2
62	36	44	2	3
63	32	40	2	2
64	36	37	2	2
65	18	36	1	2
66	44	37	3	2
67	38	37	3	2
68	31	37	2	2
69	15	44	1	3
70	31	36	2	2
71	30	36	2	2
72	40	44	3	3
73	46	40	3	2
74	37	37	2	2
75	15	32	1	1
76	10	31	1	1
77	20	36	1	2
78	19	36	1	2
79	8	34	1	1
80	40	37	3	2
81	16	36	1	2
82	42	37	3	2
83	36	36	2	2
84	15	36	1	2
85	38	44	3	3
86	14	36	1	2
87	32	37	2	2
88	36	37	2	2
89	33	37	2	2
90	32	36	2	2
91	22	36	2	2
92	18	36	1	2

93	32	36	2	2
94	17	34	1	1
95	32	37	2	2
96	32	37	2	2
97	24	44	2	3
98	21	36	1	2
99	42	44	3	3
100	34	46	2	3
101	15	34	1	1
102	19	36	1	2
103	28	37	2	2
104	16	36	1	2
105	28	44	2	3
106	29	44	2	3
107	24	44	2	3
108	12	34	1	1
109	37	37	2	2
110	36	46	2	3
111	38	46	3	3
112	22	36	2	2
113	42	46	3	3
114	33	36	2	2
115	26	37	2	2
116	40	46	3	3
117	34	46	2	3
118	12	36	1	2
119	19	36	1	2
120	30	44	2	3
121	32	36	2	2
122	40	46	3	3
123	32	37	2	2
124	44	46	3	3
125	36	43	2	3
126	43	44	3	3
127	46	44	3	3
128	28	36	2	2
129	39	46	3	3
130	44	50	3	3
131	44	37	3	2
132	25	37	2	2

ANEXO G
VALORES DE LA VARIABLES

**VALORES DE LAS VARIABLES:
PRÁCTICA PREVENTIVA (PP) Y CALIDAD DE VIDA (CV)**

Variable	Ubicación	Etiqueta	Nivel de medida
Facu	1	Facultad	Nominal
Edad	2	Edad	Nominal
Sexo	3	Sexo	Nominal
T_Doc	4	Tiempo de ejercicio en la Docencia Universitaria	Nominal
Categ	5	Categoría	Nominal
Dedic	6	Dedicación	Nominal
PP1	7	Evaluación médica de rutina	Escala
PP2	8	Evaluación nutricional	Escala
PP3	9	Evaluación odontológica	Escala
PP4	10	Evaluación oftalmológica	Escala
PP5	11	Evaluación de estrés laboral	Escala
PP6	12	Vacuna Influenza estacional (gripe)	Escala
PP7	13	Radiografía de tórax	Escala
PP8	14	Hemograma completo	Escala
PP9	15	Prueba de glicemia	Escala
PP10	16	Prueba de perfil lipídico	Escala
PP11	17	Medición de Presión Arterial	Escala
PP12	18	Exámenes de rutina según género: Mujeres (Ex. Mama, Papanicolaou), Varones (Ex. Próstata)	Escala
Motivo	19	¿Cuál fue el principal motivo por el que no pudo realizar las principales prácticas preventivas?	Nominal

CV1	20	En general, usted diría que su salud física es:	Nominal
CV2	21	En general, usted diría que su salud emocional es:	Nominal
CV3	22	Actividades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos	Escala
CV4	23	Actividades moderadas, tales como mover una mesa, barrer, trapear, lavar, jugar futbol	Escala
CV5	24	Levantar o llevar las compras del mercado	Escala
CV6	25	Subir varios pisos por la escalera	Escala
CV7	26	Subir un solo piso por la escalera	Escala
CV8	27	Doblarse, arrodillarse o agacharse	Escala
CV9	28	Caminar un kilómetro o más	Escala
CV10	29	Caminar varias cuadras	Escala
CV11	30	Caminar una cuadra	Escala
CV12	31	Bañarse o vestirse	Escala
CV13	32	¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	Escala
CV14	33	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	Escala
CV15	34	¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	Escala
CV16	35	¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?	Escala
CV17	36	¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	Escala

CV18	37	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	Escala
CV19	38	¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	Escala
CV20	39	Durante el último mes, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	Escala
CV21	40	¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	Escala
CV22	41	Durante el último mes, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	Escala
CV23	42	Se ha sentido lleno de vida	Escala
CV24	43	Se ha sentido muy nervioso	Escala
CV25	44	Se ha sentido tan decaído que nada podía alentarle	Escala
CV26	45	Se ha sentido tranquilo y sosegado	Escala
CV27	46	Ha tenido mucha energía	Escala
CV28	47	Se ha sentido desanimado y triste	Escala
CV29	48	Se ha sentido agotado	Escala
CV30	49	Se ha sentido feliz	Escala
CV31	50	Se ha sentido cansado	Escala
CV32	51	Su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)	Escala
CV33	52	Cree que se pone enfermo más fácilmente que otras personas	Escala
CV34	53	Está tan sano como cualquiera	Escala

CV35	54	Cree que su salud va a empeorar	Escala
CV36	55	Su salud es excelente	Escala
OP1	56	Evaluaciones integrales de salud anualmente	Nominal
OP2	57	Medidas de promoción de la salud (información en salud)	Nominal
OP3	58	Medidas de prevención en salud (vacunas y otros)	Nominal
OP4	59	Perfil de salud del docente universitario	Nominal
Sumatoria_PP	60	<ninguno>	Escala
Sumatoria_CV	61	<ninguno>	Escala
PPagrupada	62	Sumatoria_PP (agrupado)	Ordinal
CVagrupada	63	Sumatoria_CV (agrupado)	Ordinal

Variables del archivo de trabajo

ANEXO H
VALORES DE LAS ETIQUETAS

Valores de las variables

Valor	Etiqueta
1	FIIS
2	FIEE
3	FIQ
4	FIME
5	FIPA
6	FIARN
7	FCNM
8	FCA
9	FCC
10	FCE
11	FCS
1	Menos de 30 años
2	De 30 a 59 años
3	Mayor de 60 años
1	Femenino
2	Masculino
1	Menos de 5 años
2	De 5 a 10 años
3	De 11 a 20 años
4	De 21 a 30 años
5	Más de 30 años
1	Principal
2	Asociado
3	Auxiliar
1	Dedicación Exclusiva
2	Tiempo Completo
3	Tiempo Parcial
0	Nunca
1	Casi nunca
2	Algunas veces
3	Casi siempre
4	Siempre
0	Nunca
1	Casi nunca
2	Algunas veces
3	Casi siempre

	4	Siempre
	0	Nunca
	1	Casi nunca
PP3	2	Algunas veces
	3	Casi siempre
	4	Siempre
	0	Nunca
	1	Casi nunca
PP4	2	Algunas veces
	3	Casi siempre
	4	Siempre
	0	Nunca
	1	Casi nunca
PP5	2	Algunas veces
	3	Casi siempre
	4	Siempre
	0	Nunca
	1	Casi nunca
PP6	2	Algunas veces
	3	Casi siempre
	4	Siempre
	0	Nunca
	1	Casi nunca
PP7	2	Algunas veces
	3	Casi siempre
	4	Siempre
	0	Nunca
	1	Casi nunca
PP8	2	Algunas veces
	3	Casi siempre
	4	Siempre
	0	Nunca
	1	Casi nunca
PP9	2	Algunas veces
	3	Casi siempre
	4	Siempre
	0	Nunca
	1	Casi nunca
PP10	2	Algunas veces
	3	Casi siempre

	4	Siempre
	0	Nunca
	1	Casi nunca
PP11	2	Algunas veces
	3	Casi siempre
	4	Siempre
	0	Nunca
	1	Casi nunca
PP12	2	Algunas veces
	3	Casi siempre
	4	Siempre
	1	Tiempo
Motivo	2	Desconocimiento
	3	Desinterés
	1	Mala
	2	Regular
CV1	3	Buena
	4	Muy buena
	5	Excelente
	1	Mala
	2	Regular
CV2	3	Buena
	4	Muy buena
	5	Excelente
	1	Nunca
	2	Casi nunca
CV3	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nunca
	2	Casi nunca
CV4	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nunca
	2	Casi nunca
CV5	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
CV6	1	Nunca

	2	Casi nunca
	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nunca
CV7	2	Casi nunca
	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nunca
CV8	2	Casi nunca
	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nunca
CV9	2	Casi nunca
	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nunca
CV10	2	Casi nunca
	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nunca
CV11	2	Casi nunca
	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nunca
CV12	2	Casi nunca
	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nunca
CV13	2	Casi nunca
	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
CV14	1	Nunca

	2	Casi nunca
	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nunca
CV15	2	Casi nunca
	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nunca
CV16	2	Casi nunca
	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nunca
CV17	2	Casi nunca
	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nunca
CV18	2	Casi nunca
	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nunca
CV19	2	Casi nunca
	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nada
CV20	2	Un poco
	3	Regular
	4	Mucho
	5	Deamasiado
	1	Nada
CV21	2	Un poco
	3	Regular
	4	Mucho
	5	Deamasiado
CV22	1	Nada

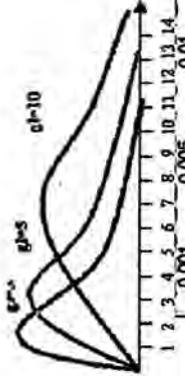
	2	Un poco
	3	Regular
	4	Mucho
	5	Deamasiado
	1	Nunca
CV23	2	Casi nunca
	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nunca
CV24	2	Casi nunca
	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nunca
CV25	2	Casi nunca
	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nunca
CV26	2	Casi nunca
	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nunca
CV27	2	Casi nunca
	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nunca
CV28	2	Casi nunca
	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nunca
CV29	2	Casi nunca
	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
CV30	1	Nunca

	2	Un poco
	3	Regular
	4	Mucho
	5	Deamasiado
	1	Nunca
	2	Casi nunca
CV23	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nunca
	2	Casi nunca
CV24	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nunca
	2	Casi nunca
CV25	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nunca
	2	Casi nunca
CV26	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nunca
	2	Casi nunca
CV27	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nunca
	2	Casi nunca
CV28	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nunca
	2	Casi nunca
CV29	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
CV30	1	Nunca

	2	Casi nunca
	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nunca
CV31	2	Casi nunca
	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Nunca
CV32	2	Casi nunca
	3	Algunas veces
	4	Casi siempre
	5	Siempre
	1	Totalmente cierta
CV33	2	Bastante cierta
	3	No sabe
	4	Bastante falsa
	5	Totalmente falsa
	1	Totalmente cierta
CV34	2	Bastante cierta
	3	No sabe
	4	Bastante falsa
	5	Totalmente falsa
	1	Totalmente cierta
CV35	2	Bastante cierta
	3	No sabe
	4	Bastante falsa
	5	Totalmente falsa
	1	Totalmente cierta
CV36	2	Bastante cierta
	3	No sabe
	4	Bastante falsa
	5	Totalmente falsa
	1	Nada necesario
OP1	2	Poco necesario
	3	No sabe no opina
	4	Necesario
	5	Muy necesario
OP2	1	Nada necesario

	2	Poco necesario
	3	No sabe no opina
	4	Necesario
	5	Muy necesario
	1	Nada necesario
OP3	2	Poco necesario
	3	No sabe no opina
	4	Necesario
	5	Muy necesario
	1	Nada necesario
OP4	2	Poco necesario
	3	No sabe no opina
	4	Necesario
	5	Muy necesario
	1	Bajo
PPagrupada	2	Medio
	3	Alto
	1	Bajo
CVagrupada	2	Medio
	3	Alto

ANEXO I
VALORES CRÍTICOS DE LA DISTRIBUCIÓN CHI CUADRADO (χ^2)



VALORES CRÍTICOS DE LA DISTRIBUCIÓN CHI CUADRADO χ^2

g.d.	0.001	0.005	0.01	0.02	0.025	0.03	0.04	0.05	0.10	0.15	0.20	0.25	0.30	0.35	0.40	g.d.
1	0.001	0.005	0.01	0.02	0.025	0.03	0.04	0.05	0.10	0.15	0.20	0.25	0.30	0.35	0.40	1
2	13.816	7.879	6.635	5.412	5.024	4.708	4.218	3.841	2.707	2.072	1.642	1.323	1.074	0.873	0.708	2
3	16.266	10.597	9.210	7.879	7.378	7.013	6.438	6.991	4.606	3.794	3.219	2.773	2.408	2.100	1.833	3
4	18.467	12.838	11.345	9.837	9.348	8.947	8.311	7.816	5.317	4.454	3.865	3.408	3.054	2.746	2.479	4
5	20.515	14.860	13.277	11.668	11.133	10.712	10.028	9.488	6.779	5.891	5.293	4.836	4.484	4.176	3.909	5
6	22.458	16.750	15.086	13.368	12.833	12.375	11.644	11.070	8.238	7.289	6.691	6.234	5.882	5.574	5.307	6
7	24.322	18.548	16.812	15.033	14.449	13.988	13.198	12.624	10.645	9.446	8.848	8.391	8.039	7.731	7.464	7
8	26.154	20.278	18.475	16.622	16.013	15.509	14.703	14.129	12.017	10.748	10.150	9.693	9.341	9.033	8.766	8
9	27.877	21.955	20.090	18.168	17.535	17.010	16.171	15.597	13.362	12.227	11.629	11.172	10.820	10.512	10.204	9
10	29.588	23.589	21.666	19.679	19.023	18.480	17.608	17.169	14.684	13.288	12.742	12.289	11.931	11.623	11.315	10
11	31.264	25.188	23.209	21.161	20.483	19.922	19.021	18.307	15.987	14.534	13.442	12.949	12.591	12.283	11.977	11
12	32.909	26.757	24.725	22.618	21.920	21.342	20.412	19.676	17.275	15.767	14.631	13.701	13.343	13.035	12.729	12
13	34.528	28.300	26.217	24.054	23.337	22.742	21.785	21.026	18.549	16.989	15.812	14.845	14.511	14.263	14.015	13
14	36.123	29.819	27.688	25.472	24.738	24.125	23.142	22.382	19.812	18.202	16.985	15.984	15.679	15.431	15.183	14
15	37.697	31.319	29.141	26.873	26.119	25.493	24.485	23.686	21.064	19.408	18.151	17.117	16.822	16.584	16.356	15
16	39.252	32.801	30.576	28.259	27.488	26.848	25.816	24.996	22.307	20.603	19.311	18.245	17.972	17.740	17.512	16
17	40.780	34.267	32.000	29.633	28.845	28.191	27.136	26.298	23.542	21.793	20.465	19.389	18.418	18.173	17.945	17
18	42.289	35.718	33.409	30.995	30.191	29.523	28.445	27.687	24.789	22.977	21.815	20.489	19.511	19.333	19.107	18
19	43.820	37.156	34.805	32.346	31.526	30.845	29.745	28.989	26.069	24.155	22.760	21.605	20.601	20.499	20.271	19
20	45.315	38.597	36.191	33.687	32.852	32.158	31.037	30.144	27.204	25.329	23.900	22.718	21.689	21.764	21.543	20
21	46.797	40.011	37.566	35.020	34.170	33.462	32.321	31.410	28.412	26.498	25.038	23.828	22.775	22.826	22.610	21
22	48.268	41.401	38.932	36.343	35.479	34.759	33.597	32.671	29.615	27.662	26.171	24.935	23.858	23.888	23.671	22
23	49.728	42.766	40.289	37.659	36.781	36.049	34.867	33.924	30.813	28.822	27.301	26.039	24.939	24.947	24.730	23
24	51.179	44.111	41.638	38.968	38.076	37.332	36.131	35.172	32.007	29.979	28.429	27.141	26.018	26.006	25.793	24
25	52.620	45.559	42.980	40.270	39.364	38.609	37.389	36.416	33.196	31.132	29.553	28.241	27.096	27.063	26.940	25
26	54.052	46.928	44.314	41.566	40.648	39.880	38.642	37.652	34.382	32.282	30.675	29.339	28.172	28.118	28.087	26
27	55.476	48.290	45.642	42.856	41.923	41.148	39.889	38.888	35.563	33.429	31.795	30.435	29.248	29.173	29.217	27
28	56.892	49.645	46.963	44.140	43.195	42.407	41.132	40.113	36.741	34.574	32.912	31.528	30.319	30.227	30.346	28
29	58.301	50.993	48.276	45.419	44.461	43.662	42.370	41.337	37.916	35.715	34.027	32.620	31.391	31.279	31.475	29
30	59.703	52.336	49.588	46.693	45.722	44.913	43.604	42.587	39.087	36.854	35.139	33.711	32.461	32.331	32.604	30
31	61.098	53.672	50.892	47.962	46.979	46.160	44.834	43.773	40.256	37.990	36.250	34.800	33.530	33.382	33.733	31
32	62.487	55.003	52.191	49.226	48.232	47.402	46.059	44.886	41.422	39.124	37.359	35.887	34.598	34.431	34.862	32
33	63.870	56.328	53.486	50.487	49.490	48.641	47.282	46.194	42.585	40.256	38.466	36.973	35.665	35.480	35.991	33
34	65.247	57.648	54.776	51.743	50.725	49.878	48.500	47.400	43.745	41.386	39.572	38.058	36.731	36.528	37.120	34
35	66.619	58.964	56.061	52.995	51.968	51.107	49.716	48.602	44.903	42.514	40.678	39.141	37.795	37.576	38.249	35
36	67.986	60.275	57.342	54.244	53.203	52.335	50.928	49.802	46.059	43.640	41.778	40.223	38.859	38.623	39.375	36
37	69.348	61.581	58.616	55.492	54.437	53.562	52.142	50.991	47.316	44.878	42.905	41.356	39.912	39.670	40.496	37
38	70.705	62.882	59.885	56.740	55.631	54.791	53.351	52.261	48.563	46.016	44.031	42.531	41.041	40.741	41.617	38
39	72.057	64.178	61.149	57.988	56.826	56.038	54.540	53.510	49.808	47.156	45.181	43.656	42.126	41.891	42.738	39
40	73.405	65.470	62.408	59.236	58.020	57.284	55.789	54.760	51.053	48.303	46.326	44.781	43.211	43.036	43.835	40
41	74.748	66.758	63.662	60.484	59.211	58.535	56.548	55.970	52.306	49.498	47.496	45.906	44.286	44.181	44.929	41
42	76.087	68.042	64.911	61.733	60.401	59.788	57.307	57.161	53.551	50.693	48.691	47.031	45.331	45.326	46.018	42
43	77.422	69.322	66.155	62.977	61.592	61.040	58.076	58.420	54.801	51.888	49.884	47.576	46.476	46.466	47.103	43
44	78.753	70.599	67.394	64.217	62.787	62.291	58.865	59.649	56.001	53.085	51.076	48.621	47.621	47.596	48.184	44
45	80.080	71.872	68.626	65.458	63.988	63.544	59.654	60.818	57.116	54.282	52.268	49.766	48.666	48.671	49.261	45
46	81.403	73.142	69.852	66.633	65.191	64.799	60.453	62.007	58.251	55.478	53.453	50.911	49.711	49.711	50.336	46
47	82.722	74.408	71.072	67.803	66.391	66.048	61.248	63.196	59.336	56.671	54.626	52.056	50.756	50.756	51.409	47
48	84.037	75.671	72.287	68.972	67.592	67.294	62.043	64.385	60.421	57.866	55.771	53.201	51.701	51.701	52.482	48
49	85.348	76.931	73.497	70.139	68.791	68.539	62.838	65.574	61.506	59.051	56.866	54.346	52.746	52.746	53.555	49
50	86.655	78.188	74.702	71.303	69.988	69.784	63.633	66.763	62.591	60.246	57.961	55.491	53.891	53.891	54.628	50
51	87.958	79.442	75.907	72.464	71.183	71.029	64.428	67.952	63.676	61.431	59.056	56.636	55.036	55.036	55.701	51
52	89.257	80.693	77.102	73.622	72.378	72.273	65.223	69.143	64.761	62.616	60.151	57.781	56.181	56.181	56.774	52
53	90.552	81.941	78.297	74.777	73.577	73.518	66.018	70.334	65.846	63.796	61.266	58.926	57.326	57.326	57.847	53
54	91.843	83.186	79.491	75.929	74.772	74.763	66.773	71.525	66.931	64.931	62.381	59.671	58.471	58.471	58.920	54
55	93.130	84.428	80.685	77.078	75.967	76.007	67.528	72.716	68.016	66.066	63.466	60.416	59.616	59.616	60.005	55
56	94.414	85.667	81.878	78.224	77.161	77.252	68.283	73.907	69.101	67.151	64.551	61.161	60.761	60.761	61.080	56
57	95.695	86.903	83.069	79.367	78.255	78.497	69.038	75.098	70.186	68.236	65.636	62.306	61.906	61.906	62.155	57
58	96.972	88.136	84.259	80.508	79.348	79.742	70.075	76.291	71.271	69.321	66.721	63.451	63.051	63.051	63.230	58
59	98.246	89.366	85.448	81.647	80.439	80.987	70.964	77.482	72.356	70.406	67.806	64.596	64.196	64.196	64.305	59
60	99.517	90.593	86.635	82.784	81.530	82.232	71.859	78.673	73.441	71.491	68.891	65.741	65.341	65.341	65.380	60
61	100.785	91.817	87.820	83.919	82.621	83.477	72.754	79.864	74.526	72.576	69.976	66.886	66.486	66.486	66.455	61
62	102.050	93.038	89.003	85.056	83.712	84.722	73.649	81.055	75.611	73.661	71.061	68.031	67.631	67.631	67.530	62
63	103.312	94.256	90.184	86.191	84.805	85.967	74.542	82.246	76.696	74.746	72.146	69.176	68.781	68.781	68.605	63
64	104.571	95.471	91.363	87.324	85.898	87.212	75.435	83.437	77.781	75.831	73.231	70.321	69.931	69.931	69.680	64
65	105.827	96.683	92.540	88.455	86.989	88.457	76.328	84.628	78.866	76.916	74.316	71.466	71.081	71.081	71.055	65
66	107.080	97.892	93.715	89.584	88.079	89.682	77.221	85.819	79.951	78.001						

ANEXO J
MODELO DE ATENCIÓN BÁSICA DEL DOCENTE
UNIVERSITARIO

(Propuesta elaborada por la autora de la tesis)

ÍNDICE

I.	Presentación	01
II.	Justificación	04
III.	Objetivos	06
	3.1 Objetivo General	06
	3.2 Objetivos Específicos	06
IV.	Base Legal	07
V.	Disposiciones Generales	08
	5.1 Población susceptible	08
	5.2 Principios	08
VI.	Aspecto Prestacional	11
	6.1 Atención del Docente Universitario	11
	6.2 Estrategias	16
	6.3 Actividades	17
VII.	Componentes de la Atención Integral del Docente	18
	7.1 Componente organizacional	18
	7.2 Componente de Recursos Humanos	18
	7.3 Componente de Gestión	18
	7.4 Componente de Financiamiento	20
VIII.	Aspectos Complementarios	20
	8.1 Gestión del conocimiento	20
	8.2 Investigación operativa	20
	8.3 Vigilancia epidemiológica	21
	8.4 De los temas de promoción de la salud	21
	8.5 De la infraestructura y equipamiento	23
IX.	Bibliografía	24
X.	Anexos	25

I. PRESENTACIÓN

El grupo de población de docentes universitarios, posee gran importancia desde diversas perspectivas analíticas:

1. Demográficamente, cuenta con una población aproximada de 59 085, la cual se encuentra concentrada en las universidades, por lo que es accesible y susceptible a realizar acciones preventivo-promocionales.
2. En el ámbito socioeconómico constituye una proporción significativa de la fuerza laboral que contribuye con la capacidad productiva y el crecimiento económico del país y con el ingreso y sustento familiar;
3. Desde el ámbito de la salud, su importancia radica en el significativo rol que debe jugar en el cuidado de su propia salud y con las decisiones que frecuentemente debe tomar y que inciden en la salud y el bienestar de las familias y por ende de la sociedad.

Hoy en día sabemos que la población adulta presenta un perfil de morbilidad caracterizado por enfermedades crónicas, lesiones de causa externa, trastornos mentales, trastornos del comportamiento por uso de alcohol y drogas, intoxicaciones y enfermedades transmisibles. A este perfil epidemiológico se suman diversos factores que lo vuelven más complejo: el insuficiente cuidado de su salud, la baja utilización de los servicios de salud, la percepción de invulnerabilidad y las conductas de constante exposición a riesgos.

Ante esta situación, se propone el Modelo de Atención Básica del Docente Universitario, que tiene como propósito esencial orientar la oferta de servicios de salud dirigidos a este grupo de población.

En términos generales, es posible afirmar que a población de docentes universitarios, también se encuentra actualmente inmersa en un proceso de transición epidemiológica, en el que se observan de forma simultánea enfermedades infecto-contagiosas, y el incremento de patologías crónicas y tumorales, lesiones de causa externa y trastornos del comportamiento entre otras, las cuales son predominantes en las sociedades industrializadas.

En el caso del docente universitario, este perfil epidemiológico es agravado por factores adicionales como los hábitos alimentarios inadecuados, los que además constituyen un determinante del estado de salud relacionado con numerosas enfermedades, algunas de considerable prevalencia y mortalidad, como las enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer, y otras como la obesidad, la osteoporosis, la anemia y la caries dental. De igual manera factores como el sedentarismo, el estrés y la escasa adopción de medidas de autocuidado son determinantes importantes que inciden en su salud.

Todas las situaciones descritas anteriormente repercuten en un alto impacto en la calidad de vida del docente, así como la generación de gastos elevados, que afectan todas las esferas de la persona

Es por ello que, consciente de la responsabilidad que deben asumir las instituciones educativas de nivel superior, en relación a la salud integral de sus integrantes, se propone el Modelo de Atención Básica de Salud del Docente Universitario, a fin de establecer la definición de las líneas operativas y estratégicas que estandaricen la prestación de los servicios de salud proporcionados a este grupo poblacional.

Este modelo de atención posee como marco de referencia, principalmente a la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón (MINSA 2006), el Documento Técnico Promoviendo Universidades Saludables (MINSA, 2010); asimismo, la Ley N° 29783 de Seguridad y Salud en el Trabajo, promulgada el 26 de Julio 2011

Finalmente, la oferta del modelo de atención básica del docente universitario, contempla la creación de una red de protección social, que aglutine esfuerzos entre las instituciones que prestan servicios básicos y los grupos poblacionales, especialmente aquellos en condiciones de mayor vulnerabilidad, la atención de sus necesidades más urgentes.

II. JUSTIFICACIÓN

Las Universidades como espacios de formación académica, constituyen los escenarios indicados para llevar a cabo la formación integral de los profesionales, desde el punto de vista humanístico, científico y tecnológico, a través de una gestión basada en los principios del desarrollo humano sostenible.

En el Perú existen las universidades nacionales y privadas, abarcan una población que incluye desde la etapa de vida adolescente hasta el adulto mayor, con una diversidad de comportamientos, hábitos, costumbres y necesidades de salud.

La dinámica sociocultural y académica encuentra su razón en el logro de aprendizajes cognitivos y de habilidades para la vida, que fomenten actitudes de desarrollo integral de las personas, que busquen y concreten los ámbitos universitarios en lugares donde se desarrolle la comunidad intelectual con calidad de vida, tolerancia e inclusión social.

La Ley Universitaria, destaca que "Las Universidades ofrecen a sus miembros y servidores, dentro de sus posibilidades, programas y servicios de salud, bienestar y recreación, y apoyan los que surjan de su propia iniciativa y esfuerzo.

Por otra parte, las universidades, como espacios de formación académica, tienen como propósito la formación integral de los profesionales desde el punto de vista humanístico, científico y

tecnológico; sin embargo, al mismo tiempo, se constituye en un espacio laboral para el personal docente y administrativo, con el que se desarrollan además, actividades de capacitación para el logro del desarrollo humano sostenible.

En los actuales momentos, sobre la base del dinámico proceso de enseñanza-aprendizaje con el que forman a los futuros profesionales, las universidades desempeñan un papel clave en la generación de conocimientos, conductas y una cultura saludable que beneficie a todos los que laboran en ella.

Los objetivos de las Universidades Saludables son:

1. Proponer un modelo de abordaje de promoción de la salud en las universidades.
2. Coadyuvar al fortalecimiento de iniciativas que contribuyan a la generación de una cultura de la salud, conservación del ambiente y al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad universitaria.

Frente a este contexto, se tiene razones suficientes para sostener que la universidad no debe limitarse exclusivamente a desarrollar actividades académicas, sino también a promover un espacio de cultura y desarrollo de actividades de formación integral del educando, que implica la suma de esfuerzos colectivos, de proyección social y bienestar universitario centrado en la contribución al desarrollo sostenible de la sociedad en su conjunto.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Contribuir con el mejoramiento de la salud de los docentes universitarios, mediante la ejecución de procesos integrales de promoción y prevención.

3.2 Objetivos Específicos

- Desarrollar acciones de prevención, educación y vigilancia, que favorezcan la reducción de factores de riesgo, el fortalecimiento de su salud y el control de las enfermedades del docente universitario.
- Promover cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas en el docente universitario, que contribuyan a la adopción de comportamientos y conductas saludables.
- Proporcionar atenciones oportunas y efectivas de promoción y prevención del docente universitario, basadas en la evidencia científica disponible, normas, protocolos y guías de atención.
- Desarrollar acciones para la promoción de la salud dirigidas al docente universitario, tendientes al autocuidado, adopción de estilos de vida saludables, y prevención y control de enfermedades (transmisibles y no transmisibles) y otros daños a la salud.

- Proporcionar atención integral de calidad al docente universitario, para la prevención, tratamiento y control de la morbilidad prevalente (enfermedades transmisibles y no transmisibles) con base a normas, protocolos, guías de atención y estrategias establecidas.
- Fortalecer la participación activa del docente universitario en las intervenciones dirigidas a mejorar su calidad de vida.

IV. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
2. Ley N° 30220, Ley Universitaria.
3. Resolución Ministerial N° 111-2005/MINSA, que aprueba los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud.
4. Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, que aprueba el Plan Concertado de Salud.
5. Resolución Ministerial N° 075-2004/MINSA, que aprueba el Plan y Lineamientos de Acción para la Salud Mental.
6. Documento Técnico: Promoviendo Universidades Saludables. Aprobado por el Ministerio de Salud del Perú en Diciembre 2010, mediante Resolución N° 968-2010/MINSA.
7. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón. Correspondiente a la NTS

N° 046-MINSA, aprobado por el Ministerio de Salud del Perú en Julio del 2006, mediante Resolución N° 626-2006/MINSA.

8. Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. Corresponde a la Ley N° 29783, promulgada el 26 de Julio 2011 y su reglamento respectivo, aprobado por Decreto Supremo N° 005-2012-TR.
9. Guía de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud.

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 Población susceptible

Docentes universitarios.

5.2 Principios para la atención integral de salud del docente universitario

- **Ejercicio de los Derechos**

La promoción de factores de protección y desarrollo debe tener como eje central lograr la plena identificación en los docentes universitarios, de su capacidad de ser actores fundamentales en el ejercicio de sus derechos y responsabilidades como ciudadanos en un entorno democrático de respeto a los derechos humanos con sus características de ser innatos, intransferibles, irrenunciables, imprescriptibles y únicos

- **Interculturalidad e Inclusión.**

Es indispensable admitir la diversidad cultural en salud y la posibilidad de puntos de encuentro entre la nosología popular de las enfermedades, los contenidos educativos preventivo-promocionales y formas de atención profesional. Por ello, una estrategia crucial es la adecuada interpretación de sus creencias y necesidades en salud, logrando un posicionamiento adecuado de las intervenciones en dicho marco, garantizando la aceptabilidad de los servicio.

- **Equidad de Género**

La equidad de género en la salud integral del docente universitario debe procurar identificar y modificar las causas que colocan a la mujer o al varón en una desventaja para acceder a la salud, por ello se debe propugnar la eliminación de cualquier forma de discriminación en las relaciones sociales entre varón y mujer para mejorar su calidad de vida.

- **Integralidad**

Las personas son reconocidas en su carácter multidimensional como seres biopsicosociales, inmersos en un complejo sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y ecobiológicas. La atención de salud no se reduce

a la atención de enfermedades, sino que aborda las diversas necesidades de salud de las personas en cada etapa de su vida, sean hombres o mujeres, desde la fecundación hasta la muerte.

- **La atención continua:**

La atención es continua es fundamental, ya que ordena de forma flexible los flujos de atención y de recursos; asegura así una atención de creciente complejidad en caso de ser necesaria. Esto implica una complementariedad de los servicios al interior de un establecimiento de salud o de una red de salud y procesos de coordinación interinstitucionales.

- **Eficiencia**

Las actividades de atención o intervención deben orientarse a aquellos grupos vulnerables o situaciones de riesgo, de manera que el resultado conjunto del gasto de los recursos proporcione los mayores resultados en términos de mejora en la situación sanitaria de la población. Los mecanismos y procedimientos para asignar los recursos -y para usarlos en la ejecución de actividades- deben asegurar el máximo rendimiento, la disminución de las repeticiones duplicidades y el desperdicio o gasto innecesario de los mismos.

VI. ASPECTO PRESTACIONAL

6.1 Atención del Docente Universitario

La atención del docente universitario comprende la entrega del paquete de cuidados esenciales, considerando los momentos que a continuación se detallan y que deben adecuarse al contexto de las instituciones de educación superior.

a) Captación

La captación del docente universitario para la incorporación al Modelo de Atención Básica de Salud, se realizará mediante el empadronamiento voluntario, de acuerdo a la relación proporcionada por el área de recursos humanos.

b) Admisión Integral

Considerar los siguientes subprocesos:

1. Identificación de casos de emergencia para ser derivado inmediatamente a la atención respectiva.
2. Búsqueda o apertura de la historia clínica, que incluye la identificación y registro de usuarios.
3. Identificación y priorización de necesidades de salud.
4. Sensibilización e información sobre los beneficios del Plan / Paquete de Atención Integral.
5. Triage.
6. Derivación del paciente a la consulta que le corresponde.

c) Atención Integral

Atención Intramural

La atención del docente universitario, será realizada por el personal de la salud capacitado según competencias, realizándose la referencia oportuna según lo amerite el caso.

El personal a cargo de la atención, ofrecerá un conjunto de cuidados esenciales, comprendidos en el paquete de atención integral, de acuerdo a sus necesidades de salud. **(Ver Anexo 2).**

La atención se inicia con la *evaluación integral*, la misma que comprende: la atención del motivo de consulta, *la atención preventiva promocional o recuperativa*, valoración del riesgo y la elaboración del plan de atención integral individualizado; la cual debe realizarse por lo menos una vez al año.

- *Evaluación Integral*

Identificar la presencia de riesgos y/o daño (aplicando el formato de atención integral) para los principales problemas de salud en su etapa de la vida. Es particularmente productivo, en aquellos daños que tienen etapas iniciales (periodo de latencia o sintomatología incipiente) prolongadas, en los cuales pueden detectarse e impedir su progreso, previniendo mayores daños. Y se debe realizar en la primera consulta.

- *Atención de motivo de consulta:*

- a) *Atención de problemas agudos que no son emergencias:*

Están relacionadas a problemas diagnósticos de menor complejidad y no representan amenaza para la vida del adulto. Se incluyen las consultas programadas.

- b) *Atención de problemas crónicos:*

Representa el abordaje de problemas crónicos, principalmente trastornos no transmisibles (diabetes, Hipertensión, violencia, etc.) y transmisibles (TBC, VIH, etc.).

- c) *Atención de urgencias y/o emergencias:*

Se orienta a resolver prontamente los problemas que ponen en riesgo la vida y salud de las personas, dependiendo de la complejidad de la emergencia se tratará y/o referirá al establecimiento de mayor capacidad resolutive.

- d) *Atenciones preventivas promocionales:*

Ofrecer acciones destinadas a lograr el mantenimiento y protección de la salud de los docentes. Incluye:

- Promoción de la salud: consejería en salud
- Prevención de la enfermedad: protección específica (inmunizaciones), medidas preventivas frente a daños en la salud.

- *Plan de atención Integral:*

Es el resultado de la evaluación integral del docente universitario y en que se especifica la provisión de servicios, así mismo permitirá determinar el nivel de atención según capacidad resolutive, quien se encargara de brindar los paquetes de cuidados esenciales.

Los cuidados esenciales a los docentes, son el conjunto de acciones debe recibir para mantener y proteger su salud, las que estarán correlacionadas con las necesidades que se van a satisfacer:

- Necesidades de desarrollo, acciones de promoción y educación para la salud.
- Necesidades de mantenimiento de la salud, acciones de prevención de la salud (identificación de riesgo e intervención de los mismos).
- Necesidades derivadas del daño, atención del daño según guía de atención.
- Necesidades derivadas de secuelas y disfunciones, atenciones de discapacidades.

Atención Extramural:

Será realizada por el personal de salud, según sus competencias.

- **Visita domiciliaria**

Incluye el acompañamiento de las actividades realizadas por el equipo de salud. Para ello, se incorporan mecanismos que aseguran que cada persona tenga un acompañamiento estrecho de los avances en el Plan de Atenciones de Salud, y el espacio para realizar el seguimiento a las actividades, que progresivamente se ofrecen a los usuarios. Se debe realizar:

- Cuando no acude al tratamiento de daño diagnosticado, inasistencia o abandono al tratamiento.
- Cuando no acude a consulta programada.

- **Atención a la familia y comunidad**

- **Consejería familiar:** Brindar educación con contenidos de prevención y promoción de la salud, sobre diversos tópicos relacionados a sus necesidades de salud, con el objetivo de modificar hábitos y prácticas para hacerlos más saludables.
- **Atención familiar domiciliaria:** Desarrollar un plan de atención familiar que incorpore el abordaje de las necesidades de salud relacionadas a la vivienda y familia.
- **Grupos de Ayuda Mutua:** Fomentar el soporte por parte de pares que tienen problemas semejantes entre sí. Estos grupos ha mostrado ser un gran estímulo para afrontar diversos problemas de salud.

6.2 Estrategias:

- Implementar un módulo de atención básica de salud del docente universitario.
- Fortalecimiento de competencias, conocimientos y actitudes del recurso humano para el abordaje de la atención integral del docente universitario.
- Estandarización e implementación de instrumentos, guías de prácticas clínicas en la atención del docente universitario.
- Desarrollo de investigaciones operativas sobre la situación y necesidades de salud del docente universitario.
- Organizar a la comunidad universitaria docente en las actividades de promoción y prevención.
- Sistematizar de la información obtenida durante la ejecución del programa.
- Coordinar la participación conjunta en el proyecto de Universidades Saludables.
- Coordinar con las instituciones sanitarias de la jurisdicción (centros de salud, Dirección de Salud).
- Coordinar con organizaciones afines a la actividad de salud preventivo – promocional (ONGs, asociaciones sin fines de lucro, etc.)

6.3 Actividades:

- Diagnóstico situacional del servicio de Salud y de la Salud de la población universitaria de la Facultad de Ciencias de la Salud.
- Diseño, ejecución e implementación del Modelo de Atención Básica de Salud del Docente Universitario.
- Promoción y Prevención a través de Educación para la salud a la población beneficiaria.
- Difusión, información, coordinación del programa a través de diferentes medios de comunicación: impresos, electrónicos a toda la comunidad de docentes universitarios.
- Implementación de los Servicios de Salud en concordancia con las Normas Técnicas de Salud.
- Realización de campañas preventivo - promocionales en salud.

VIII. COMPONENTES DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL DOCENTE

7.1 Componente de Organización

El componente de organización para la atención integral del docente universitario, es el conjunto de procesos y acciones que permite reordenar los procesos para la provisión de salud que cubran las necesidades de atención de salud.

7.2 Componente de Recursos Humanos

Se debe considerar que el Recurso Humano es el elemento más importante para la atención integral de los docentes.

El personal de salud, debe contar con competencias técnicas y reunir un conjunto de habilidades que le permita establecer desde un inicio una relación de empatía, propiciando un clima de confianza y seguridad. La disponibilidad de recursos humanos para la atención de los docentes responderá a los recursos existentes.

7.3 Componente de Gestión

El componente de gestión, debe brindar el soporte necesario para la provisión y organización, contribuyendo al logro de resultados sanitarios. Este componente comprende: la Planificación y Programación, el Monitoreo, Supervisión y la Evaluación de acciones a desarrollar para la prestación de un servicio de calidad al docente universitario.

Planificación

La elaboración de un Plan de Salud del Docente, es indispensable y concentra la atención del personal en un conjunto de metas predefinidas y ordena la asignación de los recursos para que todas las actividades programadas sean ejecutadas. Debe incorporarse las iniciativas de mejora de la calidad, introducción de cambios en la organización para prevención, promoción, atención y rehabilitación de acuerdo al modelo de atención integral para el docente.

Programación

Los criterios de programación de actividades son establecidos por cada institución universitaria, y se programarán en función de la población docente adscrita.

La programación anual con fines técnicos se realizará durante el año anterior.

La programación de la atención Integral del docente se realizará en base a:

- La demanda activa.
- La demanda captada.
- La demanda potencial.

7.4 Componente de Financiamiento

Las actividades serán financiadas con fondos del Tesoro Público: Recursos ordinarios y Recursos Directamente Recaudados.

Asimismo, se buscará alianzas estratégicas para el desarrollo de actividades o proyectos específicos.

VIII. ASPECTOS COMPLEMENTARIOS

8.1 Gestión del conocimiento

Se deberán incluir actividades de capacitación en el tema de la salud adulto y adulto mayor dentro de los planes institucionales de capacitación.

8.2 Investigación operativa

Se promoverán y desarrollarán investigaciones en relación a la salud del docente, con la finalidad de mejorar la calidad de atención, se priorizará la investigación operativa. Las investigaciones estarán dirigidas a:

- Diseño y Validación de modelos de atención al docente.
- Implementación de un modelo de intervención para la prevención de conductas de riesgo.
- Desarrollo de un modelo de capacitación dirigido al personal de salud.

8.3 Vigilancia epidemiológica

Se realizará la vigilancia epidemiológica a fin de obtener información básica para el análisis sistemático de la ocurrencia y distribución de los problemas de salud más resaltantes, identificando los factores que intervienen para que estos se produzcan y de esta manera poder tomar decisiones oportunas.

8.4 De los temas de promoción de la salud

De acuerdo a los determinantes de la salud establecidos por la Organización Mundial de la Salud y adaptados por el Ministerio de Salud, las necesidades prioritarias de promoción de la salud devienen de un análisis contextual del desarrollo humano y su relación con el bienestar, la calidad de vida, la educación para la salud y las condiciones sociales y económicas influyentes. Los ejes temáticos se describen a continuación:

a. Alimentación y Nutrición

A fin de garantizar una vida activa y saludable dentro de la concepción de desarrollo humano integral, las prioridades de alimentación y nutrición en la comunidad universitaria involucran llevar a cabo acciones conducentes a mejorar los hábitos alimentarios, como parte de un estilo de vida saludable; así mismo la modulación del expendio de productos alimentarios en el campus universitario.

b. Salud Sexual y Reproductiva

El tema de la sexualidad como salud, función reproductiva y relación interpersonal, no tiene límite de edad. Cada etapa de vida tiene sus necesidades y prioridades.

c. Promoción de la Salud Mental, Buen Trato, Cultura de Paz y Habilidades para la Vida

La salud mental a nivel individual permite a las personas alcanzar su potencial intelectual y emocional para desempeñar adecuadamente sus funciones en la vida académica y profesional.

d. Actividad Física

La actividad física, la salud y la calidad de vida están estrechamente relacionadas, trae además, beneficios sociales y psicológicos. Existe una relación directa entre la práctica regular de la actividad física y la esperanza de vida y se ha demostrado que un estilo de vida sedentario es un factor de riesgo para el desarrollo de muchas enfermedades crónicas.

e. Seguridad Vial y Cultura de Tránsito

El incremento del parque automotor y del transporte público sin el debido orden y sistematización pertinente que aseguren condiciones de eficiencia y seguridad al usuario, peatones y otros transportistas, se hace necesario promover acciones orientadas a disminuir la vulnerabilidad individual y colectiva, así

como promover acciones que logren una adecuada sensibilización y educación a la comunidad universitaria acerca de los riesgos y daños por los accidentes de tránsito.

f. Conservación del Ambiente, Ecoeficiencia y Salud

Existe una relación entre la salud y la conservación del ambiente, la cual es una tarea que involucra la formación académica, con el objetivo de fomentar una nueva cultura de uso eficiente de los recursos y minimizar los riesgos ambientales que afectan la salud. La ecoeficiencia involucra el uso de los recursos naturales con menor gasto y menor impacto ambiental.

8.5 De la Infraestructura y equipamiento

Los servicios deberán estar debidamente señalizados, contar con fluxograma, horario de atención, nombres del equipo de salud, paquete de servicios que se ofertan, entre otros; debiendo adecuarse para la atención de los docentes.

Los ambientes, deberán garantizar la confidencialidad y privacidad en la atención y facilitarán las relaciones interpersonales. Asimismo, se debe disponer de mobiliario, equipo, instrumento e insumos para la atención integral del docente, así como, contar con registros, guías y/o protocolos así como otros documentos para la atención, incluyendo material educativo.

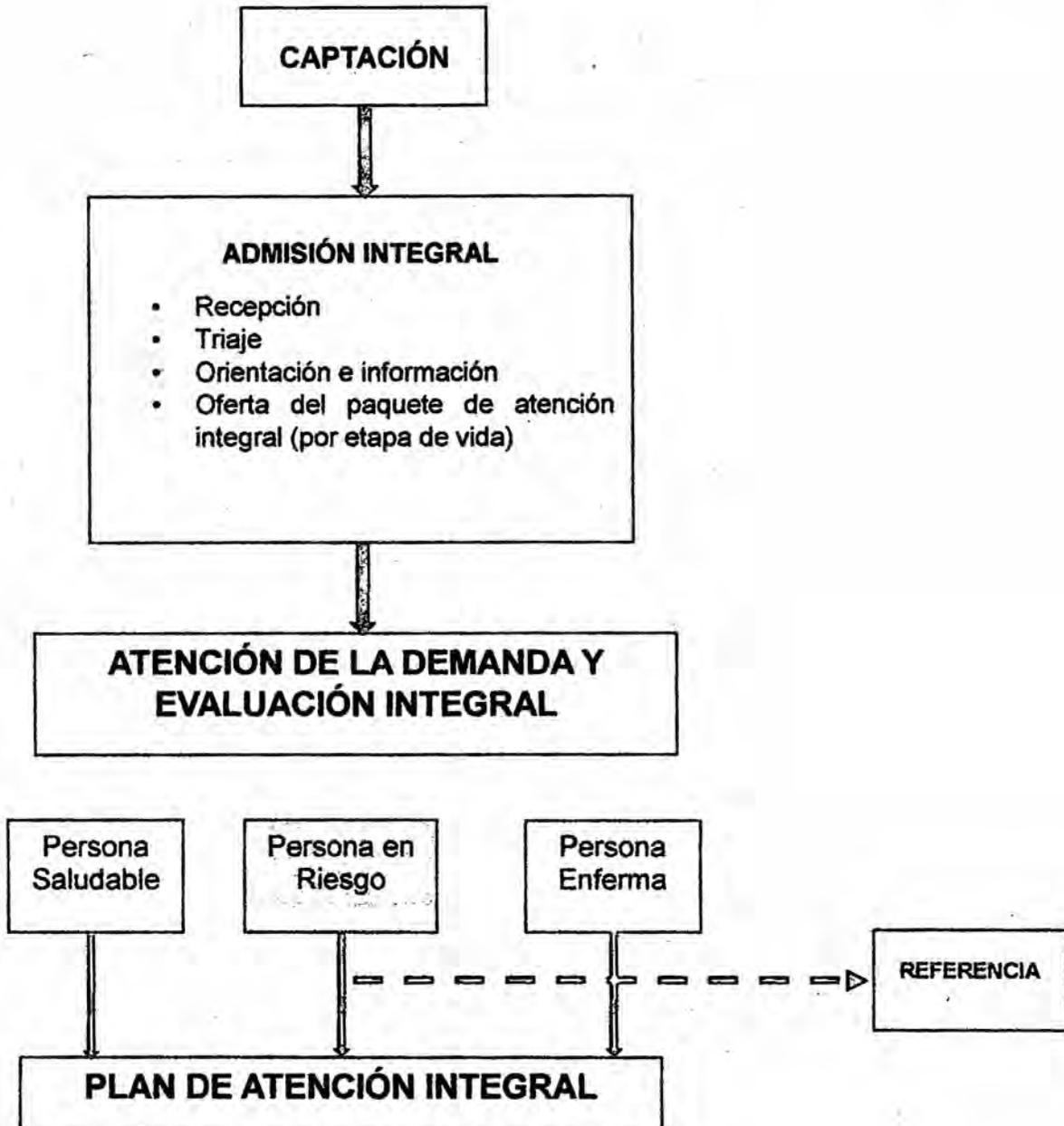
IX. BIBLIOGRAFÍA

- Dirección General de Salud de las Personas. El Nuevo Modelo de Atención. Lima. Ministerio de Salud. 2011.
- El Modelo de Atención Integral de Salud: Instrumentos para la intervención de la Persona con Paquetes de Atención Integral- Dirección Regional de Salud La Libertad-2005.
- Guía para la Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. DEAIS.DGSP, MINSA. 2011.
- Norma para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adulto Mayor (En proceso de aprobación)
- Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud: Glosario. OMS. 1998
- PAAG-SBPT-AC.MINSA. Lineamientos y Estrategias para la Gestión Local de la Comunicación Educativa. PAAG-SBPT-AC.MINSA. Lima. 2010.
- Sagasti, E. Iguíñez, J. Equidad, Integración Social y Desarrollo. Universidad del Pacífico. Lima. Perú.
- Sistema de Vigilancia Comunal: Modelo de Atención Integral de Salud- Dirección Regional de Salud La Libertad.

ANEXOS

ANEXO 01

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL DOCENTE UNIVERSITARIO



ANEXO 02

PAQUETES DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL DOCENTE UNIVERSITARIO

PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LAS DOCENTES MUJERES	
1. 1.Evaluación general:	<ul style="list-style-type: none">- Identificación de factores de riesgo de enfermedades no trasmisibles: cánceres priorizados (mama y cérvix), diabetes, hipertensión, malnutrición, osteoporosis.- Identificación de factores de riesgo de enfermedades trasmisibles: metaxénicas, TBC, ITS, según corresponda.- Identificación de factores de riesgo de enfermedades ocupacionales.- Identificación de factores de riesgo en salud mental.- Identificación de problemas odontológicos.
2. Consejería:	<ul style="list-style-type: none">- Salud sexual y reproductiva (Paternidad responsable, Planificación Familiar, ITS, climaterio)- Enfermedades no trasmisibles.- Nutrición, salud bucal, etc- Maltrato y violencia.
3. Atención preventiva:	<ul style="list-style-type: none">- Inmunización antitetánica, anti influenza estacional, antihepatitis B.- Planificación Familiar.
4. Tema educativo:	<ul style="list-style-type: none">- Estilos de vida saludables (actividad física, alimentación, higiene)- Manejo del estrés laboral
3. Visita domiciliaria, si no acude a:	<ul style="list-style-type: none">- Tratamiento de algún daño prevalente.
4. Atención de daños considerados prioridades:	<ul style="list-style-type: none">- Atención o referencia de problemas odontológicos.

PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL DOCENTE VARÓN

2. 1. Evaluación general:

- Identificación de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles: neoplasias, cardiovasculares y lesiones por causas externas.
- Identificación de factores de riesgo de enfermedades transmisibles: metaxénicas, TBC, ITS, según corresponda para el área o región.
- Identificación de factores de riesgo de enfermedades ocupacionales.
- Identificación de problemas odontológicos.

1. Consejería:

- Salud sexual y reproductiva (Paternidad responsable, Planificación Familiar, ITS)
- Enfermedades no transmisibles.
- Nutrición.

3. Atención preventiva:

- Salud Sexual y reproductiva.
- Inmunización antitetánica, anti influenza estacional, antihepatitis B.

5. Visita domiciliaria, si no acude a:

- Tratamiento de algún daño prevalente transmisible.

5. Tema educativo:

- Estilos de vida saludables (actividad física, alimentación, higiene)
- Manejo del estrés

6. Atención de daños considerados prioridades:

- Atención o referencia de problemas odontológicos.

FECHA día mes año N°

DATOS GENERALES

Apellidos Nombres Sexo: M F Edad:
 Lugar de Nacimiento: Procedencia: F Nac:
 Grupo sanguíneo Rh
 G° de Instrucción Centro Educativo Estado civil Ocupación
 Madre o Padre, acompañante o cuidador Edad Identificación (DNI)

ANTECEDENTES

Personales	sí	no	Personales	sí	no	Familiares	sí	no
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consumo de tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inf. Transmisión Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH - SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH-SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consumo otras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DBM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospitalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Interv. Quirúrgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad/sobrepeso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto cardiaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	? Cáncer de cervix / mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dislipidemia (Colesterol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	? Patología prostatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prob. Psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visuales (glaucoma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prob. Laborales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riesgo ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Violencia política	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ezquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Descripción de antecedentes y otros:

Reacción Alérgica a Medicamentos no sí
 Medicamento de uso frecuente no sí (dosis, tiempo de uso u otra observación)

Sexualidad: Edad de inicio de Relación sexual Número de parejas sexuales últimos 3 meses
 Hijos vivos: RS con personas del mismo sexo: Si No

????????????????????????????????????????????????????????????????????????????????????

Menarquia: Fecha de ultima regla: R/C: /
 Flujo vaginal patológico: No Si Dismenorrea: si no

Embarazo: Parto: Prematuro: Aborto:

	N°	año	CPN	complicación	Parto	peso RN	Puerperio
Gestación	<input type="text"/>						
Gestación	<input type="text"/>						
Gestación	<input type="text"/>						

APellidos y nombre: N°

CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO - MUJERES

Nota: se puede colocar SI o check, NO o aspa, ni (normal) o aní (anormal) o valores

CADA CONSULTA	Fecha									COMENTARIO
Fiebre en los últimos 15 días										
Tos más de 15 días										
Secreción o lesión en genitales										
Fecha de última regla										
PERIODICAMENTE	Fecha									COMENTARIO
Físico: Índice de masa corporal										
Presión arterial										
Vacunas: antitetánica (3 dosis)										
antiamebílica (zona de riesgo)										
contra la hepatitis B (3 dosis)										
Examen bucal										
Encías										
Caries dental										
Edentulismo parcial o total										
Portador de prótesis dental										
Estado de higiene dental										
Urgencia de tratamiento										
Examen: visual (> 40 años)										
de colesterol (> 45 años)										
de glucosa										
de mamas										
pélvico y PAP (C/año, C/3 a)										
mamografía (> 50 años, c/ 2 a)										
Psicosocial: Ansiedad -depresión										
Violencia familiar										
Violencia política										
Habitos: Actividad física										
Uso de alcohol										
Uso de tabaco										
Uso de otras drogas										
Sexualidad: Actividad sexual										
Planificación familiar										

CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO - HOMBRES

Nota: se puede colocar si o check, no o aspa, normal o anormal y valores

CADA CONSULTA	Fecha									COMENTARIO
Fiebre en los últimos 15 días										
Tos más de 15 días										
Secreción o lesión en genitales										
PERIODICAMENTE	Fecha									COMENTARIO
Físico: Índice de masa corporal										
Presión arterial										
Vacunas: antitetánica (zonas de riesgo)										
antiamebílica (zona de riesgo)										
contra la hepatitis B (3 dosis)										
Examen bucal										
Encías										
Caries dental										
Edentulismo parcial o total										
Portador de prótesis dental										
Estado de higiene dental										
Urgencia de tratamiento										
Examen: visual (> 40 años)										
de colesterol (> 35 años)										
de glucosa										
prostata (> de 50 años)										

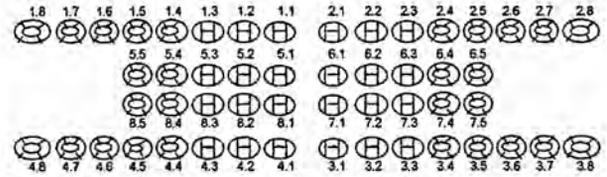
FORMATO DE ATENCION INTEGRAL							
CONSULTA							
FECHA:		HORA:		Edad:			
Motivo de consulta:				Tiempo de Enfermedad:			
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de Ánimo:	
Orina:				Deposiciones:			
Ex. Físico	Tº:	P A :	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:
DIAGNOSTICO				TRATAMIENTO:			
Valoración Nutricional							
				Exámenes auxiliares:			
				Referencia (lugar y motivo):			
Próxima Cita:				Firma y Sello:			
Atendido por:				(Colegio prof.)			
Observación:							
CONSULTA							
FECHA:		HORA:		Edad:			
Motivo de consulta:				Tiempo de Enfermedad:			
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de Ánimo:	
Orina:				Deposiciones:			
Ex. Físico	Tº:	P A :	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:
DIAGNOSTICO				TRATAMIENTO:			
Valoración Nutricional							
				Exámenes auxiliares:			
				Referencia (lugar y motivo):			
Próxima Cita:				Firma y Sello:			
Atendido por:				(Colegio prof.)			
Observación:							
APELLIDOS Y NOMBRE:						Nº	

FICHA ESTOMATOLOGICA
(no gestantes)

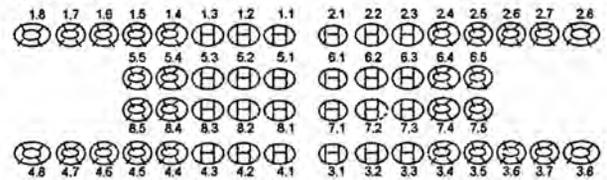
EDAD

FECHA	EXAMEN N° 1			EXAMEN N° 2		
	Labios	Sano	Enf.		Sano	Enf.
Carrillos	Sano	Enf.		Sano	Enf.	
Paladar	Sano	Enf.		Sano	Enf.	
Encía	Sano	Enf.		Sano	Enf.	
Lengua	Sano	Enf.		Sano	Enf.	
ATM	Normal	Alterada		Normal	Alterada	
Oclusión	Normal	Alterada		Normal	Alterada	
Cariadas						
Perdidas x caries						
Obturadas						
Índice de Caries						
	oso-d	CPO-D		oso-d	CPO-D	
Uso del cepillo	Hab.	Ocas.	Nunca	Hab.	Ocas.	Nunca
	Piaca Blanda	Piaca Caldific		Piaca Blanda	Piaca Caldific	
Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S)		1.6 - 1.7			1.6 - 1.7	
		1.1 - 2.1			1.1 - 2.1	
		2.6 - 2.7			2.6 - 2.7	
		3.6 - 3.7			3.6 - 3.7	
		3.1 - 4.1			3.1 - 4.1	
	4.6 - 4.7			4.6 - 4.7		
Índices PB y PC						
Índice de HO - S						
Estado de Higiene	Buena	Regular	Mala	Buena	Regular	Mala
	0.0 a 1.2	1.3 a 3.0	3.1 a 6.0	0.0 a 1.2	1.3 a 3.0	3.1 a 6.0
RIESGO ESTOMATOLÓGICO						
	Bajo	Moderado	Alto	Bajo	Moderado	Alto

EXAMEN N° 1



EXAMEN N° 2



- X rojo = Pieza por extraer
- X azul = Pieza extraída
- rojo = Caries por tratar
- azul = Curación realizada

DIAGNÓSTICO (S): _____

 Observaciones: _____

TRATAMIENTOS EFECTUADOS

FECHA	OPERADOR	PROCEDIMIENTO	MEDICACION U OBSERVACIONES

APELLIDOS Y NOMBRE: _____ Nº _____

ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA (ABO) _____
 FECHA Sello y firma _____