

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**PRÁCTICAS DE AUTOCAUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN
MUJERES EN LA ETAPA DE CLIMATERIO DEL
ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-2 9 DE OCTUBRE JULIACA
2017.**

TESIS

PRESENTADA POR:

INDIRA TICONA HERRERA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO – PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO

**FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES EN LA ETAPA
DE CLIMATERIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-2 9 DE OCTUBRE JULIACA
2017.**

PRESENTADA POR:

INDIRA TICONA HERRERA

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADA POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:



PRESIDENTE:

Dra. NARDA ESTELA CALSIN CHIRINOS

PRIMER MIEMBRO:

Dra. NELLY MARTHA ROCHA ZAPANA

SEGUNDO MIEMBRO:

Mg. LUZ MARINA CABALLERO APAZA

DIRECTOR / ASESOR:

Dr. Sc. TITA FLORES DE QUISPE

Área : Salud Reproductiva

Tema : Prácticas de Autocuidado y Calidad de Vida en el Climaterio

Fecha de Sustentación: 15 de marzo del 2019

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Con profundo agradecimiento, eterno amor y respeto dedico este proyecto a mis padres, Jesús y Lucila, razón de mi existir y quienes con múltiples esfuerzos y comprensión me han acompañado a lo largo de mi vida velando por mi bienestar y educación Brindándome su apoyo desinteresado, para desarrollarme como persona y profesional. Es por ello que soy lo que soy ahora, los amo.

A mi hermanita Yadhira, por ser parte de mi vida y darme fortaleza y apoyo moral.

A mis amigas (C5ST), Dianet, Rocío, Mariela, compañeros de mi promoción, con quienes compartí bellos y gratos momentos de mi vida universitaria, por su verdadera amistad e incondicional apoyo.

INDIRA

AGRADECIMIENTO

- ❖ *A Dios porque sin él nada de esto hubiera sido posible*
- ❖ *A mis Padres por su infinito apoyo moral y comprensión durante todo este proceso, sin ustedes esto tampoco hubiera sido posible.*
- ❖ *A mi alma mater, la Universidad Nacional del Altiplano- Puno, por acogerme y darme la oportunidad de forjarme profesionalmente, preparándome para un futuro mejor y una persona de bien.*
- ❖ *A la Facultad de Enfermería, decana, docentes y administrativos, quienes impartieron conocimientos, su experiencia y su paciencia para mi formación profesional.*
- ❖ *A los miembros del jurado calificador: Dra. Narda Estela, Calsin Chirinos, Dra. Nelly Martha Rocha Zapana y la Mg. Luz Marina Caballero Apaza, por sus sugerencias y aportes que se me brindó para la culminación del presente trabajo de investigación.*
- ❖ *Con profundo respeto y afecto a mi asesora de tesis Dr. Sc. Tita Flores de Quispe por su paciencia, orientación, apoyo moral y ayuda incondicional, durante el proceso de desarrollo y su culminación de mi trabajo de investigación.*
- ❖ *A todas aquellas personas que me apoyaron desinteresadamente, por su apoyo moral durante el desarrollo de mi trabajo de investigación.*

A todos, muchas gracias.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
INDICE DE TABLAS	
ACRÓNIMOS	
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
CAPITULO I:	10
INTRODUCCIÓN	10
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.	15
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.	16
CAPITULO II:	17
REVISIÓN DE LA LITERATURA	17
2.1. MARCO TEORICO CONCEPTUAL	17
2.2. ANTECEDENTES	44
CAPITULO III:	49
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	49
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.	49
3.2. UBICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.	49
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.	50
3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN.	52
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	57
3.6. PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	64
3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.	65
3.8. ALCANCES Y LIMITACIONES	65
CAPITULO IV:	66
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	66
4.1. RESULTADOS	66
4.2. DISCUSIÓN	71
CONCLUSIONES	76
RECOMENDACIONES	77
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	79
ANEXOS	89

INDICE DE TABLAS

TABLA 1: RELACIÓN ENTRE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES EN ETAPA DEL CLIMATERIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 09 DE OCTUBRE JULIACA 2017	66
TABLA 2: DIMENSIÓN BIOLÓGICA Y PSICOSOCIAL DE LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE MUJERES EN LA ETAPA DE CLIMATERIO - ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-2 09 DE OCTUBRE JULIACA 2017.....	67
TABLA 3: PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO POR DIMENSIONES Y ÁREAS DE MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO - ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-2 09 DE OCTUBRE JULIACA 2017.....	68
TABLA 4: CALIDAD DE VIDA POR DIMENSIONES EN MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 09 DE OCTUBRE JULIACA 2017.....	69
TABLA 5: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO. ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-2 09 DE OCTUBRE JULIACA 2017	70

ACRÓNIMOS

OMS: Organización Mundial de la Salud

INEI: Instituto Nacional Estadística e Informática

LILACS: Literatura Latinoamericana de Información en Ciencias de la Salud

DE: Desviación Estándar

MENQOL: The Menopause-Specific Quality of Life

UI: Unidades Internacionales

HTA: Hipertensión Arterial

FSH: Hormona Folículo estimulante

HDL: Colesterol bueno

LDL: Colesterol malo

LH: Hormona Luteinizante

GnRH: Hormona liberadora de gonadotropina

RESUMEN

El presente estudio titulado PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES EN LA ETAPA DE CLIMATERIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-2 9 DE OCTUBRE JULIACA 2017, tuvo como objetivogeneral establecer la relación entre las Prácticas de autocuidado y la Calidad de vida de mujeres en etapa de climaterio. La presenteinvestigación esde diseño no experimental de tipo descriptivo – correlacional, de corte analítico transversal, con una muestra de 183 mujeres en etapa de climaterio, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.La técnica empleada fue la entrevistay como instrumentos se aplicaron el Cuestionario de Prácticas de Autocuidado con una validez y confiabilidad alta de 0.83 Alpha de Cronbach y el Cuestionario Especifico de calidad de vida de MENQOLcon una validez y confiabilidad alta de 0.81 a 0.89 de Alpha de Cronbach. El procesamiento de datos se hizo con apoyo del programa SPSS versión 25y para el análisis e interpretación se utilizó la estadística descriptiva porcentual, para la correlación de las variables con estadística inferencial mediante el análisis multivariado de la r de Pearson.Los resultados muestran que en las prácticas de autocuidado según calidad de vida, la dimensión biológica el 26.78% tiene prácticas no saludables sin embargo si presentan regular calidad de vida; en la dimensión psicosocial el 28.96% presenta prácticas de autocuidado no saludables y presentan Mala calidad de vida. Dentro de la dimensión Biológicael 71.3% de la población presenta practicas no saludables y un 28.9% con prácticas saludables; en cuanto a la Dimensión Psicosocialel 60.1% de la población presenta practicas no saludables y un 39.8% con prácticas saludables. Para la variable de Calidad de Vida por dimensiones, se evidencia que la población de estudio en las dimensiones psicosocial y física con 57.37% y 50.27% respectivamente, mantienen una regular calidad de vida; en cuanto a la dimensión vasomotora y sexual con 56.83 y 55.73% respectivamente presentan una mala calidad de vida. Seconcluyeque existe una relación significativa entre las Prácticas de autocuidado y calidad de vida en mujeres en etapa de climaterio del Establecimiento de Salud I-2 9 de octubreJuliaca con un nivel de significancia $P < 0,05$.

Palabras clave: Prácticas de autocuidado, calidad de vida, climaterio.

ABSTRACT

The present study entitled SELF-CARE PRACTICES AND QUALITY OF LIFE IN WOMEN IN THE CLIMATERIO STAGE OF THE HEALTH ESTABLISHMENT I-2 OCTOBER 9 JULY 2017, had as its general objective to establish the relationship between Self-care Practices and the Quality of Life of women in the climacteric stage. The present investigation is of non - experimental design of descriptive - correlational type, of transversal analytical cut, with a sample of 183 women in climacteric stage, who fulfilled the inclusion and exclusion criteria. The technique used was the interview and as instruments the Self-care Practices Questionnaire was applied with a high validity and reliability of 0.83 Alpha of Cronbach and the Specific Questionnaire of quality of life of MENQOL with a validity and high reliability of 0.81 to 0.89 of Alpha of Cronbach. The data processing was done with the support of the SPSS program version 25 and for the analysis and interpretation the descriptive percentage statistic was used, for the correlation of the variables with inferential statistics by means of the multivariate analysis of the Pearson r. The results show that in the self-care practices according to quality of life, the biological dimension 26.78% has unhealthy practices, however, if they present a regular quality of life; in the psychosocial dimension, 28.96% present unhealthy self-care practices and have poor quality of life. Within the Biological dimension 71.3% of the population presents unhealthy practices and 28.9% with healthy practices; Regarding the Psychosocial Dimension, 60.1% of the population presented unhealthy practices and 39.8% with healthy practices. For the variable of Quality of Life by dimensions, it is evident that the study population in the psychosocial and physical dimensions with 57.37% and 50.27% respectively, maintain a regular quality of life; As for the vasomotor and sexual dimension with 56.83 and 55.73% respectively, they present a poor quality of life. It is concluded that there is a significant relationship between self-care practices and quality of life in women in the climacteric stage of Health Establishment I-2 October 9 Juliaca with a level of significance $P < 0.05$.

Key words: Self-care practices, quality of life, climacteric.

CAPITULO I:

INTRODUCCIÓN

1.1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mujer a lo largo de la historia ha sido uno de los principales centros de atención en muchos aspectos siendo uno de ellos la salud, debido a las altas tasas de morbilidad y mortalidad que existe en la etapa reproductiva, de tal manera que para resolverlas han elaborado políticas de salud a nivel mundial, enfocadas a la solución de problemas en esta etapa. Sin embargo una ausencia ha sido, la atención a la mujer en la etapa del climaterio.⁽¹⁾

La expectativa de vida del sexo femenino en los países desarrollados ha alcanzado los 80 años, la mujer vive más de 30 años entre pre y postmenopausia, en consecuencia se ha incrementado la problemática de las patologías relacionadas con la edad como resultado de la prolongación de la vida, entre ellas las enfermedades metabólicas, cardiovasculares, cerebrovasculares, osteoporosis, entre otras.⁽²⁾ Por su parte la OMS define la salud como: “el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”.⁽³⁾ Por esta razón es importante prevenir y fomentar cambios saludables en diferentes aspectos de la vida de la mujer y así evitar enfermedades anteriormente mencionadas.

La etapa del climaterio engloba tres periodos en la vida de la mujer, pre menopausia, menopausia y postmenopausia que marca la transición del periodo fértil al no fértil⁽⁴⁾, se extiende desde el declinar de la función ovárica, aproximadamente a los 35 años, hasta el inicio de la senectud, entre los 65 años⁽⁵⁾, la mujer atraviesa por cambios biológicos, psicológicos y sociales que pueden influenciar negativamente en su autocuidado, el climaterio se caracteriza principalmente por el déficit de estrógenos producto de la falla ovárica, la cual produce a corto plazo signos y síntomas a nivel vasomotor, genitourinario, cardiovascular y osteomuscular, los que en algunos casos pueden pasar desapercibidos y en otros son muy molestos.⁽⁵⁾

Cabe resaltar que las mujeres no son iguales, existen diferencias en cuanto a la vida de la mujer, los roles que desempeña en la familia y sociedad; como madre, esposa, hija, trabajadora, ama de casa, educadora y otros que son factores importantes en la variación de la sintomatología climatérica.⁽⁶⁾

Dentro de este marco es importante señalar que las mujeres peruanas según el censo nacional de la población efectuado en el 2017a nivel nacional, 14 millones 931 mil 127 son mujeres que representa 50,8% de la población total, La población femenina de 15 a 65 años, que constituye la fuerza potencial de trabajo, aumentó de 58,4% en 1993, a 63,1% en el 2007 y a 65,2% en el 2017. Las mujeres entre 35 a 39 años (19 % de la población femenina total); las de 40 a 44 años (17 % de la población femenina total), 30 % lo conforman mujeres de 45 a 54 años y por último el 25 % están entre 55 a 65 años.⁽⁷⁾ Lo cual confirma que las mujeres climatéricas representan 43% de la población total, siendo actualmente la expectativa de vida del género femenino de 77.8 años. Por lo que resulta claro que el climaterio es una etapa trascendental en la salud de la mujer ya que según Notelovitz⁽⁸⁾ esta se desarrolla entre los 35 a 65 años.

Tobón⁽⁹⁾ afirma que el autocuidado constituye una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad, es inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos, ella responde a la capacidad de supervivencia y a las prácticas de la cultura a la que pertenece.

El Ministerio de Salud, en el Modelo de Atención Integral de Salud aborda las diversas necesidades de salud en cada etapa de vida enfocados en el desarrollo y mantenimiento de la salud, incorporando acciones de autocuidado adecuados a cada realidad social y cultural. Las necesidades de salud serán abordadas a través de los cuidados esenciales donde se incluye al autocuidado, es decir acciones a cargo de las propias personas.⁽¹⁰⁾⁽²⁷⁾

Orem en su teoría del autocuidado, señala que el individuo debe llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida⁽¹¹⁾, en este contexto es imprescindible que la mujer climatérica ejerza y adopte un autocuidado saludable. Asimismo es indispensable el apoyo de los Profesionales de Salud, esencialmente la labor de Enfermería mediante la Promoción de la Salud y otros programas.

En esta perspectiva es importante señalar que en los países latinoamericanos las causas de mortalidad de las mujeres mayores de 45 años son los procesos cardiovasculares y tumorales. En estudios de autopsia médico legales se han encontrado que ya entre los 30 y 39 años de edad, una cuarta parte de las mujeres presentan lesiones ateroscleróticas de algún tipo.⁽⁶⁾

En el Perú según el INEI (2015), la principal causa de muerte en mujeres se debe a Neoplasias malignos en un 40%, el 4% a enfermedades cerebrovasculares y el 2.5% a fracturas secundarias a osteoporosis. La prevalencia de los factores de riesgo coronario es alta, pues en la población de 20 a 69 años, el 6.7% tiene diabetes, el 24.6% tiene hipertensión arterial.⁽¹²⁾ En el Departamento de Puno el 45.5% de las mujeres padece algún problema de salud crónico, 31.6% de la población femenina no tiene ingresos propios⁽¹²⁾. Estos datos estadísticos nos indicarían que el ascenso de enfermedades neoplásicas, ostearticulares, metabólicas, etc. Podrían deberse a las consecuencias de las Prácticas de Autocuidado no saludables de la mujer climatérica.

El concepto de Calidad de Vida ha evolucionado desde una concepción sociológica hacia una perspectiva psico-socio-cultural. Ambas posiciones se unen en la definición de Calidad de Vida (CV), sostenida por la OMS como: 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. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno.⁽¹³⁾

En la actualidad, está ampliamente aceptada la multidimensionalidad del concepto de calidad de vida, específicamente, en el ámbito del climaterio, está claro que las consecuencias del cese de la función ovárica deben contemplarse también desde la perspectiva de la Calidad de Vida en Salud Reproductiva (CVRS). No basta, por tanto, con identificar la presencia de sintomatología climatérica, sino que interesa la apreciación subjetiva de la mujer, quien dirá si ve afectado o no su bienestar por esas molestias. Conciérne también conocerse los cambios psíquicos afectan su capacidad laboral, capacidad social, entre otros.⁽¹⁴⁾

Según la revista virtual dirigida por Bocángel⁽¹⁵⁾ menciona que cuando una ciudad o centro urbano crece y recibe más habitantes cada año (como ocurre con la ciudad de Lima u otras ciudades grandes), se puede apreciar una tendencia hacia el desmejoramiento de la calidad de vida. Esto debido a la concentración urbana de la población. En estos casos la manera adecuada de superar el problema observado es que los servicios, su equipamiento urbano y su infraestructura física y administrativa crezcan, se organicen y persigan un crecimiento mayor que el crecimiento de su población. Sin embargo, este aspecto no se ha dado y es así que vemos que las ciudades tienen que soportar una calidad de vida deteriorada. El desordenado y desproporcionado crecimiento, debido a las voluminosas corrientes migratorias internas, por ello, el incremento permanente de la demanda por servicios públicos, el exagerado e incontrolado aumento del parque automotor, el desorden, indisciplina e indiferencia de la mayoría de sus habitantes, han ocasionado una situación cada vez más caótica y de difícil solución, o con soluciones a largo plazo. Toda esta situación deriva en una calidad de vida deficiente e insatisfactoria.

Ahora bien, la región de Puno en el año 2017 concentra una población urbana de 630 mil 648 habitantes, lo que representa el 53,8% de la población en general, la provincia que concentra el mayor número de habitantes es San Román, con 307 mil 417 personas, agrupando la mayor población del área urbana del departamento (44,2%). La población femenina de 15 a 65 años, que constituye la fuerza potencial de trabajo, aumentó de 55,4% en 1993, a 61,4% en el 2007 y a 66,2% en el 2017. Por otro lado, en el Distrito de Juliaca el 52.1% son mujeres entre 35 a 65 años de edad que representa el 35,4% de la población femenina Juliaqueña⁽⁷⁾.

Entonces, uno de los roles principales de enfermería en el primer nivel de atención, debería basarse en la promoción y prevención de enfermedades a corto y largo plazo, que se presentan en la etapa de climaterio, además de un trabajo integrador y multidisciplinario; una herramienta fundamental es la educación, sin embargo no garantiza que las mujeres climatéricas apliquen prácticas saludables, debido a los factores individuales y externos a los que están expuestas; en este sentido es necesario promover la importancia de la calidad de vida en etapa de climaterio y de todo lo que su alcance significa.

La población femenina que acude al Establecimiento de Salud I-2 9 de octubre de la ciudad de Juliaca, está conformado por alrededor de 350 mujeres con edad entre 35 a 65 años, con diferentes niveles educativos, el más predominante el nivel secundario, que se encuentran en el proceso de climaterio.

En búsqueda de situaciones problemáticas en el Establecimiento de Salud se encontró que; según los Profesionales de Salud, la gran parte de mujeres que están entre 35 a 65 años de edad e inclusive las más jóvenes desconocen sobre este proceso y no presentan ningún interés por conocer sobre este periodo inevitable en la vida de la mujer.

Se ha observado que las mujeres que acuden al Establecimiento de salud, muestran aptitudes y actitudes muy relacionadas con el proceso del climaterio; se observa desconocimiento y desinterés sobre los autocuidados propios de esta edad. Se presume que estas falencias se deban al efecto de la escasez de información y educación pertinente para que puedan sobrellevar esta etapa de su vida. Se evidencia esta situación porque al interrelacionar con muchas de ellas demuestran escasez de información, expresan su estado de frustración ya que el Establecimiento de Salud solo les brinda actividades generales y predominantemente focalizadas a sus hijos. Al ser consultadas sobre su nivel educativo refieren tener un grado de instrucción incompleto, pues la mayoría hubiese deseado seguir una carrera profesional, de la misma forma presentan sintomatología propia del climaterio. Algunas refieren sentir impotencia pues se sienten jubiladas como mujeres, todo esto acompañado de llanto y lamentaciones, muchas de ellas también alegan que los cambios que se presentaron en su cuerpo (físico, psicológico) les han generado problemas de desintegración familiar, especialmente de la pareja.

El enfoque de las políticas de atención de nuestro sistema de salud es eminentemente curativo, por lo que los programas de atención a la mujer se enfocan sobre todo a nivel de la enfermedad dejando de lado la Promoción de la Salud, muestra de ello es la falta de programas de salud dirigidos o focalizados directamente a las mujeres en etapa de climaterio.

Si bien el MINSA, a través de La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en el 2012, elaboró las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva cuyo contenido está orientado a mejorar la capacidad resolutoria de

la atención a la mujer, siendo uno de sus objetivos la atención a la mujer en el periodo de climaterio y menopausia. ⁽¹⁶⁾Sin embargo en la actualidad se evidencia el incremento de casos de cáncer y patologías que complican la salud de la mujer. ⁽¹⁷⁾

OREM ⁽¹⁸⁾, expresa que “en una sociedad siempre hay seres humanos que no son capaces de cumplir con acciones precisas para la supervivencia”. Por lo tanto es responsabilidad del profesional de enfermería resguardar el autocuidado del cliente, a través de métodos educativos en este caso dirigidos a la mujer durante el climaterio, he inclusive antes de este, con el fin de concientizar la importancia de prevenir las complicaciones. Esta actividad de enseñanza permite a la mujer climática una mejor comprensión de las etapas del mismo como un proceso natural, motivándola a la participación activa en su autocuidado y calidad de vida.

1.2.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

De la realidad mencionada anteriormente, se formula la siguiente interrogante:¿Cuál es la relación entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en mujeres en la etapa de climaterio del Establecimiento de Salud I-2 9 de octubre Juliaca 2017?

1.3.HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.

HIPÓTESIS GENERAL:

- Existe relación entre las Prácticas de autocuidado y la Calidad de vida de mujeres en etapa de climaterio del Establecimiento de Salud I-2 9 de octubre Juliaca 2017.

1.4.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

OBJETIVO GENERAL:

Establecer la relación entre las Prácticas de autocuidado y la calidad de vida de mujeres en etapa de climaterio del Establecimiento de Salud I-2 9 de octubre Juliaca 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar las Prácticas de autocuidado en la dimensión biológica considerando sus áreas nutrición, actividad física, examen físico y Psicosocial considerando las áreas de: autoestima, atención psicológica, función cognoscitiva, estado de ánimo, relaciones interpersonales y círculosocial, en mujeres en etapa del climaterio.
- Describir la calidad de vida en las dimensiones vasomotora: bochornos, transpiraciones; psicosocial: ansiedad, pérdida de memoria, depresión; física: dolor, debilidad, cefalea, cambios en la piel, incontinencia urinaria, retención de líquidos y sexual: deseo sexual, evita relaciones sexuales. resequedad vaginal, en mujeres en etapa del climaterio.
- Describir las características personales referidas a la edad, grado de instrucción, estado civil, número de hijos y menarquía en mujeres en etapa del climaterio.

CAPITULO II:

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

A continuación, se presenta el marco teórico; en él se prioriza y detalla los fundamentos, bases teóricas y conceptuales bajo los cuales sustentan las variables del estudio.

2.1.1. AUTOCAUIDADO.

Según la OMS, son las actividades de salud no organizadas y a las decisiones de la salud tomadas por los individuos, familia, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, etc. Comprende la automedicación, auto tratamiento, el respaldo social en la enfermedad, los primeros auxilios en un “entorno natural”, es decir, en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas. El autocuidado es definitivamente el recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud. ⁽¹⁹⁾

Según el MINSA, es la capacidad de las personas de asumir de forma voluntaria el cuidado de la salud para promover estilos de vida y entornos saludables. ⁽¹⁹⁾

Según Uribe ⁽²⁰⁾, el autocuidado son aquellas actividades que realizan los individuos, las familias, o las comunidades, con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe o restablecerla cuando sea necesario.

Para Coppard⁽²¹⁾, comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad, todas las actividades individuales dirigidas a mantener y mejorar la salud, y las decisiones de utilizar tanto los sistemas de apoyo formales de salud como los informales.

Por otro lado Tobón ⁽⁹⁾, define al autocuidado como las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la

enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.

a. AUTOCAUIDADO EN LA SALUD Y TEORIAS ASOCIADAS.

La salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes, significa integridad física, estructural y funcional, ausencia de defectos que implique deterioro de la persona, desarrollo progresivo e integrado del ser humano como un unidad individual, racional y pensante. Existen muchas teorías que explican y estudian el autocuidado, tanto para conocerlo y removerlo, por ejemplo la teoría de Callista Roy tiene la concepción del ser humano en sus tres dimensiones como un ser biopsicosocial, en interacción constante con un ambiente cambiante teniendo cuatro formas de adaptación: necesidades fisiológicas, imagen de sí mismo, dominio de su rol e interdependencia. Para ella, el fin de la enfermería es promover la adaptación del ser humano en esas cuatro formas.

La Teoría de Martha Rogers, tiene la concepción del ser humano como unitarios y sinérgicos es decir: un todo unificado que posee su propia integridad y que es más distinto que la suma de sus partes. Para Rogers, el fin de la enfermería es promover la armonía entre el hombre y su entorno, reforzar la coherencia y la integridad del campo humano, redirigir la integración del campo humano y de los Campos ambientales con el propósito de ayudar al ser humano a alcanzar un estado de máxima salud física, mental y social. ⁽²²⁾

b. TEORIA DEL AUTOCAUIDADO SEGÚN DOROTHEA OREM.

La teoría de Dorothea Orem, permite un abordaje integral del individuo en función de situar los cuidados básicos como centro de ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir a mejorar su calidad. Para Orem, enfermería orienta sus acciones directamente al autocuidado expresando que “ el autocuidado es indispensable porque cuando se ausenta este autocuidado, la enfermedad y la muerte se puede producir”, el autocuidado entonces es un acto propio del individuo que sigue un patrón, una secuencia y cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye en forma específica a la integridad estructural, funcionamiento y al desarrollo del ser humano” “ el autocuidado es el conjunto de acciones positivas y prácticas que precisan para su realización de una elección, una decisión.” ⁽⁹⁾

A pesar de los diversos modelos planteados como la solución para alcanzar el desarrollo, el autocuidado como una práctica de dimensión individual y colectiva es una herramienta para avanzar en los objetivos del desarrollo humano pues permite que el proceso de cuidados no sea un hecho aislado y limitado a medicación y atención, sino que supera el ámbito biológico y se adentra en la subjetividad de cada individuo para hacer posible el reconocimiento de su especificidad, promover el autoestima y autonomía para llegar a un estado en el que su autocuidado sea el resultado de una valoración individual, que recupera el valor de las acciones correctivas y que promueva la generación de una nueva conciencia respecto de lo saludable y lo no saludable. Para llegar hacia esta nueva conciencia colectiva requiere de un proceso de promoción e inserción de un nuevo sentido para el autocuidado. El concepto de autocuidado se explica, como una contribución constante del individuo a su propia existencia: “como un conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores (internos o externos) que puedan comprometer su vida y su desarrollo posterior. Es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma”⁽²²⁾

Según Orem⁽¹⁸⁾, el autocuidado no es innato, se debe aprender, por lo tanto requiere que se enseñen, esta actividad de enseñanza constituye una responsabilidad de todo profesional de la salud, uno de ellos la enfermera(o), donde la educación juega un papel importante, en la medida que permite a las personas hacer frente a los problemas de salud.

Orem define al ser humano como un todo desde una visión holística en el que cada persona es una combinación única de factores físicos, cognitivos, emocionales y espirituales, en interrelación estrecha con su entorno cambiante y concede mucha importancia a la adaptación de este ser humano al mundo en el que vive. Sostiene también que la salud se relaciona con la estructura y funciones normales, ya que cualquier desviación de la estructura o del funcionamiento se denomina correctamente una ausencia de salud en el sentido de unidad integral; el ser humano es considerado como unidad que funciona biológica, psicológica y socialmente.⁽²³⁾

2.1.1.1. CATEGORÍAS DE AUTOCUIDADO

Se pueden distinguir diferentes tipos de autocuidado, desde el más simple que es parte integral de la rutina del diario vivir, como por ejemplo cepillarse los dientes, hasta el más complejo como es cuando un individuo está enfermo.

Según Dorothea Orem, distingue tres categorías de autocuidado:

- **AUTOCUIDADO UNIVERSAL:** Son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.⁽¹⁸⁾
- **AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO:** Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.⁽¹⁸⁾
- **AUTOCUIDADO EN RELACIÓN A LA DESVIACIÓN DE LA SALUD:** cuando una persona a causa de su enfermedad o accidente se vuelve dependiente y pasa a la situación de receptor de autocuidado, el cual tiene como objetivos prevenir complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad denominándoles demanda de autocuidado para la prevención secundaria⁽¹⁸⁾

Para Tobón⁽⁹⁾, las Prácticas de Autocuidado se clasifican según el estilo de vida de las personas y lo representa en dos tipos de prácticas: las positivas o favorecedoras de la salud y las negativas o de riesgo:

a. Prácticas favorecedoras o protectoras:

Son aquellos aspectos internos o externos a la persona, que posibilitan conservar e incrementar los niveles de salud.

b. Prácticas de Riesgo:

Corresponden al “conjunto de fenómenos de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social que involucra la capacidad potencial de provocar daño”; es decir, son los eventos que aumentan o crean la posibilidad de enfermar.

No se puede hablar de prácticas de ‘autocuidado negativas’ porque el cuidado es inherente a los aspectos favorables a la salud.

2.1.1.2. FACTORES DETERMINANTES DEL AUTOCUIDADO.

a. Factores Internos o Personales:

Son los que dependen directamente de la persona y determinan el autocuidado, estos corresponden a: Los conocimientos, la voluntad, las actitudes, los hábitos. ⁽⁹⁾

b. Factores Externos o Ambientales:

Son aquellos aspectos externos que hacen posible o no el autocuidado de las personas y sin embargo, no dependen de ellas; corresponden a los determinantes de tipo cultural, político, ambiental, económico, familiar y social. ⁽⁹⁾

2.1.2. PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DURANTE EL CLIMATERIO.

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo, para sí mismo, con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar. ⁽⁷⁷⁾

Entonces al mencionar Prácticas de Autocuidado durante el climaterio se propone una serie de acciones que se tienen que realizar con el fin de mejorar el autocuidado, en el climaterio las medidas de autocuidado se agrupan en dos dimensiones que a continuación detallamos:

2.1.2.1. DIMENSION BIOLÓGICA.

a) NUTRICIÓN:

Es la combinación de procesos por medio de los cuales el organismo recibe y utiliza los alimentos necesarios para mantener sus funciones, para crecer y renovar sus componentes. Durante el climaterio disminuyen las necesidades calóricas y de no modificarse los hábitos de alimentación hay una tendencia al aumento de peso el cual se asocia a padecimientos como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las dislipidemias. Es por ello que una buena nutrición es necesaria para una buena salud ya que el cuerpo es a grandes rasgos el producto de su nutrición y el interés en la comida es importante si se trata de prevenir algunas enfermedades. Lo que comemos afecta virtualmente cada aspecto del bienestar. ⁽²⁴⁾

En la actualidad, se ha comprobado que existe una relación directa entre la alimentación y la salud, pudiéndose sostener que nuestra salud es en gran medida nuestra alimentación. ⁽²⁵⁾

La alimentación y la nutrición son dos procesos distintos pero muy relacionados. Una adecuada alimentación mantenida desde la infancia a la juventud ayuda a conseguir un buen estado de salud al llegar al climaterio. Alimentarnos de forma adecuada no solo es una necesidad que nos permitirá evitar algunas enfermedades, sino que además, nos permitirá desarrollarnos con mayor vitalidad y salud a lo largo de nuestra vida. Durante el climaterio la redistribución de las grasas varia, se cambia la forma, se pasa de tener una figura en forma de pera, a tener forma de manzana, todo ello es a causa de la disminución de los estrógenos, las cuales tienen la capacidad termógena, con lo cual al disminuir desciende la producción de calor y se aumentan por lo tanto los depósitos de grasa.⁽²⁶⁾

Alimentación saludable

Para que una alimentación se considere saludable debe cumplir las siguientes características:

- Ser **suficiente** para proporcionar las cantidades óptimas de la energía y los nutrientes esenciales para la vida, es decir, las proteínas, grasas, hidratos de carbono, vitaminas, minerales y agua; así como la cantidad de fibra dietética necesaria para una correcta función intestinal, **completa** porque se debe seleccionar la calidad de los nutrientes, **armónica** porque debe existir un equilibrio entre los diferentes nutrientes y **adecuada** para diferentes condiciones anatómicas, fisiológicas, psicológicas, sociales y económicas del individuo.⁽²⁷⁾

La Alimentación y Nutrición en el Climaterio

Según la nutricionista Milagros Agurto señala que: “Existen propiedades en los alimentos que, cuando son consumidos de manera adecuada, pueden darnos mucha salud, belleza, bienestar y calidad de vida”.⁽²⁸⁾

La mujer climatérica es una mujer sana, en ausencia de patologías añadidas, que entra en una etapa de su vida que se caracteriza por un cambio hormonal que conlleva un incremento de su riesgo cardiovascular y osteomuscular.

A través de una correcta alimentación la mujer climatérica puede prevenir problemas como la osteoporosis, el exceso de peso, la alteración lipídica.⁽²⁹⁾

Se recomienda requerimientos nutricionales especiales (frutas, verduras, cereales y pocas carnes magras) y deben también consumir cantidades suficientes de calcio y de vitamina D, para tener huesos sanos, llevar una dieta baja en grasas saturadas y colesterol (disminuir las grasas, sobre todo las de origen animal).

En general una dieta proporciona 300-400 mg de calcio. Si el consumo de calcio es menor que esta cantidad, el cuerpo tomará calcio de los huesos para mantener un balance adecuado. Conforme menor sea el consumo de calcio mayor será la pérdida de hueso.

Se aconseja aumentar la ingesta de calcio, ya que las necesidades de pre menopausia y peri menopausia son de 1.000 mg/día y de 1.500 mg/día en la postmenopausia. ⁽³⁰⁾

Algunas buenas fuentes de calcio son la leche descremada y sus derivados, las verduras de hojas verdes: brócoli, lechuga, nabo, avena, almendras, nuez, salmón o sardinas enlatada, naranja, mandarina, toronja que deben ser consumidos entre 3 a 4 veces por semana.

En el caso de la vitamina D es esencial para la absorción y la utilización del calcio, gran parte de ella se forma en el cuerpo con la exposición de la piel al sol; sin embargo, los aceites de pescado, la mantequilla y el hígado son buenas fuentes.

La **hiperlipidemia** se relaciona con la aterosclerosis, se recomienda controlar el peso y evitar el consumo excesivo de hidratos de carbono simple, consumir fibra soluble en la dieta (leguminosa, verduras, avena). **Hipercolesterolemia** se asocia con problemas coronarios, se recomienda disminuir el consumo de yema de huevos, carnes rojas, leche entera, vísceras, embutidos, mantequilla, etc. Una dieta rica en antioxidantes disminuye la muerte prematura por enfermedad cardiovascular y cáncer. Así tenemos la vitamina C de 60-80mg, b-caroteno (palta, aceite de oliva) de 2-3mg, vitamina E (cereales, verduras).

Según un estudio de enfermeras de US menciona que la vitamina A disminuye el riesgo de cáncer de mama. ⁽²⁴⁾

El fumar se asocia con disminución en la absorción de calcio y de allí que pueda afectar a la masa ósea, evitar el alcohol y las bebidas que contengan cafeína, ambas aumentan la excreción de calcio en la orina. Algunos casos de automedicación usados de forma indiscriminada, pueden también causar efectos desfavorables en la etapa del climaterio.

Así mismo el clima caliente o la tensión emocional pueden desatar los bochornos. ⁽³¹⁾

En general, las mujeres climatéricas, no son conscientes de estos estímulos por lo que proporcionarles información puede ayudar a que manejen sus ambientes y así reduzcan estos estímulos controlando en cierto grado el problema.

Los Alimentos que deben constar en una nutrición equilibrada y que favorezca la reducción de los síntomas durante el climaterio son:

❖ **Verduras:** Calabacines, vainita, col, coliflor, espinacas, acelgas, papas, zanahorias, brócoli, lechugas, tomate, cebolla, rábano, pimientos.

❖ **Frutas:** Toronja, naranja, limón, manzana, fresón, plátano, melón, pera, uva, ciruela, albaricoque, nectarina, etc. No se deben comer más de cuatro piezas al día ya que tienen azúcar.

❖ **Cereales:** Trigo, maíz, arroz, cebada, avena. Aportan elementos nutritivos tan valiosos como la vitamina B (mejora la salud física y mental), hierro y minerales.

❖ **Legumbres:** Garbanzos, lentejas, frejol, arveja y soja (muy importante por la lecitina).

❖ **Lácteos y sus derivados:** yogurt, leche descremada, etc.

❖ **Pescado:** consumir a diario hervido o la plancha.

Se debe consumir dos veces por semana los siguientes alimentos:

❖ **Huevos:** No comer más de dos o tres a la semana porque aumentan el colesterol.

❖ **Carnes:** Hay que evitar las carnes grasas (cordero, cerdo) pero se puede consumir carne roja en pequeñas cantidades (ej. filete de 100 gr dos veces por semana a la plancha preferiblemente), y pollo sin grasa ni piel una o dos veces por semana. ⁽³²⁾

b) ACTIVIDAD FÍSICA:

La realización de ejercicio regular es beneficioso para el organismo en conjunto en cualquier etapa de la vida, pero cabe decir que es más importante en el climaterio porque previene la enfermedad cardiovascular y tiene un efecto beneficioso sobre la masa ósea, además de generar bienestar mental; la actividad física previene la obesidad y ayuda a perder peso si fuera necesario, mejora el tono muscular de todo el cuerpo incluyendo la musculatura perineal, regula la tensión arterial, reduce el riesgo de enfermarse del corazón, disminuye los problemas de circulación, ayuda a conservar los reflejos, baja el colesterol y los triglicéridos, aumenta la energía vital, ayuda a respirar mejor, previene la diabetes,

combate la depresión leve y la ansiedad, aumenta la seguridad en sí mismo, mejora la flexibilidad de las articulaciones, previene el insomnio, evita el estreñimiento, disminuye el riesgo de padecer osteoporosis, controla la arteriosclerosis, elimina sustancias tóxicas del cuerpo, mantiene el cerebro en forma, disminuye los síntomas vasomotores. ⁽³⁰⁾⁽²⁴⁾

El programa de ejercicios debe estar adaptado a cada mujer dependiendo de su edad, su estado de salud y su forma física, se recomienda sobre todo la caminata. ⁽²⁴⁾

Ahora bien el ejercicio base y fundamental para toda climatérica es caminar pues es la actividad más sencilla de todas y la que posiblemente puede permitirse todo el mundo, Se recomienda su realización de 30 minutos al día de preferencia en compañía de amigas, familiares de tres a cinco veces por semana. El entrenamiento aeróbico debe ser con una duración recomendada de 20 a 60 minutos por sesión y una intensidad de 60% a 90% de la frecuencia cardiaca máxima y como norma general se debe evitar el sobreesfuerzo. ⁽²⁷⁾

c) **EXÁMEN MÉDICO:**

El modelo de atención en el climaterio debe ser multidisciplinario e integral, mínimo una vez al año y deberá comprender:

- Examen clínico general y regional: en especial exploración mamaria, exploración vaginal y pélvica, citología cervical, toma del Papanicolaou. Toma de peso y la talla, control de la presión arterial, visita al dentista, revisión de la vista y los oídos

- Exámenes auxiliares: perfil hormonal (FSH, LH, estradiol), perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos), ecografía transvaginal, mamografía, densitometría ósea, glicemia y si el caso lo amerita dosaje de calcio, fósforo, y marcadores de resorción ósea. ⁽³³⁾⁽²⁴⁾

2.1.2.2. **DIMENSIÓN PSICOSOCIAL**

Frente a los cambios que se presentan en la dimensión psicosocial, el autocuidado debe contemplar:

a) **ATENCIÓN PSICOLÓGICA:**

Cuando la mujer enfrenta esta etapa del climaterio, se recomienda comenzar a realizar la aceptación de sus cambios con el apoyo del psicólogo especialista en los cambios de

pensamientos, creencias, sentimientos y conductas que le permiten avanzar hacia una madurez plena e integral, considerando: relación consigo misma, pareja, hijos, ámbito laboral, comunidad.⁽³⁴⁾

b) AUTOESTIMA:

Todo ser humano solo por el hecho de serlo merece respeto de los demás y de sí mismo, merece también que se le estime y que se estime así mismo.

Un estudioso del tema enfatiza así su importancia: “Díganme cómo juzga una persona su autoestima y les diré cómo actúa esa persona en el trabajo, en el amor, en el sexo, como madre, en cada aspecto importante de su existencia. y hasta dónde puede ascender en la vida. La reputación que nos forjamos ante nosotros mismos -nuestra autoestima- es el único factor de fundamental para alcanzar la plenitud”.⁽³⁵⁾⁽⁸¹⁾

Cuando la mujer está en etapa de climaterio debe conocerse a sí misma, estar bien informada y preparada para afrontar los cambios propios de su etapa, potenciar hábitos de vida saludable, compartir experiencias con otras mujeres, volver a conocer el cuerpo y entender lo que este quiere comunicar con sus cambios, plantearse nuevos proyectos de vida, amarse a sí misma, la madurez y la experiencia proporcionan belleza y sabiduría. Una mujer que ha dedicado la mitad su vida a formar una familia todavía tiene tiempo para retornar a los estudios, comenzar una nueva vida, viajar, escribir, leer, aprender nuevas tareas y cuidar su cuerpo a punto tal de estar en mejor forma que nunca.⁽²⁴⁾

Es obvio que aquellas mujeres que tienen una personalidad equilibrada, buena autoestima adecuada, satisfacción con su vida sexual, familiar y personal, experimentan un climaterio menos sintomático y asumen estos cambios positivamente. Efecto contrario se observa en las personas con disminución de la autoestima, quienes expresan con mayor severidad el síndrome climatérico, de manera tal que, la baja autoestima influye en el deterioro de la imagen, no lograr las metas trazadas y la realización personal disminuida. Mientras más sólida es la autoestima, mejor equipado se estará para poder enfrentar las pruebas que surgen en nuestra vida laboral, social y personal.⁽⁸¹⁾

c) ESTADO DE ÁNIMO:

Se plantea que los síntomas más frecuentes en la etapa climatérica son de origen psicológico y aunque esto no genera un problema de salud mental grave, puede disminuir la satisfacción personal e influir en las relaciones interpersonales, familiares, de pareja, sexuales y laborales. ⁽³⁵⁾⁽⁸¹⁾

El estado de ánimo incluye:

- Depresión

La depresión es más frecuente e intensa en la perimenopausia y en la posmenopausia, por los cambios hormonales y la asociación de bochornos.

Aproximadamente, 10 % de las mujeres en el climaterio atraviesan por una depresión, lo cual provoca que la mujer experimente sentimientos de desgano, irritabilidad, inestabilidad emocional, disminución del apetito sexual (libido), ansiedad y nerviosismo. ⁽³⁵⁾⁽⁸¹⁾

Existen factores de riesgo que pueden causar los trastornos depresivos durante esta etapa, entre los cuales figuran: antecedentes de depresión, de disforia relacionada con anticonceptivos orales, de trastornos disfóricos premenstruales y de depresión posparto, así como síntomas vasomotores severos, mala calidad del sueño, menopausia quirúrgica (doble ooforectomía), disfunción tiroidea, analfabetismo, pérdidas significativas y afecciones crónicas de salud. ⁽³⁶⁾⁽⁸¹⁾

La “teoría del dominó” plantea que los síntomas depresivos estarían causados por los fenómenos vasomotores, lo que causaría afectación del sueño con la consecuente fatiga, irritabilidad y disminución del rendimiento diurno. La mayoría de los autores coinciden en señalar que los sudores nocturnos desempeñan una función relevante en los síntomas climatéricos en general, particularmente, en la depresión, y le conceden un valor especial como trastornos depresivos en el climaterio. ⁽³⁷⁾⁽⁸¹⁾

Otros estudios han demostrado que la depresión en las mujeres climatéricas esta significativamente influenciada por la ocupación, el estatus económico, la armonía matrimonial.

- Irritabilidad

La irritabilidad es uno de los problemas del ánimo que con mayor frecuencia presentan las mujeres durante el climaterio está presente hasta en 70 % de estas. Se plantea que 23 % de la irritabilidad se acompaña de síntomas depresivos y se manifiesta por enojo, tensión, comportamiento hostil, sensibilidad, intolerancia, frustración y por síntomas físicos, tales como: disforia, tristeza, vulnerabilidad y alteraciones en la autoestima. Además de ser uno de los síntomas que más afecta a las mujeres en sus actividades sociales. ⁽³⁵⁾⁽⁸¹⁾

- Insomnio

El insomnio se define como la dificultad para conciliar el sueño, presentar despertares nocturnos o tener sueños no reparadores en el último mes.

Usualmente, de origen multifactorial, se ha correlacionado con alteraciones del estado físico y mental, así como reducción significativa en la calidad de vida y con pobre percepción de salud. ⁽³⁵⁾⁽⁸¹⁾

Existe una correlación muy alta entre los bochornos y los problemas en el sueño. Al respecto, un sueño no reparador e inadecuado tiene sus consecuencias, es decir, si la causa es la sudoración nocturna y los bochornos, se afecta el estado de alerta durante el día, hay menor actividad mental y de hecho, disminuye la productividad, hay cansancio e irritabilidad, lo que puede afectar las relaciones familiares y sociales. ⁽³⁵⁾⁽⁸¹⁾

d) RELACIONES INTERPERSONALES:

En el plano social, la mujer climatérica de edad mediana, se convierte en el centro de la dinámica familiar y de la administración económica del hogar, aumenta su responsabilidad como cuidadora de padres o suegros (adultos mayores), así como de los nietos.

La doble jornada es más agresiva cuando se exigen respuestas iguales a diez años precedentes, pero estas no son idénticas, puesto que aumentan las responsabilidades familiares y sociales. ⁽³⁵⁾⁽⁸¹⁾

En cuanto a la mujer trabajadora, está expuesta a sobrecargas laborales estresantes que se convierten en elementos deteriorantes de la salud, lo cual se expresa en síntomas más

severos. Al mismo tiempo, se da la contradicción entre posición y condición, pues la mujer alcanza un determinado nivel educacional, pero no accede a los puestos de dirección que estima como un espacio necesario a ocupar, lo que contribuye a disminuir su autoestima y su satisfacción personal, a percibir con mayor severidad el síndrome climatérico.

Cuando se acerca la edad de la jubilación, se siente menos competitiva en el espacio público, tanto desde el punto de vista físico como intelectual y aparece entonces el miedo a la inseguridad económica y a la soledad. ⁽³⁸⁾⁽⁸¹⁾

Se ha constatado que aquellos factores sociales que concurren en esta etapa de la vida y que están relacionados directamente con preocupaciones económicas, laborales o psico conductuales, pueden potenciar sinérgicamente los síntomas psicológicos referidos durante el periodo climatérico. ⁽³⁸⁾⁽⁸¹⁾

En la etapa del climaterio cualquier actividad nueva que se emprenda ayudará a hacer nuevas amistades. La vejez permite ser libre e independiente, inclusive se es útil a la familia, permite frecuentar asociaciones, asistir a reuniones sociales, disponer de más tiempo para disfrutar aficiones, y cultivar amistades. ⁽²⁴⁾

e) FUNCIÓN COGNOSCITIVA:

Son los procesos cognitivos que llevan al conocimiento de las cosas relacionados con el atender, percibir, memorizar, recordar y pensar. Mantenerse activa mentalmente es igualmente importante para la salud física y mental, además mejora la capacidad de concentración y la memoria, previene el envejecimiento mental. ⁽³⁹⁾

Algunos de los cambios mentales más frecuentes:

- Memoria y concentración

El cerebro es un órgano con una gran cantidad de receptores estrogénicos. Durante el climaterio, el descenso y cese de la producción de estrógenos ocasionan cambios que se traducen en síntomas variados ⁽⁴⁰⁾. Se pueden observar cambios adversos en la memoria y en la capacidad de concentración, cambios en la forma del pensamiento y en la capacidad de análisis. ⁽⁴¹⁾

Los vacíos de la memoria de corto plazo son frecuentes a medida que pasan los años, algunos ejercicios para reforzar la memoria y concentración son:

- Hábitos como lectura.
- La realización de ejercicios de memoria y concentración (pupiletras, crucigramas, rompecabezas)
- Cultivar las relaciones sociales y la conversación, las actividades culturales y los viajes
- Revise un nombre o información nueva tan pronto la reciba. Si es posible, escríbala.
- Haga listas y péguelas donde pueda verlas con facilidad, en el refrigerador, la pantalla de la computadora o un calendario.
- Si siempre esté perdiendo las llaves u otros artículos, guárdelas en la billetera.⁽⁴²⁾

Estas actividades pueden incrementar la capacidad mental. Es posible que eviten los efectos del envejecimiento y de la enfermedad que contribuye a la demencia.

También, es importante tener una nutrición apropiada. Los alimentos que son saludables para su corazón, también son saludables para su cerebro. La razón es que los vasos sanguíneos afectan a ambos, el corazón y el cerebro. Posiblemente, la mejor estrategia para mantener un cerebro saludable es comer saludablemente, hacer ejercicio físico y mental, disminuir el estrés y procurar un balance. Llevando una vida social satisfactoria.⁽⁴³⁾

f) CIRCULO SOCIAL.

A través de la participación, la población asume como propio el cuidado de sí misma y del ambiente que la rodea; el círculo social busca aumentar el grado de control y el compromiso mutuo sobre la salud de las personas. Para que haya participación se requiere del empoderamiento el cual impulsa el autocuidado.⁽⁸²⁾

Tobón⁽⁹⁾ afirma que la “ capacidad que tienen las personas y los colectivos para hacerse cargo de sus problemas y hacer avanzar su causa, con el fin de revertir el sentimiento de impotencia, favorecer el sentido de control personal y desarrollar habilidades de movilización y así, cambiar las condiciones personales y sociales en pro de la salud”

Las amistades de las mujeres cumplen algunas funciones importantes. Son fuente de intimidad y ayuda, ofreciendo un espacio para descubrir los propios sentimientos personales, proporcionan afiliación, es decir le permiten a una persona acceder a la categoría de “amiga” de alguien determinado, y le dan la capacidad de influir en ella una pues es escuchada y viceversa. Los grupos de apoyo, donde la mujer reciba educación acerca de la enfermedad o diversos problemas emocionales que se presentan en la etapa de climaterio son un factor favorecedor importante en vida de la mujer climatérica pues mediante la información y consejería que se le brinda aprende a lidiar con sus problemas debido a que es un espacio para ventilar su propia hostilidad y frustración y aliento por parte de sus pares, son indispensables en esta situación. ⁽⁴⁴⁾

2.1.3. CALIDAD DE VIDA:

En los últimos años se viene utilizando con mayor frecuencia este término hacia una perspectiva psicosocial en la cual lo relevante es la satisfacción personal.

Según la OMS la definición de Calidad de Vida es “La percepción que tiene el individuo de su situación en la vida, dentro de un contexto cultural y de valores en los cuales vive, y en relación con sus objetivos, expectativas e intereses” esta definición subyacen dos elementos esenciales: por un lado, su carácter subjetivo, enunciado como un sentimiento personal, un juicio o una comparación; por otro, su carácter multidimensional, abarcando aspectos físicos, afectivos, cognitivos, sociales, económicos, etc. ⁽⁴⁵⁾

Para Espinoza Henao, el termino vida se refiere única y exclusivamente a la vida humana en su versión no tan local como comunitaria y social y requiere hacer referencia a una forma de existencia superior a la física, incluyendo el ámbito de las relaciones sociales del individuo, sus posibilidades de acceso a bienes culturales, su entorno ecológico ambiental y los riesgos a que se encuentra sometida su salud física y psíquica. ⁽⁴⁶⁾⁽⁷⁷⁾

La calidad de vida es “un constructo histórico y cultural de valores, sujeto a las variables de tiempo, espacio e imaginarios, con los singulares grados y alcances de desarrollo de cada época y sociedad. Es ideal unificar un único criterio de calidad de vida. Los valores, apetencias e ideas varían en el tiempo y de acuerdo a estas se conforman las estructuras sociales”. ⁽⁴⁷⁾⁽⁷⁷⁾

En la actualidad está ampliamente aceptada la multidimensionalidad del concepto de calidad de vida. Sin embargo, cuando una enfermedad afecta a un individuo el deterioro no sólo lo afecta a él, física o emocionalmente, sino también a su capacidad económica, a su entorno familiar y a veces incluso a sus valores religiosos o políticos. Así surge la necesidad de crear el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), que ha sido definido como “la valoración subjetiva del paciente orientada hacia el exterior del mismo y centrada en el impacto del estado de la salud sobre su capacidad de llevar una vida subjetivamente satisfactoria”.⁽¹⁴⁾

No obstante lo dicho anteriormente, al revisar la bibliografía se encontró que existe consenso en identificar cuatro modelos conceptuales de calidad de vida, según los cuales: define la calidad de las condiciones de vida de una persona, satisfacción experimentada por la persona en condiciones vitales, combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que esta experimenta y, finalmente como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.⁽⁴⁸⁾⁽⁸¹⁾

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas se han quedado satisfechas con un mínimo de recursos.⁽⁴⁹⁾⁽⁸¹⁾

2.1.3.1. CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA.

- a) **Concepto subjetivo:** Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
- b) **Concepto universal:** Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- c) **Concepto holístico:** La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.
- d) **Concepto dinámico:** Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.

e) **Interdependencia:** Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.⁽⁵⁰⁾

2.1.3.2. INFLUENCIA DEL CLIMATERIO EN LA CALIDAD DE VIDA.

El impacto que tiene el climaterio en la calidad de vida puede ser atribuido a la sintomatología asociada, especialmente a las clásicas molestias vasomotoras y a algunos síntomas físicos, como las palpitaciones. La presencia repentina de la sensación displacentera de calor, que habitualmente se produce en el pecho ascendiendo hacia el cuello y la cara, se acompaña con frecuencia de sudoración. Los sofocos provocan en algunas mujeres grandes molestias diurnas e interrumpen el sueño por las noches.⁽⁵¹⁾⁽⁷⁷⁾

Los síntomas urogenitales son consecuencias de los cambios atróficos desencadenados por el déficit estrogénico. Su naturaleza progresiva puede deteriorar la calidad de vida de las mujeres climáticas, generan problemas e interfieren con las actividades cotidianas, los eventos sociales, y repercuten también en la esfera psicosexual.⁽⁵²⁾

2.1.3.3. CALIDAD DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD.

Según el criterio de la Organización Mundial de la Salud la calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la "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. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

Las dimensiones de salud relacionadas con la calidad de vida según Cella^{(53) (74)}, son:

- **Bienestar físico:** se refiere a lo percibido y observado de la función o disfunción corporal.
- **Bienestar funcional:** capacidad de ejecutar actividades relacionadas a las necesidades personales y al rol social,

- **Bienestar emocional:** este es bipolar, refleja un efecto positivo (bienestar), y uno negativo (malestar)

- **Bienestar social:** esta dimensión incluye un rango social percibido al mantenimiento de las actividades, el funcionamiento familiar y la intimidad incluyendo la sexualidad.

Los conceptos de Cella ⁽⁵³⁾ se identifican como apropiados para los fines de este estudio, porque enfatizan que la calidad de vida de la persona es la suma de lo subjetivo de su vida en los aspectos físico y psicológico del ámbito cotidiano, que en el caso de las mujeres, podrán expresarlo desde la propia percepción de signos y síntomas, en cuatro áreas en la vida de la persona, que para este estudio son el área vasomotora, psicosocial, física y sexual.

Por otra parte, el Cuestionario Específico de Calidad de Vida, que es un instrumento especialmente concebido para valorar calidad de vida en el climaterio, desde la perspectiva propia de las mujeres. ⁽⁵⁴⁾ Está dividida en 4 dimensiones:

a. Dimensión Vasomotora:

Son desencadenados por un desequilibrio en los centros vasomotores del hipotálamo y caracterizados por un aumento de la temperatura de la piel, vasodilatación periférica y frecuencia cardíaca acelerada transitoriamente. Dentro de los síntomas vasomotores se encuentran los bochornos y sudoración. ⁽⁵⁵⁾

b. Dimensión Psicosocial:

Es la percepción del 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; y de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social y el desempeño laboral. ⁽⁵⁵⁾

c. Dimensión Física:

Se refiere a lo percibido y observado de la función o disfunción corporal, representa una combinación de los síntomas de la enfermedad, efectos secundarios del tratamiento y bienestar físico general percibido por el paciente como: gases abdominales, dolores óseos y musculares, cansancio, insomnio, cefalea, menor fuerza y resistencia muscular,

disminución de la energía, sequedad de piel, aumento de peso, manchas y arrugas, retención de líquidos, dolor en cintura y aumento del número de micciones. ⁽⁵⁵⁾

d. Dimensión Sexual:

La sexualidad femenina durante la menopausia y el climaterio puede verse afectada por diversos factores, estos pueden ser hormonales, psicológicos y socioculturales y producirán mayor o menor influencia en la respuesta sexual femenina según las características de cada mujer. Dentro de los sexuales, se incluye sequedad vaginal y disminución de la libido. ⁽⁵⁵⁾

2.1.4. CLIMATERIO

Climaterio es el peldaño en la vida de una persona, momento difícil de superar. Pues es un acontecimiento fisiológico, natural o una etapa de transición en la vida de la mujer que comienza con el inicio del envejecimiento ovárico y se manifiesta de una forma evidente en el aparato genital por la pérdida de la función reproductiva, incluye numerosos procesos que ocurren simultáneamente en diferentes órganos y sistemas la cual culmina con la senectud. ⁽⁵⁶⁾

A nivel internacional se ha aceptado para esta etapa de la vida que el climaterio se inicia a los 35 años y termina a los 65 años, esto se basa en que algunos hechos biológicos se alcanzan a los 35 años como la madurez de la masa ósea. ⁽⁵⁷⁾⁽⁷⁵⁾

Definido así el climaterio, la menopausia es solo un signo más del conjunto de fenómenos que definen el climaterio, si bien es, sin duda, el más importante ya que el termino menopausia significa la desaparición definitiva de la menstruación, es decir la última menstruación. ⁽⁵⁸⁾

Según Morris Notelovitz⁽⁸⁾, el climaterio inicia a los 35 años y termina 30 años después. Basa esta aseveración en que algunos hechos biológicos se alcanzan a los 35 años, como por ejemplo la madurez de la masa ósea y es entre los primeros y mediados años de los 60-65 en que se aprecian las consecuencias de la deficiencia del hueso, manifestadas por la presentación clínica de fracturas de las vértebras. Señala también que la edad de 65 años marca la línea divisoria entre la edad media y la vejez.

2.1.4.1. FISIOLÓGÍA DEL CLIMATERIO.

Actualmente se sabe que la transición del periodo reproductivo al no reproductivo en la vida de la mujer se inicia unos 10 a 15 años antes del cese definitivo de las menstruaciones, es decir, alrededor de los 35 años. A partir de esta edad pueden comenzar los cambios en la producción de hormonas ováricas que finalizan, una vez agotada la reserva folicular, con la menopausia.⁽⁵⁹⁾

La Endocrinología distinguirá tres fases a saber: la premenopausia, la menopausia y la posmenopausia.⁽⁶⁰⁾⁽⁶¹⁾ De este modo, decimos que el climaterio desde el punto de vista médico, es el período que se inicia al mismo tiempo que la premenopausia, abarcándola íntegramente e incluyendo el lapso de la peri menopausia posterior, la menopausia propiamente dicha y la posmenopausia con el que concluye dicho período.⁽⁶¹⁾

El ciclo femenino normal tiene una duración aproximada de 28 días. Comienza el primer día de una menstruación y finaliza el primero de la siguiente. Durante los primeros 14 días, la hipófisis (glándula ubicada en la base del cerebro), segrega dos clases de hormonas denominadas gonadotrofinas. Existen dos tipos de gonadotrofinas: FSH y LH; ambas estimulan los ovarios para que produzcan sus hormonas específicas -los estrógenos- y para que al mismo tiempo hagan crecer y madurar un folículo (especie de pequeña ampolla dentro de la cual crece el óvulo. Los estrógenos actúan sobre el útero, produciendo el crecimiento de su capa interna, el endometrio. En él anidará el óvulo fecundado (huevo) si se produce un embarazo.

Los estrógenos, al aumentar, frenarán la FSH y la LH hasta un momento en que casi dejen de producirse. Al disminuir bruscamente los estrógenos por este proceso, el endometrio caerá y se eliminará junto con sangre, esto constituye la menstruación.

Cuando comienza una disfunción ovárica, es decir, cuando los ovarios no responden al estímulo de la FSH y la LH, éstas aumentan intentando estimularlos, los ovarios no responden y por lo tanto no producen estrógenos. Por esta causa no estimulan el crecimiento del endometrio, ni frenan la producción de FSH y LH. Como consecuencia, no hay desprendimiento endometrial con pérdida de sangre. En este momento hay pocos estrógenos circulantes y gran cantidad de FSH y LH que no logran estimular el ovario.⁽⁶²⁾

Al inicio del climaterio se produce una disminución de los niveles de inhibina, lo que resulta en un aumento de la FSH, con niveles de estradiol normal o ligeramente disminuidos. Estos cambios dan lugar a un acortamiento de la fase folicular y a ciclos menstruales cortos o prolongados.

Durante el climaterio, los folículos ováricos se vuelven resistentes a la estimulación de la FSH, en tanto que las concentraciones de estradiol se conservan relativamente normales. Este grado de resistencia ovárica a la estimulación puede explicar los bochornos que experimentan algunas mujeres, a pesar de los valores normales de estradiol. Ello sugiere que la sintomatología propia del climaterio, pueden deberse a liberaciones de gonadotropina relacionadas con las concentraciones bajas de estradiol o cifras bajas de otras hormonas ováricas, como la inhibina. ⁽⁶³⁾

2.1.4.2. FASES DEL CLIMATERIO:

Para Morris, ⁽⁸⁾ divide al climaterio en fases, las cuales son:

- Climaterio Temprano (35 -45 años)
- Climaterio peri menopaúsico (46 -55 años)
- Climaterio tardío (56 -65 años).

La pre menopausia que es de inicio poco sintomático, y comprende los años anteriores y próximos a la menopausia, también se le denomina climaterio temprano. Se caracteriza por la aparición de irregularidades del ciclo menstrual y trastornos vasomotores. La peri menopausia comprende unos años antes y después de la menopausia, se caracteriza por presentar los mayores síntomas climatéricos. Y la postmenopausia o climaterio tardío se inicia después que se establece la menopausia y termina al comienzo de la senectud.

Por su parte Lugones ⁽⁶⁴⁾ ⁽⁷⁴⁾, explica que el climaterio es un proceso psicofisiológico de causa endocrina que está constituido por tres momentos:

- Cambios progresivos y de adaptación biológica al proceso.
- Cese de la menstruación denominado menopausia
- El periodo posterior a la menopausia.

Dentro de este marco Lowdermilk ⁽⁶⁵⁾ y Hernández ⁽⁶⁶⁾ ⁽⁷⁴⁾, refieren que el climaterio se divide en las siguientes fases:

1. Pre menopausia: Un período de veinticinco años que va desde alrededor de los 35 hasta los 45 años de edad, se refiere a los años en los cuales la mujer está haciendo esta transición. Comprende el período durante el cual la actividad ovárica es cambiante antes de la menopausia y los primeros años de amenorrea.

2. Menopausia: Durante el climaterio, sucede el último sangrado menstrual, al cual médicamente se le llama Menopausia. Este es el cambio de un estado reproductivo a un estado no reproductivo. Normalmente se utiliza este término como calificativo para las mujeres, pero es incorrecto, ya que la menopausia es sólo un instante, en el cual ocurre la última menstruación; se inicia de los 46 hasta los 55 años. La menopausia quirúrgica se produce con la histerectomía y la ooforectomía bilateral.

3. La postmenopausia: Es el tiempo que transcurre posterior a la menopausia se inicia de los 56 hasta los 65 años. Aunque todas las mujeres sufren cambios hormonales similares con la menopausia, la experiencia de cada una, está bajo la influencia de la edad, sus antecedentes culturales, la salud, el tipo de menopausia (espontánea o quirúrgica) los deseos de fertilidad y las relaciones interpersonales.

En efecto, se concluye que el presente estudio abarca al climaterio entre los 35 a 65 años, sustento que esta premisa la establezco debido a que diferentes autorías lo corroboran, principalmente la teoría del investigador Morris Notelovitz que sostiene: “ de la misma manera que desde hace décadas el control médico temprano y la preparación de la mujer para el embarazo han evitado muchas muertes maternas y de niños, preparar a la mujer para aminorar los efectos de los cambios hormonales de la menopausia puede contribuir enormemente a mejorar su calidad de vida”.

2.1.4.3. CLÍNICA DEL CLIMATERIO.

Con el término del síndrome climatérico se describen una serie de síntomas que se asocian al climaterio. El 84% de las mujeres tiene al menos unos de los síntomas clásicos durante el climaterio o posteriormente; el 45% considera que los síntomas son importantes. ⁽⁶⁷⁾

Se conoce como síndrome climatérico al conjunto de signos y síntomas presentes en el climaterio. La sintomatología que acompaña a esta etapa deviene de tres componentes:

- Disminución de la función ovárica.
- Factores socioculturales y ambientales.
- Factores psicológicos.

Por lo tanto, los síntomas pueden variar en su presentación, de acuerdo a la propensión heredada o adquirida por la mujer para tolerar tanto en el proceso de envejecimiento como sus relaciones interpersonales, principalmente con sus familiares. ⁽⁶⁸⁾

El síndrome climatérico, es el conjunto de síntomas que se presentan en la peri menopausia y posmenopausia incluyendo síntomas vasomotores, alteraciones del sueño, alteraciones psicológicas entre otros, la disminución y cese de la actividad estrogénica; se origina de la interacción entre factores endocrinos, socioculturales y psicológicos; ello explica la variabilidad de la sintomatología. ⁽⁶⁹⁾

a. SÍNTOMAS GENERALES.

Entre los síntomas generales destacan los síntomas osteomusculares y de la piel.

A nivel osteomuscular, el climaterio produce dolor, cansancio y agotamiento muscular. No obstante, su relación no está claramente explicada, pero lo que sí es evidente es que antes de la menopausia la tasa de pérdida del tejido óseo total por año es menor al 1%; sin embargo, después de ella, esta tasa se incrementa hasta 5% por año, debido a la deficiencia de estrógenos. Si bien la osteoporosis es de causa multifactorial, la falta de estrógenos es un condicionante muy importante. ⁽⁶³⁾

A nivel de la piel, al disminuir las fibras colágenas y elásticas en la piel, esta se vuelve fina y frágil, perdiendo elasticidad y firmeza; asimismo, la epidermis se adelgaza, aumenta la pérdida de agua y disminuye el número de vasos sanguíneos, lo cual lleva a la aparición de arrugas. También se puede presentar pérdida de cabello, del vello axilar y pubiano. Sin embargo, debido al predominio relativo de andrógenos, estos pueden ser reemplazados por pelos más gruesos. ⁽⁶⁷⁾

Asimismo, también se presenta aumento de peso, hipertensión arterial y manifestaciones osteoarticulares.

a. SÍNTOMAS VASOMOTORES:

Se trata de crisis de vasodilatación cutánea que afectan a la cara y parte superior del tórax y que se acompaña de sensación de calor, enrojecimiento cutáneo y sudoración profusa. ⁽⁶⁷⁾

Como el bochorno y la sudoración; son las principales manifestaciones clínicas debido a la deficiencia de estrógenos; las pacientes climatéricas en un 70 a 80% sufren de bochornos, éstos se incrementan cuando se está próxima a presentar la menopausia donde los niveles de estrógenos descienden con rapidez. ⁽⁶⁷⁾

La mayoría de mujeres experimentan estos episodios vasomotores durante sus primeros años; sin embargo, pueden manifestarse desde la pre menopausia temprana. En algunas mujeres estas oleadas de calor interfieren con la calidad de vida, debido a la intensidad y persistencia del cuadro, lo cual las lleva a la consulta médica. ⁽⁶⁷⁾

Una proporción importante de síntomas vasomotores ocurre durante la noche e interfiere e interfiere con el sueño. La falta de sueño puede ser el origen de los trastornos en el humor y la fatiga que refieren algunas pacientes. ⁽⁶⁷⁾

En ciertos momentos se presentan escalofríos y cuando se manifiestan especialmente durante la noche, perturban el sueño. Todo esto ocurre aproximadamente de cinco a diez situaciones durante el día. ⁽⁶⁷⁾

b. SÍNTOMAS GENITOURINARIOS:

Como la alteración menstrual, hemorragia anormal, sangrado posmenopáusico, sequedad vaginal, molestias urinarias, dispareunia e infertilidad.

Durante el climaterio más del 50% de las mujeres sufren de alteraciones menstruales como son: la algomenorrea; la polimenorrea; la hipomenorrea y la hipermenorrea, llegando a presentar una hemorragia irregular, intensa y prolongada, por lo que se hace necesario el descarte de la patología orgánica y por ende su tratamiento adecuado. De especial

importancia debe descartarse la patología endometrial, durante el sangrado posmenopáusico y con mayor énfasis el cáncer de endometrio. ⁽⁶⁷⁾

La vagina y la vejiga suelen ser órganos que se presentan muy sensibles a los estrógenos; su falta puede llegar a producir atrofia en ambos tejidos. En la vagina, esta falta se manifiesta con prurito, sequedad, dolor y dispareunia; la vejiga y uretra, se manifiestan con urgencia urinaria; disuria; polaquiuria; nicturia y en otros casos con incontinencia urinaria; todos estos cambios se van inclinando a presentar infecciones urinarias. La atrofia vaginal es un trastorno tardío de la deficiencia de estrógenos. La pérdida de elasticidad de los tejidos del piso pélvico se convierte en distopia genital como puede ser: la histerocele; cistocele; enterocele o rectocele. Otros cambios ocurridos en el aparato genital femenino es la reducción del tamaño del endometrio, del útero y de los ovarios. ⁽⁶⁷⁾

c. SINTOMAS PSICOLÓGICOS.

Entre las hipótesis que tratan de explicar las alteraciones psicosociales del climaterio, esta la que señala que el estrés psicosocial puede afectar los valores de los esteroides gonadales durante el climaterio y la menopausia e influir en el estado de ánimo.

Aproximadamente 10% de las mujeres en el climaterio atraviesan por una depresión, lo cual provoca que la mujer experimente sentimientos de desgano, irritabilidad e inestabilidad emocional. ^{(70) (81)}

Se ha evidenciado que el déficit estrogénico puede producir trastornos psicológicos, como la ansiedad; el nerviosismo; los síntomas depresivos o de congoja; la irritabilidad; impaciencia; angustia y sensación de sentirse sola, son las manifestaciones psicológicas más frecuentes que pueden llegar a presentarse. Es importante comprender que éstas no se encuentran exclusivamente asociados a la carencia de estrógenos. El no dormir satisfactoriamente es el inconveniente más común que presentan las mujeres peri menopáusicas, siendo su causa poco clara, esto a su vez provoca en la mujer fatiga, falta de concentración, mal humor, los cuales llegan a alterar notablemente su calidad de vida. ⁽⁷¹⁾

d. SINTOMAS SEXUALES.

La función sexual puede llegar a deteriorarse significativamente en las mujeres climatéricas, siendo los cambios más comunes: la disminución del deseo sexual; trastornos en la excitación; dispareunia y la imposibilidad de conseguir un orgasmo. Se estima que un gran porcentaje de las mujeres presentan disfunciones sexuales, la cual llegaría a aumentar con la edad. ⁽⁷¹⁾

La carencia de estrógenos llega a producir una falta de lubricación vaginal, como también: cambios en la dinámica del piso pélvico, en la contextura corporal y variaciones del ánimo, lo cual se puede expresar con una baja en el autoestima e incluso en el deseo sexual. Coincidentemente con la disminución de la libido, se observa un descenso en los andrógenos circulantes de la edad reproductiva tardía, existiendo alteraciones en los niveles de testosterona, siendo las mujeres climatéricas quienes mayormente indican disminución de la libido. ⁽⁷¹⁾

La actividad sexual disminuye con la edad, se refiere a que las mujeres con mayor edad evaden tener relaciones sexuales por lo cual el porcentaje de mujeres sexualmente activas sufre una disminución a la mitad, especialmente en aquellas cuyas edades están comprendidas entre los 35 y 65 años. Este fenómeno se puede explicar debido a que las mujeres climatéricas presentan disfunciones sexuales, abstinencia por enfermedad, impotencia de la pareja que puede presentarse en uno o ambos, entre otros factores. ⁽⁷¹⁾

2.1.5. ENFERMERÍA Y EL CLIMATERIO

Nuestro país ha asumido con mucha responsabilidad y dedicación, la organización del VIII Congreso Latinoamericano de la Federación de Sociedades de Climaterio y Menopausia en el año 2016, para lo cual ha preparó un ambicioso programa científico, acorde a los recientes avances y evidencias en la especialidad del climaterio y menopausia con la participación de médicos, enfermeras y obstetrces de diferentes países como el Brasil, en donde la enfermería abarca la atención en colaboración con los ideas profesionales de salud, en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades evitando factores como una inadecuada nutrición, el sedentarismo, el tabaquismo o la hipertensión, suministrar

conocimiento sobre un tratamiento farmacológico, etc. para así incrementar las prácticas de autocuidado en este grupo etario. ⁽⁸¹⁾

Las enfermeras y enfermeros están en la línea de acción en la prestación de los servicios y desempeñan una función importante en la atención centrada a la mujer en la etapa de climaterio. Para planificar y ejecutar un cuidado holístico en beneficio de la persona es indispensable que la enfermera se encuentre en un buen estado de salud, es decir, realice su propio autocuidado y mantener una buena percepción de calidad de vida. ⁽⁸¹⁾

El personal de enfermería es imagen y ejemplo para la persona, familia y comunidad en la toma de conductas de riesgo para la salud (como el fumar cigarrillos) o promover prácticas de autocuidado saludables (como el lavado de manos), una enfermera saludable es un agente importante para el cuidado de una persona. ⁽⁸¹⁾

La enfermera debe cumplir diversas acciones de fomentación de buenas prácticas de autocuidado, sesiones educativas, hábitos alimenticios así como un trato amable y amigable haciendo sentir a la persona incluida y sostenida por un grupo de profesionales capacitados no solamente con el personal nuevo que ingresa a laborar sino más aun en el personal que se encuentra en una fase de vida con múltiples cambios, que tiene que afrontar toda mujer con sus propias características como es el climaterio. ⁽⁸¹⁾

No todos los profesionales de enfermería abordan con claridad la importancia del autocuidado cuando se argumenta que, para cuidar del otro, antes es necesario cuidar de sí mismo, pues el cuidado solamente ocurre con la transmisión de los sentimientos y potencialidades personales a la otra persona. ⁽⁸¹⁾

2.2. ANTECEDENTES

A NIVEL INTERNACIONAL:

Barrientos, C. Casas, K. (2013). En su estudio, cuyo objetivo fue conocer las prácticas de autocuidado en salud y conocimientos que tienen mujeres entre 40 y 44 años para enfrentar el periodo peri-menopáusic, siendo el tipo de investigación cuantitativo, descriptivo y transversal, mediante la aplicación de un cuestionario validado a 62 mujeres entre 40 y 44 años de edad que acudieron a control de salud durante este periodo. En este estudio se consideraron 4 variables, las cuales fueron antecedentes biosocio - demográficos, signos y síntomas climatéricos, conocimientos y prácticas de autocuidado en salud; mostro como resultados que un 16,1% de las informantes no conocen la definición de climaterio, sin embargo, sí reconocen en su mayoría la sintomatología propia de este periodo y medidas no farmacológicas para aliviar estos síntomas. En cuanto a las prácticas de autocuidado, la mayoría de las mujeres asiste a control ginecológico (79%), consume alimentos saludables durante la semana (66%), evita el consumo de alcohol (64,5%) y cigarrillo (71%) y no utilizan medidas farmacológicas (79%).⁽⁷²⁾

Antolín, R. Moure, L. Puialto, M.J. Salgado, C. (2013). En el estudiodescriptivo - transversalque tuvo por objetivo analizar la calidad de vida (CV) de las mujeres durante el climaterio, fue realizado en cinco centros de salud del Área Sanitaria de Vigo, desde marzo de 2012 a mayo de 2013. Se estimó el tamaño muestral de 425 mujeres, presenta como resultados que el nivel medio de CV global encontrado fue de 53,6 puntos, se evidenció un nivel medio-bajo de problemas en todos los grupos de edad en los dominios salud, psíquico y sexualidad. En el dominio de relación de pareja, las que tenían estudios primarios el nivel encontrado fueron medio-bajo, mientras que el resto de mujeres presentaban un nivel alto. Ser cuidadora de personas dependientes se observó que influye negativamente en el nivel de CV, no se encontró diferencias entre las mujeres que tomaban terapia hormonal y las que no y concluyeron que las mujeres presentan un nivel medio-bajo de problemas relacionados con el climaterio, en relación a su CV.⁽⁷³⁾

Capriles, C. (2004). Realizó el estudio titulado “Calidad de Vida en mujeres Profesionistasque cursan el climaterio” El propósito del estudio fue determinar los síntomas ysignos del climaterio que más afectan la calidad de vida de mujeres

profesionistas, el estudio de tipodescriptivo y de correlación, cuya muestra estuvo constituida por 120 mujeres de una Institución Educativa de Nivel Superior; siendo la técnica de recolección de datos la entrevista y el cuestionario específico de calidad de vida en el climaterio (MENQOL) de Hildich (2002). Las conclusiones de esta investigación fueron que los síntomas que más afectan la calidad de vida de las profesionistas son la psicosocial, física y vasomotora conforme se avanza en la etapa se registra mayor alteración en síntomas e intensidad. ⁽⁷⁴⁾

A NIVEL NACIONAL:

Peña C. (2016): En su estudio titulado “Calidad de Vida de Mujeres en etapa de Climaterio en una Unidad del Primer Nivel de Atención de Salud Manchay, Lima 2016.” Tuvo como objetivo determinar la Calidad de Vida de mujeres en etapa de climaterio. Fue un estudio de enfoque cuantitativo, tipo aplicado, método no experimental y diseño descriptivo, la muestra estuvo conformada por 100 mujeres en la etapa del climaterio. Se utilizó un cuestionario estructurado que evaluó la Calidad de Vida de las mujeres en el climaterio, los resultados encontrados fueron que las mujeres en la etapa de climaterio presentan una pérdida moderada de la calidad de vida en un 40%, pérdida leve 35%, pérdida importante 5%, en la dimensión somática la pérdida fue moderada en 40%, psíquica 45% y urogenital 55%. El estudio concluyó que existe una pérdida moderada de la Calidad de Vida en mujeres en etapa de climaterio. ⁽⁷⁵⁾

Gutiérrez, H. F. (2010): En su estudio titulado “Principales Modificaciones que afectan la Calidad de Vida en la Mujer durante el Climaterio; en consultorios del servicio de ginecología y obstetricia de la Clínica Centenaria Peruano Japonesa. Lima 2010”. Se realizó con el objetivo de analizar las principales modificaciones que afectan la calidad de vida en la mujer durante el climaterio. El estudio fue de diseño cuantitativo de nivel aplicativo, descriptivo, analítico y prospectivo de corte transversal, con una población de 396 pacientes. Los resultados muestran que 126 pacientes (31,8%) tiene un deterioro severo de su calidad de vida, siendo el dominio urogenital el más afectado. Las conclusiones incluyen que la edad y la presencia de alguna enfermedad influyen en el deterioro de la calidad de vida. ⁽⁷⁶⁾

Campos, D. (2013): En su estudio de tipodescriptivo simple y de corte transversal, tuvo como objetivo: Determinar la calidad de vida en la etapa del climaterio en mujeres que acuden al centro de salud Virgen del Carmen de Cerro de Pasco. La población estuvo constituida por todas las mujeres en etapa de climaterio que acudieron a dicho centro; siendosu muestra constituida por 152 mujeres climatéricas.El resultado muestra que en el componente físico el (94,7%) gozan de buena salud general, en tanto en la función física el (44,7%) presenta limitación de actividades diarias en escala de valoración leve, es decir la calidad de vida en etapa de climaterio se ve afectado a este nivel. En el componente psicológico se encontró alta frecuencia de buena salud mental en (93,4%), asimismo el (98%) tienen auto concepto positivo, vitalidad conservada (87,5%); en cuanto al componente social de la calidad de vida existe una mayor frecuencia de relaciones interpersonales adecuadas con su entorno (71,1%). El estudio concluye que la calidad de vida en la etapa de climaterio se ve significativamente afectada principalmente en el componente físico de lafunciónfísica y dolor corporal. Sin embargo en el componentepsicológico y social no se aprecian alteraciones frecuentes.⁽⁷⁷⁾

Burgos M. Chuquipoma G. (2013). Realizó un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, con elpropósito de determinar la relación que existe entre el nivel de capacidades y acciones de autocuidado de las mujeres en etapa de climaterio residentes en Moche Pueblo del Distrito de Moche; cuya muestra fue compuesta por 100 mujeres en la etapa del climaterio, las mismas que cumplieron con los criterios de inclusión propuestos. Con base en la teoría de Orem, se aplicaron dos instrumentos: Escala de “Capacidades de Autocuidado durante el Climaterio” y Escala de “Acciones de Autocuidado durante el Climaterio”. Se determinó que: Existe relación altamente significativa entre los niveles de capacidades y de acciones de autocuidado durante el climaterio, El nivel de capacidades de autocuidado de las mujeres durante el climaterio, fue igualmente frecuente en los niveles regular y bueno con un 50% respectivamente, no se observa ninguna mujer con nivel malo de capacidad de autocuidado; en cuanto al nivel de acciones de autocuidado fue inadecuado en el 67 % de las mujeres durante el climaterio; mientras que solo el 33 % presentaron acciones de autocuidado adecuadas.⁽⁷⁸⁾

Maquera, P.K. (2012). Realizó la investigación titulada “Calidad de vida y Nivel de autoestima en mujeres climatéricas del hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2012”, tuvo como objetivo conocer la calidad de vida y nivel de autoestima en relación al climaterio, utilizando un estudio prospectivo de corte transversal, la población lo constituyeron mujeres de 35 a 65 años, obteniendo como resultados a un grupo de mujeres climatéricas que presentan buena una calidad de vida con el 45%, seguido de un 36% con calidad de vida baja. Las que presentan buena calidad de vida, presentan el nivel de autoestima baja en un 62.22% y las que refieren una calidad de vida alta, tienen autoestima media baja 57.89% y lo mismo con un 44.44% en la mujeres con calidad de vida baja. ⁽⁷⁹⁾

Villalobos, C. y col. (2011). Realizó el estudio titulado “Prácticas de Autocuidado en la etapa de climaterio de las docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca”, su objetivo fue Determinar las Prácticas de Autocuidado en la etapa de climaterio, con una población de 40 mujeres, el estudio fue de un diseño de investigación no experimental con un enfoque cualitativo. Los resultados fueron que las prácticas de autocuidado saludables que predominaron fueron el no consumo de cigarrillos y alcohol, consumo de lácteos, frutas y verduras, haberse realizado controles de peso, presión arterial y las prácticas de autocuidado no saludables con más predominio fueron; el no consumo de suplemento de calcio, el consumo frecuente de café y té, nunca haber realizado ejercicios físicos durante un hora, no haberse realizado despistaje de cáncer mamario y despistaje de cáncer cervicouterino una vez por año. ⁽⁸⁰⁾

Jarita F. Tarqui E. (2016). Realizaron el estudio titulado “Autocuidado y Calidad de vida en la etapa de climaterio en enfermeras del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2016”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre las prácticas de autocuidado y calidad de vida en el climaterio en enfermeras. En el estudio de tipo descriptivo, cuantitativo, de corte transversal con diseño correlacional, cuya población estuvo conformada por 83 enfermeras que se encuentran en etapa de climaterio. Para medir las variables de estudio se utilizó dos instrumentos: para la variable de Autocuidado se utilizó el “Cuestionario de Prácticas de Autocuidado” y para la variable de calidad de vida se utilizó la “Escala Específica de Calidad de Vida de MENQOL. Los resultados en la población de estudio indican que el 62.65% si tienen practicas saludables mientras que un 37,35% tienen practicas no saludables.

En lo que respecta a calidad de vida de la Población de estudio que tienen pareja y de aquellas que no tienen, así se muestra que el 91.4% y 96% de enfermeras con y sin pareja respectivamente mantienen una buena calidad de vida. La relación entre autocuidado y calidad de vida de las enfermeras afirma que ambas variables se encuentran asociadas en términos altamente significativos.⁽⁸¹⁾

A NIVEL LOCAL.

Quispe F. Hanco C. (2015). Realizaron el estudio titulado “Prácticas de Autocuidado y Calidad de Vida en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del programa vaso de leche, Juliaca”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre las prácticas de autocuidado y calidad de vida en el climaterio en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del programa vaso de leche, Juliaca, tuvo como objetivo determinar la relación entre las prácticas de autocuidado y calidad de vida en las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche. La metodología que se utilizó en esta investigación fue la correlacional, el diseño de la investigación es no experimental, transaccional o transversal, la muestra estuvo considerada por 101 mujeres pre menopáusicas del Programa Vaso de Leche, la técnica fue la encuesta, el instrumento para la práctica de autocuidado fue de 38 ítems, y para la calidad de vida el cuestionario SF-36. Los resultados muestran que existe relación entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida; el 50.5% presentaron una práctica de autocuidado saludable seguido de 49.5% de mujeres que presentan una práctica no saludable., en el nivel de calidad de vida un 48.5% que presentaron una regular calidad de vida seguido de 25.7% una mala calidad de vida y finalmente un 25.7% una buena calidad de vida.⁽⁸²⁾

CAPITULO III:

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

3.1.1. TIPO DE LA INVESTIGACIÓN.

Según Hernández (2014)⁽⁸³⁾ el tipo de investigación es DESCRIPTIVO.

Descriptivo: Porque únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren siendo esta calidad de vida y autocuidado, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas.

Correlacional: Su finalidad es conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. En cierta medida tiene un valor explicativo, aunque parcial, ya que el hecho de saber que dos conceptos o variables se relacionan aporta cierta información explicativa.

3.1.2. EL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Según Hernández, Fernández y Bapista⁽⁸⁴⁾: Esta investigación corresponde a un diseño de campo no experimental – Transversal/Correlacional, puesto que “Es la que se realiza sin manipular deliberadamente variables”, es decir que la investigadora no manipula las variables, pero si busca explicar si las variables de Prácticas de autocuidado se relacionan con la variable de calidad de vida, en mujeres en la etapa del climaterio.

3.2. UBICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

La Municipalidad Provincial de San Román cuenta con las 13 provincias que conforman la región Puno, en Perú. Esta Provincia se encuentra en el lado Nor Oeste del Lago Titicaca y ocupa el 3,2% de la superficie territorial del Departamento de Puno o Región Puno limita al norte con la provincia de Azángaro y la provincia de Lampa, al este con la provincia de Huancané, al sur con la provincia de Puno, y al oeste con la Región Arequipa y la Región Moquegua. El Centro de Salud I – 2 “9 de Octubre” pertenece a la Micro Red Cono Sur y Red de Salud San Román, ubicada en la urbanización Santa Flora en el Jr. Deustua al sur

este de la ciudad de Juliaca, cerca de la comunidad Chilla donde se encuentra ubicada el botadero de basuras a nivel de la ciudad de Juliaca, por lo que representa un riesgo de salud pública. Presenta una infraestructura de material noble conformado por 1 planta, siendo propiedad del estado, inicia su funcionamiento el 20 de enero del 2011, las actividades que se desarrollan son: atención ambulatoria, atención de urgencia, actividades preventivas promocionales. Actualmente cuenta con servicios generales de Medicina, Enfermería de diferentes programas, Obstetricia y Odontología. Por ser un establecimiento que no cuenta con todas las especialidades se refiere a pacientes con prioridad patológica y epidemiológica. Así mismo se hace necesario las actividades de información, educación, capacitación a nivel intra y extra comunitario, así como la supervisión e investigación en los aspectos relacionados a evaluar el impacto de la Estrategia en nuestra Región. Tiene una población asignada por ámbito geográfico, ya que brinda servicios de salud a pacientes de su jurisdicción, los cuales vienen con su SIS y población que libremente elige su atención. La población demandante de nuestros servicios en el 2016 fue de 6041 de los cuales el 60% es demanda femenina. Los grupos etarios de mayor demanda son los recién nacidos con el 0.16%, Adultos con el 40. 2% de los cuales 34% son mujeres y los adultos mayores con 3.27% grupo etario que anualmente se incrementa. ⁽⁸⁵⁾

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.3.1. LA POBLACIÓN

Está conformada por 350 mujeres sujetos de programación en etapa de climaterio, según datos de la Oficina de estadística del Establecimiento de Salud I-2 9 de Octubre Juliaca del 2017.

3.3.2. LA MUESTRA

La selección del grupo se realizó mediante muestreo probabilístico, usando el método aleatorio simple, por tanto, se constituyó por 183 mujeres en etapa del climaterio.

El cálculo se realizó con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

Dónde:

- N = Tamaño de la población total.
- n = Tamaño de la muestra
- Z^2 = Coeficiente de confianza al 95% = 1.96
- p = Probabilidad de éxito al 50% = 0.5
- q = Probabilidad de fracaso al 50% = 1 - p = 1 - 0.5 = 0.5
- d = Margen de error 5% = 0.05

Reemplazando:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

$$n = \frac{(350) \times (3.84) \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 \times (350 - 1) + (3.84) \times (0.5) \times (0.5)}$$

$$n = \frac{336}{(0.8725) + (0.96)}$$

$$n = \frac{336}{1.83}$$

$$n = 183$$

3.3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE MUESTRA:

Criterios de inclusión:

- Mujeres entre las edades de 35 a 65 años de edad
- Mujeres que den su consentimiento libre e informado.
- Mujeres que asisten los días de aplicación de los cuestionarios a Establecimiento de Salud I – 29 de octubre Juliaca 2017.

...vienen

amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. (OMS)	FÍSICO	11. Tiene flatulencia, gases o hinchazón abdominal 12. Tiene dolores musculares o articulares 13. Se siente cansada o agotada físicamente 14. Tiene Dificultad para dormir 15. Tiene dolores de cabeza o nuca 16. Tiene disminución de la fuerza física 17. Tiene disminución de la resistencia física 18. Tiene sensación de falta de energía 19. Tiene sequedad de la piel 20. Tiene aumento de peso 21. Tiene aumento de pelos en la cara 22. Cambios en la piel como arrugas, manchas 23. Retiene líquido 24. Tiene dolor de cintura 25. Orina Frecuentemente 26. Se orina al reírse, toser o hacer un esfuerzo	NO (Escala tipo Gutman (0 no molesta y 6 molesta mucho)	es Sí y 3se asigna un puntaje 5 - Si la respuesta es Sí y 4se asigna un puntaje 6 - Si la respuesta es Sí y 5se asigna un puntaje 7 - Si la respuesta es Sí y 6se asigna un puntaje 8
	SEXUAL	27. Ha tenido cambios en su deseo sexual 28. Tiene sequedad vaginal durante el acto sexual 29. Evita las relaciones sexuales	SI NO (Escala tipo Gutman (0 no molesta y 6 molesta mucho)	

...van

...vienen

<p>Variable Dependiente:</p> <p>PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO:</p> <p>El autocuidado “son acciones que permiten mantener la vida y la salud, no son innatos, deben aprenderse, y dependen de las costumbres y prácticas habituales del grupo social al cual el individuo pertenece” (DOROTHE OREM)</p>	<p>PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA</p>	<p>NUTRICIÓN</p> <p>1. Consume Leche descremada o derivados</p>	- Siempre	5
		<p>2. Consume Café</p>	- Casi Siempre	4
		<p>3. Consume Toronja (con su cascarilla)</p>	- Regular	3
		<p>4. Consume Manzana</p>	- Casi Nunca	2
		<p>5. Consume Naranja</p>	- Nunca	1
		<p>6. Consume Ensalada de verduras</p>	- Nunca	1
		<p>7. Consume Pescado</p>	- Casi Nunca	2
		<p>8. Consume Huevo (con todo y su yema)</p>	- Regular	3
		<p>9. Consume Carne de pollo con todo su pellejo</p>	- Casi Siempre	4
		<p>10. Consume Margarina (danesa, astra, etc.)</p>	- Siempre	5
		<p>11. Consume Ud. Pastillas de calcio</p>		
		<p>12. Consume Licor (aunque sea< de un vaso)</p>		
		<p>13. Fuma Cigarrillos</p>		
		<p>ACTIVIDAD FÍSICA</p> <p>14. Realiza Ejercicios</p>		
		<p>15. Realiza Caminatas de por lo menos 30 min (sin apuros en un plan de distracción)</p>		
		<p>CONTROL MÉDICO</p> <p>16. Asiste A un control médico</p>		
		<p>17. Se controla La presión arterial</p>		
		<p>18. Se controla el peso</p>		
		<p>19. Se realiza el autoexamen de mama</p>		

...van

...vienen

	<p>PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN PSICOSOCIAL</p>	<p>20. Asiste A su examen de Papanicolaou</p> <p>ATENCIÓN PSICOLÓGICA</p> <p>21. Recibe o ha recibido atención de un psicólogo</p> <p>AUTOESTIMA</p> <p>22. Cuida Su apariencia personal</p> <p>23. Se considera Atractiva</p> <p>24. Se siente Importante</p> <p>25. Se siente Apreciada por los demás</p> <p>ESTADO DE ÁNIMO</p> <p>26. Trata De evitar situaciones que lo entristezcan</p> <p>27. Trata de tranquilizarse cuando tiene problemas</p> <p>28. Con que frecuencia sale de casa para despejar su mente</p> <p>FUNCIÓN COGNOSCITIVA</p> <p>29. Trata de aprender cada día algo nuevo</p> <p>30. Lee por lo menos 30 minutos</p> <p>31. Memoriza algunos párrafos de lo que lee</p> <p>32. Utiliza un block de notas para programar sus actividades</p> <p>RELACIONES INTERPERSONALES</p> <p>33. Converse de sus sentimientos (alegrías, tristezas, preocupaciones, etc.) con su pareja</p>		
--	--------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

...van 55

...vienen

		<p>34. Conversa de sus sentimientos con sus hijos</p> <p>35. Conversa de sus sentimientos con familiares, amistades, etc.</p> <p>CIRCULO SOCIAL</p> <p>36. Asiste a fiestas (familiares, polladas, bailes)</p> <p>37. Asiste a reuniones en su comunidad (con los vecinos, colegio, vaso de leche, etc.)</p> <p>38. Participa de actividades</p> <p>39. recreativas (vóley, paseos con su pareja).</p>		
Variables Intervinientes:		Edad	<p>35 a 39</p> <p>40 a 45</p> <p>46 a 55</p> <p>56 a 65</p>	
		Estado Civil	<p>Soltera</p> <p>Casada</p> <p>Conviviente</p> <p>Viuda</p> <p>Divorciada</p>	
		Número de hijos	<p>Ninguno</p> <p>1 Hijo</p> <p>2 Hijos</p> <p>3 Hijos</p> <p>4 Hijos</p> <p>5 Hijos a Más</p>	
		Grado de Instrucción	<p>Analfabeta</p> <p>Primaria</p> <p>Secundaria</p> <p>Superior</p>	
		Menarquia	<p>10 a 12 años</p> <p>13 a 14 años</p> <p>16 a 16 años</p>	

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- A. **TÉCNICA:** Se aplicó la técnica de LA ENTREVISTA que es el método que consiste en obtener información de los sujetos de estudio, sobre opiniones, actitudes o sugerencias.⁽⁸⁴⁾
- B. **INSTRUMENTO:** Se aplicó el CUESTIONARIO que es el método que utiliza un instrumento o formulario impreso, destinado a obtener respuestas sobre la calidad de vida y Prácticas de autocuidado en mujeres en etapa del climaterio y que el investigado o consultado llena por sí mismo. Puede aplicarse a grupos o individuos estando presente el investigador.⁽⁸⁶⁾

3.5.1. CUESTIONARIO SOBRE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO: Instrumento elaborado por Angélica Sandra, Rojas Cabana⁽²⁴⁾ y adaptado por Jarita y Tarqui⁽⁸¹⁾ en Arequipa el año 2016 aplicando el instrumento a enfermeras climatéricas. El cuestionario está constituido por 38 preguntas cerradas y con respuestas politómicas, referidos a la nutrición, actividad física, control médico, psicológico, autoestima, estado de ánimo, función cognoscitiva, relaciones interpersonales y sociales de las cuales para la dimensión biológica constituyen 20 ítems y para la dimensión psicosocial 18 ítems siendo el 50% para ambas dimensiones.

El instrumento consta de las siguientes partes: I, Presentación; II, Instrucciones, acerca de cómo llenar el cuestionario; III, Datos generales; IV, Datos específicos, acerca de las prácticas de autocuidado que realizan las mujeres en su dimensión biológica y psicosocial, finalmente el agradecimiento a la persona entrevistada.

Contiene:

- Puntuación Positiva: 32 preguntas.
- Puntuación Negativa; 6 preguntas.

PUNTUACIÓN POSITIVA		PUNTUACIÓN NEGATIVA	
Siempre	(5)	Siempre	(1)
Casi Siempre	(4)	Casi siempre	(2)
Regular	(3)	Regular	(3)
Casi nunca	(2)	Casi Nunca	(4)
Nunca	(1)	Nunca	(5)

DONDE:

- Puntaje mínimo: $38 \times 1 = 38$
- Puntaje máximo: $38 \times 5 = 190$

Para la evaluación del puntaje total se valoró de acuerdo a lo siguiente:

- ❖ **PRÁCTICAS SALUDABLES.-** Desarrollo óptimo de las prácticas de autocuidado adquiridas por la enfermera en etapa de climaterio, alcanzando un puntaje de 115 a 190 puntos.
- ❖ **PRÁCTICAS NO SALUDABLES.-** Desarrollo deficiente de las prácticas de autocuidado adquiridas por la enfermera en etapa de climaterio, alcanzando un puntaje de 38 a 114 puntos.

Las prácticas de autocuidado consideran las siguientes dimensiones y áreas:

1. **DIMENSIÓN BIOLÓGICA:** Son actividades orientadas a disminuir o evitar las complicaciones de los cambios en la dimensión biológica, considerando áreas de nutrición, actividad física y examen médico, considerándose:
 - Prácticas saludables: 61 - 100 pts.
 - Prácticas no saludables: 20 - 60 pts.
- a) **Nutrición.-** Combinación de procesos por medio de los cuales el organismo recibe y utiliza los alimentos necesarios para mantener sus funciones, para crecer y renovar sus componentes ya que en el climaterio disminuyen las necesidades calóricas, considerándose:
 - Prácticas saludables: 40 - 65 pts.
 - Prácticas no saludables: 13 - 39 pts.
- b) **Actividad física.-** Considera actividad física a aquellos movimientos intencionados que ayuden a conservar la capacidad física y lograr disminuir problemas de salud, considerándose:
 - Prácticas saludables: 07 - 10 pts.
 - Prácticas no saludables: 02 - 06 pts.

- c) **Examen médico.-** Exámenes médicos generales como control de presión arterial, control de peso y autoexamen de mama, mínimo una vez al año, considerándose:
- Prácticas saludables: 16 - 25 pts.
 - Prácticas no saludables: 05 - 15 pts.
2. **DIMENSIÓN PSICOSOCIAL.-** Son aquellas prácticas que la mujer realiza por sí misma y relacionada con la sociedad expresado en áreas como la atención psicológica, autoestima y función cognoscitiva, estado de ánimo, relaciones interpersonales y círculo social, considerándose:
- Prácticas saludables: 55 - 90 pts.
 - Prácticas no saludables: 18 - 54 pts.
- a) **Atención psicológica.-** Incluye a la depresión como principal síntoma de la mujer en la etapa del climaterio por ello es conveniente una consulta a psicología, considerándose:
- Prácticas saludables: 04- 05 pts.
 - Prácticas no saludables: 01 - 03 pts.
- b) **Autoestima.-**Se refiere al respeto por uno mismo la mujer en etapa de climaterio merece que se estime y estar preparada para la menopausia, potenciar hábitos saludables, compartir experiencias, amarse a sí misma, considerándose:
- Prácticas saludables: 13 - 20 pts.
 - Prácticas no saludables: 04 - 12 pts.
- c) **Función cognoscitiva.-**Realizar actividades intelectuales como leer un libro, aprender algo nuevo cada día e intentar memorizar lo leído, utilizar un block o agenda para programar actividades ayudara a mejorar la función cognoscitiva en la etapa del climaterio; considerándose:
- Prácticas saludables: 13 - 20 pts.
 - Prácticas no saludables: 04 - 12 pts.
- d) **Estado de ánimo.-**Cambios en el ánimo; nerviosismo, depresión, ansiedad, trastornos del sueño que incrementan la irritabilidad de la mujer en la etapa del climaterio; considerándose:
- Prácticas saludables: 10 - 15 pts.
 - Prácticas no saludables: 03 - 09 pts.

e) **Relaciones interpersonales y Círculo social.**-Actividades nuevas que se emprendan ayuden a incrementar el círculo de amistad, reuniones con la familia, asistir a reuniones sociales, disponer de más tiempo para cultivar amistades; en la mujer en la etapa de climaterio será el comienzo del resto de su vida; considerándose:

- Prácticas saludables: 13 - 20 pts.
- Prácticas no saludables: 04 - 12 pts.

3.5.1.1. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE PRACTICAS DE AUTOCUIDADO.

Rojas⁽³⁷⁾, obtuvo la validez del instrumento a través del juicio de expertos, quienes conformaron un total de 8 profesionales dedicados al área de estudio, en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (2001), reporto una validez y confiabilidad alta de 0.83, Alpha de Cronbach, además se realizó la prueba piloto en un total de 12 mujeres, a cuyos resultados de aplico la fórmula r de Pearson para determinar la validez interna de cada uno de los ítems.(ANEXO 6)

En la actualidad en Perú se ha aplicado el cuestionario en la ciudad de Lima, Arequipa y Juliaca, por lo que este instrumento es confiable. Aun así se realizó la validez del contenido del instrumento a través de la opinión y análisis de expertos, a los cuales se les proporciono el cuestionario para la revisión y evaluación de los criterios de validez quienes dictaminaron que dicho instrumento que se aplicó ha sido diseñado con el rigor científico pertinente para obtener resultados ajustados a lo que persigue la investigación.(ANEXO 8)

3.5.2. EL CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA.

Instrumento especialmente diseñado para evaluar la calidad de vida en el climaterio, desde la perspectiva propia de las mujeres, ha demostrado poseer todas las cualidades psicométricas necesarias: fiabilidad, validez y sensibilidad.

HILDITCH ET AL⁽⁵⁴⁾, propusieron un acercamiento distinto, directamente orientado a la calidad de vida desde su inicio. El resultado de esta investigación fue el cuestionario específico de calidad de vida, conocida por su sigla inglesa MENQOL (MenopauseQuality of life). Está dividido en cuatro dimensiones, se aplicó el test Alpha de Cronbach presentando una validez y confiabilidad alta de 0,81 a 0,89, ratificándose así una excelente

correlación, lo cual valido la traducción del instrumento al español en Chile por Blumel, Cano y Binfe en el año 2000, aplicado también en la población Mexicana por Fang en el año 2004.

El cuestionario consta de 29 reactivos, con respuestas dicotómicas (si o no), estructurados en 4 dimensiones: Vasomotor (preguntas del 1 al 3), Psicosocial, (Preguntas del 4 al 10), Físico (preguntas el 11 al 26) y Sexual (preguntas del 27 al 30). Se explora la intensidad del síntoma mediante la escala tipo Gutman (0 no molesta y 6 molesta mucho).

Si la respuesta es No	se asigna un puntaje 1
Si la respuesta es Sí y 0	se asigna un puntaje 2
Si la respuesta es Sí y 1	se asigna un puntaje 3
Si la respuesta es Sí y 2	se asigna un puntaje 4
Si la respuesta es Sí y 3	se asigna un puntaje 5
Si la respuesta es Sí y 4	se asigna un puntaje 6
Si la respuesta es Sí y 5	se asigna un puntaje 7
Si la respuesta es Sí y 6	se asigna un puntaje 8

La Calidad de Vida Global se califica de la Siguiete manera:

- a. **Buena Calidad de Vida:** Es cuando la mujer en etapa climatérica presenta un óptimo grado de bienestar y satisfacción en su estado de salud física, psíquica y social, considerándose:
 - Mujeres con pareja: 29 a 115 puntos.
 - Mujeres sin pareja: 26 a 103 puntos.

- b. **Regular Calidad de Vida:** Es cuando la mujer en etapa climatérica presenta un moderado grado de bienestar y satisfacción en su estado de salud física, psíquica y social, considerándose:
 - Mujeres con pareja: 116 a 150 puntos.
 - Mujeres sin pareja: 104 a 135 puntos.

c. **Mala Calidad de Vida:** Es cuando la mujer en etapa climatérica se ve muy afectada en cuanto a su bienestar y satisfacción en su estado de salud física, psíquica y social, considerándose:

Mujeres con pareja: 151 a 232 puntos.

Mujeres sin pareja: 136 a 206 puntos

La Calidad de Vida comprende 4 dimensiones que se calificaron de la siguiente manera:

1. **Dimensión Vasomotora:** Comprende los trastornos hormonales repentinos y bruscos provocados por un desequilibrio neurovegetativo, manifestado por bochornos, transpiraciones nocturnas, transpiraciones excesivas, considerándose:

- Buena: 3 a 9 puntos.
- Regular: 10 a 16 puntos.
- Mala: 17 a 24 puntos.

2. **Dimensión Psicosocial:** Referidos a cambios de carácter, vida personal, ansiedad, la pérdida de la memoria, depresión, preocupación por la salud, necesidad de comprensión, apoyo, considerándose:

- Buena: 7 a 23 puntos.
- Regular: 24 a 40 puntos.
- Mala: 41 a 56 puntos.

3. **Dimensión Física:** Comprende de los cambios en la fuerza y resistencia de la energía, sequedad de la piel, aumento de peso, cambios en la piel, retención de líquido, frecuencia de la orina, incontinencia por esfuerzo, dolores musculares o articulares, dolores de cabeza o nuca, agotamiento, flatulencia, considerándose:

- Buena: 16 a 46 puntos.
- Regular: 47 a 77 puntos.
- Mala: 78 a 128 puntos.

4. **Dimensión Sexual:** Referidos a sequedad vaginal, deseo sexual, relaciones sexuales, considerándose:

- Buena: 3 a 9 puntos.
- Regular: 10 a 16 puntos.
- Mala: 17 a 24 puntos.

3.5.2.1. VALIDEZY CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE CALIDAD DE VIDA DE MENQOL.

El cuestionarioEspecífico de Calidad de Vida de Menqol desde la perspectiva de la mujer climatéricaes uno de los instrumentos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) más utilizados y evaluados aplicables tanto a los pacientes como a la población general. Fue desarrollado en Europa (Austria) y adaptado para su uso en español en Chile al Español por Blumel, Cano y Binfa en el 2000, con la técnica de “bacwardtranslate”, que consiste en traducir un texto y luego un nativo del idioma original lo transcribe nuevamente a esa lengua y posteriormente se vuelve a traducir al español. Con el objetivo de evaluar la consistencia interna del texto traducido, se aplicó el test alfa de Cronbach a las cuatro dimensiones del MENQOL presentando una validez y confiabilidad de 0,81 a 0,89. Lo cual valido la traducción de este instrumento al español.

En la actualidad en Perú se ha aplicado el cuestionario en la ciudad de Arequipa y Trujillo mas no en la ciudad de Juliaca, por lo que la validez del contenido del instrumento se realizó a través de la opinión y análisis de expertos; se entregó a cada experto un cuestionario para la revisión y evaluación de los criterios de validez quienes dictaminaron que dicho instrumento que se aplicó ha sido diseñado con el rigor científico pertinente para obtener resultados ajustados a lo que persigue la investigación.(ANEXO 9).

3.6. PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

COORDINACIÓN:

Se coordinó con el Establecimiento de Salud I – 2 9 de octubre de la ciudad de Juliaca, para la ejecución del trabajo de investigación.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

La selección de 183 mujeres en etapa de climaterio se realizó en el Establecimiento de Salud I– 2 9 de octubre de la ciudad de Juliaca, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión detallados en la pág.51.

APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO:

- Se captó a cada una de las mujeres en etapa de climaterio, en distintos servicios del Centro de Salud I-2 “9 de octubre” – Juliaca.
- A cada una de las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión, se le dio a conocer los objetivos y la forma de su participación en el estudio, consiguiendo mediante la firma el consentimiento libre e informado.
- Se procedió a aplicar las guías de entrevista, que duro de 20 a 30 minutos aproximadamente en cada mujer de la muestra, loas ambientes que se utilizaron fueron el pasadizo y jardín del Establecimiento de Salud, cabe recalcar que no se tuvo limitaciones en cuanto al ruido e iluminación de estos ambientes.
- Luego se les aclaro dudas que se encontraron durante el transcurso de la entrevista, como las adecuadas Prácticas de Autocuidado Saludable y todo el Proceso de la Etapa de Climaterio
- Finalmente se agradeció a todas las mujeres entrevistadas por su tiempo y colaboración.

3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Al término de la ejecución y obtención de datos se procedió a realizar las siguientes acciones:

- Codificación del instrumento con los datos recolectados.
- Los datos obtenidos fueron ingresados a una base de datos y se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 25
- Se aplicó la estadística descriptiva y para la comprobación de la hipótesis será con estadística inferencial mediante el análisis multivariado de r de Pearson.
- Finalmente, los resultados se presentaron en tablas estadísticas.

3.8. ALCANCES Y LIMITACIONES

A. ALCANCES

Los resultados podrán generalizarse a la población de estudio con características similares.

B. LIMITACIONES

- En lo que respecta a la calificación de mujeres “con pareja” y “sin pareja” de Calidad de Vida, se consideró mujeres “sin pareja” a las que manifestaron estar solteras. Debido a que es un indicador complicado de delimitar.
- Por otro lado, en cuanto a la calificación del Instrumento de Prácticas de Autocuidado específicamente en la función cognoscitiva (preguntas 23, 24 y 25), se realizó el procesamiento de datos sin considerar los puntajes establecidos, para las mujeres con grado de instrucción – analfabetas

CAPITULO IV:

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

OG

TABLA 1

RELACION ENTRE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES EN ETAPA DEL CLIMATERIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 09 DE OCTUBRE JULIACA 2017

PRACTICAS DE AUTOCUIDADO	CALIDAD DE VIDA								r de Pearson
	Buena		Regular		Mala		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Dimensión biológica:									
Saludable	0	0.00	17	9.29	36	19.67	53	28.96	-0,455
No Saludable	48	26.23	49	26.78	33	18.03	130	71.04	
Total	48	26.23	66	36.07	69	37.70	183	100.00	
Dimensión psicosocial									
Saludable	12	6.56	40	21.86	21	11.48	73	39.89	0,164
No Saludable	14	7.65	43	23.50	53	28.96	110	60.11	
Total	26	14.21	83	45.36	74	40.44	183	100.00	

Fuente: Matriz de Datos

P<0,05 (p=0,000 p=0,032)

La tabla presentada muestra la relación entre las prácticas de autocuidado y calidad de vida; se observa que en la dimensión biológica el 26.78% tiene prácticas no saludables sin embargo si presentan Regular calidad de vida; en la dimensión psicosocial el 28.96% realizan prácticas de autocuidado no saludables y presentan Mala calidad de vida.

Según la prueba de Chi cuadrado de Pearson, se observa que entre las Prácticas de Autocuidado y Calidad de Vida existe relación significativa; en la dimensión biológica y la calidad de vida se observa correlación moderada con una r de Pearson negativa de -0,455, mientras que en la dimensión psicosocial y la calidad de vida una presenta correlación baja, con una r de Pearson positiva de 0,164; por consiguiente se afirma que existe una relación estadística significativa de (p=0,000; p=0,032) (p<0.05), por lo que se acepta la hipótesis.

OE₁

TABLA 2:
DIMENSIÓN BIOLÓGICA Y PSICOSOCIAL DE LAS PRÁCTICAS DE
AUTOCAUIDADO DE MUJERES EN LA ETAPA DE CLIMATERIO -
ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-2 09 DE OCTUBRE JULIACA 2017

DIMENSION BIOLOGICA	N°	%
Prácticas Saludables	53	28.9
Prácticas no Saludables	130	71.3
TOTAL	183	100%
DIMENSION PSICOSOCIAL	N°	%
Prácticas Saludables	73	39.8
Prácticas no Saludables	110	60.1
TOTAL	183	100%

Fuente: Matriz de Datos

En la presente tabla se observa que el 71.3% de la población presenta prácticas no saludables y 28.9% con prácticas saludables, éstos indicarían que la mayor parte de mujeres en etapa de climaterio no garantizan adecuadas prácticas de autocuidado en su dimensión biológica.

En cuanto a la Dimensión Psicosocial se verifica que el 60.1% de la población presenta prácticas no saludables y un 39.8% con prácticas saludables, por lo que se afirma que la mayoría de las mujeres en etapa de climaterio no adoptan prácticas de autocuidado en su dimensión psicosocial.

OE₁

TABLA 3:

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO POR DIMENSIONES Y ÁREAS DE MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO - ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-2 09 DE OCTUBRE JULIACA 2017.

PRACTICAS DE AUTOCUIDADO: DIMENSIONES Y AREAS	PRÁCTICAS NO SALUDABLES		PRÁCTICAS SALUDABLES		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
DIMENSION BIOLÓGICA						
Nutrición	94	51.3	89	48.7	183	100
Actividad Física	75	41.0	108	59.0	183	100
Exámen Médico	124	67.7	59	32.3	183	100
DIMENSIÓN PSICOLÓGICA						
Atención Psicológica	109	59.5	74	40.5	183	100
Autoestima	76	41.5	107	58.5	183	100
Estado de ánimo	124	67.7	59	32.3	183	100
Función Cognoscitiva	66	36.0	117	64.0	183	100
Relaciones Interpersonales	101	55.1	82	44.9	183	100
Círculo Social	103	56.2	80	43.8	183	100

Fuente: Matriz de Datos

En la presente tabla de dimensión biológica, se observa que las mujeres climatéricas presentan prácticas saludables en el área de actividad física con un 59.0%. En cuanto a nutrición y examen médico con un 51.3% y 67.7% respectivamente realizan prácticas no saludables.

En cuanto a la dimensión psicosocial se observa que, en las áreas de autoestima, función cognoscitiva con un 58.5% y 64.9% respectivamente poseen prácticas saludables. Mientras que en las áreas como atención psicológica, estado de ánimo, relaciones interpersonales y círculo social cada una con 59.5%, 67.7%, 55.1% y 56.2% respectivamente evidencian prácticas no saludables.

OE₂

TABLA 4:
CALIDAD DE VIDA POR DIMENSIONES EN MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 09 DE OCTUBRE JULIACA 2017

CALIDAD DE VIDA	N°	%
DIMENSION VASOMOTORA		
Buena	27	14.75
Regular	52	28.41
Mala	104	56.83
DIMENSION PSICOSOCIAL		
Buena	19	10.38
Regular	105	57.37
Mala	59	32.24
DIMENSION FISICA		
Buena	28	15.30
Regular	92	50.27
Mala	63	34.42
DIMENSION SEXUAL		
Buena	28	15.30
Regular	83	45.35
Mala	102	55.73
TOTAL	183	100

Fuente: Matriz de Datos

En la presente tabla observamos la Calidad de vida por dimensiones, se evidencia que la población de estudio en las dimensiones psicosocial y física con 57.37% y 50.27% respectivamente, mantienen una regular calidad de vida; en cuanto a la dimensión vasomotora y sexual con 56.83 y 55.73% respectivamente presentan una mala calidad de vida; debe señalarse que la dimensión que presenta mayor inferencia de calidad de vida es la psicosocial y la dimensión con menor inferencia de calidad de vida es la física y sexual.

OE₃

TABLA 5:
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.
ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-2 09 DE OCTUBRE JULIACA 2017

CARACTERÍSTICAS		N°	%
EDAD	35 a 39 años	83	45.0
	40 a 45 años	40	22.0
	46 a 55 años	41	23.0
	56 a 65 años	19	10.0
	TOTAL	183	100.0
ESTADO CIVIL	Soltera	12	6,0
	Casada	71	39.0
	Conviviente	82	45.0
	Viuda	15	8.0
	Divorciada	3	2,0
	TOTAL	183	100.0
NUMERO DE HIJOS	Un hijo	27	15,0
	Dos hijos	34	18.0
	Tres Hijos	55	30.0
	Cuatro hijos	49	27,0
	Cinco hijos a más	18	10,0
	TOTAL	183	100.0
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeta	21	11.0
	Primaria	71	39.0
	Secundaria	77	42.0
	Superior	14	8.0
	TOTAL	183	100.0
MENARQUIA	10 a 12 años	62	34,0
	13 a 14 años	81	44.0
	15 a 16 años	40	22,0
	TOTAL	183	100.00

Fuente: Matriz de Datos

En la presente tabla, se observa que el mayor porcentaje de mujeres climatéricas 45.35% se encuentra en el rango de edades de 35 a 39 años, el estado civil que predomina son conviviente 44.80%, el número de hijos que resalta son de tres 30.05%, grado de instrucción es secundaria 42.07%, menarquia de 13 a 14 años.

4.2. DISCUSIÓN

En la etapa de climaterio ocurren cambios hormonales que ocasionan alteraciones biológicas, psicosomáticas y emocionales que suelen verse reflejados en la conducta, comunicación y relación de la mujer con los demás. ⁽⁸⁷⁾ Es por ello que se amerita darle importancia ya que entrar al climaterio no significa el fin de la vida de la mujer, es una etapa de la mujer que debe tenerse en cuenta para seguir conservando y practicando un autocuidado saludable y así mantener una buena calidad de vida, en este estudio de investigación se encontró que las Prácticas de autocuidado tienen relación con la calidad de vida en mujeres en etapa de climaterio. El 71.3% de la población presenta prácticas no saludables y un 28.9% con prácticas saludables en su dimensión biológica; asimismo el 60.1% de la población presenta prácticas no saludables y un 39.8% con prácticas saludables en su dimensión psicosocial. Ahora bien, en la Tabla 1 de la presentación de resultados, se observa que 26.23% de la población presentan prácticas no saludables, en la dimensión biológica y 7.65% presentan prácticas no saludables, en la dimensión psicosocial. Sin embargo todas estas presentan una Buena Calidad de Vida, esto se debe a que el Instrumento de MENQOL ⁽⁵⁴⁾, evalúa 4 dimensiones dentro de las cuales los menos afectados son: la dimensión sexual y psicosocial, entonces este porcentaje de la población se encuentra beneficiado en ambas dimensiones; en cuanto a los puntajes establecidos por el instrumento. De igual manera los resultados de Burgos ⁽⁷⁸⁾ se asemejan al presente estudio, ya que en su estudio se encontró que el nivel de acciones de autocuidado fue inadecuado en el 67 % de las mujeres durante el climaterio; mientras que solo el 33 % presentaron acciones de autocuidado adecuada.

Por su parte para el estudio de Quispe y Hanco ⁽⁸²⁾, encuentra en su estudio que el 50.5% presentaron una práctica de autocuidado saludable y en 49.5% una práctica de autocuidado no saludable. Mientras que para Jarita y Tarqui ⁽⁸¹⁾, en su población de estudio nos indica que el 62.65% si tienen prácticas saludables mientras que un 37,35% tienen prácticas no saludables, al analizar estos datos evidenciamos que existen factores como las características personales que tienen un elevado grado de influencia en este estudio.

En esta perspectiva en el presente estudio también se evidencia que las mujeres climatéricas presentan prácticas saludables en el área de actividad física con un 59.0%. En cuanto a nutrición y examen médico con un 51.3% y 67.7% respectivamente realizan prácticas no saludables. Todo lo contrario para Barrientos ⁽⁷²⁾, que evidencia en las prácticas de autocuidado, la mayoría de las mujeres asiste a control ginecológico (79,0%), consume alimentos saludables durante la semana (66%), evita el consumo de alcohol (64,5%) y cigarrillo (71,0%) y no utilizan medidas farmacológicas (79,0%) .

Según el estudio de Villalobos⁽⁸⁰⁾, las prácticas de autocuidado saludables que predominaron en su estudio fueron; el no consumo de cigarrillos y alcohol, consumo de lácteos, frutas y verduras, haberse realizado controles de peso, presión arterial y las prácticas de autocuidado no saludables con más predominio fueron; el no consumo de suplemento de calcio, el consumo frecuente de café y té, nunca haber realizado ejercicios físicos durante un hora, no haberse realizado despistaje de cáncer mamario y despistaje de cáncer cérvico-uterino una vez por año.

En cuanto a la variable de calidad de vida se evidencia que la población de estudio en las dimensiones como vasomotora, psicosocial, física y sexual con vasomotora, psicosocial, física y sexual con 56,83%; 57,37%; 50,27%; 55,73%, mantienen entre una mala y regular calidad de vida; debe señalarse que la dimensión que presenta mayor inferencia de calidad de vida es la psicosocial y la dimensión con menor inferencia de calidad de vida es la dimensión física y sexual. Todo lo contrario para Capriles, C. ⁽⁷⁴⁾ concluye que los síntomas que más afectan la calidad de vida de las profesionistas son la psicosocial y la física y conforme se avanza en la etapa se registra mayor alteración en síntomas e intensidad.

En los resultados del estudio de Peña, C. ⁽⁷⁵⁾ se evidencia que las mujeres en la etapa de climaterio presentan una pérdida moderada de la calidad de vida está representada por un 40%, pérdida leve 35%, pérdida importante 5% y sin cambios en la calidad de vida 20%. En las dimensiones la pérdida fue moderada en el nivel somático con un 40%, psíquica 45% y urogenital 55%. La Calidad de Vida de mujeres en etapa de climaterio en una Unidad del Primer Nivel de Atención de Salud Manchay muestra una pérdida moderada, siendo la dimensión urogenital la que alcanzó el mayor porcentaje en pérdida moderada de

calidad de vida. Al comparar con los resultados encontrados en el presente proyecto se puede afirmar que los resultados poseen gran similitud con el presente estudio. Por su lado para Gutiérrez, HF. ⁽⁷⁶⁾ sus resultados muestran que 126 pacientes (31,8%) tiene un deterioro severo de su calidad de vida, siendo el dominio urogenital el más afectado. Mientras tanto Campos, D. ⁽⁷⁷⁾ en su estudio encontró que aquellos que gozan de buena salud general (94,7%); en tanto en la función física en mayor frecuencia (44,7%) se aprecia limitación de actividades diarias en escala de valoración leve, es decir la calidad de vida en etapa de climaterio se ve afectado a este nivel. En el componente psicológico se encontró alta frecuencia de buena salud mental en (93,4%), asimismo el (98%) tienen auto concepto positivo, vitalidad conservada (87,5%). En el componente social de la calidad de vida existe una mayor frecuencia de relaciones interpersonales adecuadas con su entorno (71,1%). El estudio concluye que la calidad de vida en la etapa de climaterio se ve significativamente afectada principalmente en el componente físico: función física y dolor corporal. Sin embargo en el componente psicológico y social no se aprecian alteraciones frecuentes.

Para Maquera, P.K. ⁽⁷⁹⁾ en sus resultados muestra que un grupo de mujeres climatéricas presentan una calidad de vida buena con (45%), seguido de un (36%) lo presentan con una calidad de vida baja. Las que presentan calidad de vida buena, presentan un nivel de autoestima baja con un mayor porcentaje de (62,22%) y las que refieren una calidad de vida alta tiene un autoestima media baja (57,89%) y lo mismo con un (44,44%) en la mujeres con calidad de vida baja.

Por otro lado para el estudio de Quispe F. Hanco C. ⁽⁸²⁾ La calidad de vida, en las dimensiones como la funcionalidad física y la funcionalidad social, presentaron una regular calidad de vida, en las limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos entre buena y mala calidad de vida, en las limitaciones del rol atribuidos por problemas emocionales presentaron una mala calidad de vida, en el estado mental, energía y fatiga presentaron un nivel regular de calidad de vida, en la dimensión dolor presentaron un nivel regular calidad de vida, en la percepción de la salud en general tuvieron una regular calidad de vida. Este estudio se asemeja a los resultados encontrados en el presente estudio, esto puede deberse a factores culturales, ecológicos, sociales, entre otros que atraviesan las mujeres climatéricas de la población juliaqueña.

Según Li ⁽⁸⁸⁾, para algunas mujeres las sintomatologías vasomotoras no representan un problema durante el climaterio, porque son de poca duración y buscan formas de afrontamiento para poder controlarlos, para otro grupo los síntomas climatéricos y principalmente los vasomotores influyen negativamente en la calidad de vida.

En cuanto a la sexualidad se deteriora significativamente en las mujeres durante el climaterio ⁽⁸⁹⁾. Las alteraciones más frecuentes son la disminución del deseo sexual, trastornos de la excitación, dispareunia y la incapacidad de alcanzar el orgasmo ⁽⁹⁰⁾. Se estima que más de la mitad de las mujeres presenta disfunciones sexuales, lo que aumentaría con la edad ⁽⁹¹⁾.

La libido es compleja de evaluar, ya que depende del estado psicológico de la mujer, las expectativas de sus encuentros sexuales y de la relación con su pareja, entre otros factores. Según algunos autores, la disminución de la libido es el problema más común en las mujeres climatéricas ⁽⁹²⁾. Se ha observado que factores predictores de disminución de la libido son la sequedad vaginal y tener niños menores de 18 años viviendo en casa, lo que confirma que la noción de sexualidad femenina está altamente ligada a factores psicosociales y la deficiencia de afrontamiento hacia ello. ⁽⁹³⁾

La actividad sexual disminuye con la edad ⁽⁸⁹⁾, se describe que las mujeres de mayor edad evitan tener relaciones sexuales ⁽⁸⁸⁾ y el porcentaje de mujeres sexualmente activas disminuye a la mitad entre los 40 y 60 años. Este fenómeno puede explicarse por las disfunciones sexuales en la mujer, impotencia de la pareja, abstinencia por enfermedad de uno o ambos, entre otros factores. ⁽⁹⁴⁾

En cuanto a las características personales en el presente estudio concluye que la edad 45,35% tiene de 35 a 39 años, estado civil 44,80% es conviviente, grado de instrucción 42,07% es secundaria, en número de hijos el 30,05% tienen tres hijos ParaGutiérrez, HF ⁽⁷⁶⁾. refiere que la edad, grado de instrucción, número de hijos y la presencia de alguna enfermedad influyen en el deterioro de la calidad de vida y recomienda realizar estudios para evaluar beneficios de la terapia de reemplazo hormonal en mujeres durante el climaterio.

Por su parte Palacios. ⁽⁹⁵⁾ Diversas investigaciones han establecido una relación entre la maternidad y un mayor o menor riesgo de sufrir diferentes problemas de salud. El riesgo de que su suelo pélvico quede debilitado es más alto y, por tanto, tienen más posibilidades de sufrir trastornos como incontinencia, prolapso genital, riesgo de tumor de cuello uterino, sequedad de la piel, aumento de peso, ansiedad, depresión, irregularidades menstruales y sudoraciones y sofocos prematuros, este muchas veces debido a la acumulación de estrés y ansiedad por parte de muchas mujeres. Según lo expuesto es evidente que la mujer pone en gran riesgo su salud y calidad de vida en relación con la maternidad.

Sin embargo para Ballesteros, A. ⁽⁹⁶⁾ “el estilo de vida es importante, se considera que ha de ser saludable para que la fertilidad funcione” y añade que en muchos casos los hábitos negativos “son problemas subsanables, pero hay que tener en cuenta que influyen de forma distinta en el hombre que en la mujer”, esto quiere decir que las prácticas de autocuidado de la mujer son sumamente importantes en todo aspecto.

Por su parte el grado de instrucción de las madres proporciona una mejor calidad de vida para los miembros de su familia y ella misma, ya que, por medio del proceso educativo, se adquieren capacidades y conocimientos que se aplican en la vida diaria. La mayoría de la población en estudio tienen grado de instrucción secundario, condición intelectual que le permite conocer, interpretar y comprender la información en salud que le llega a través de diferentes medios, condición que en cierta manera ayudaría a proporcionar una mejor calidad de vida y prácticas de autocuidado saludables para ella y el resto de los miembros de su familia. ⁽⁹⁷⁾

CONCLUSIONES

PRIMERA: La relación entre Prácticas de autocuidado con la calidad de vida según la prueba de chi cuadrado de Pearson, es estadísticamente significativa, por lo que se estaría comprobando la hipótesis planteada.

SEGUNDA: Las Prácticas de autocuidado en mujeres en la etapa del climaterio en la dimensión biológica y psicosocial y en sus respectivas áreas, evidencia que la mayor parte de mujeres climatéricas realizan prácticas no saludables, en efecto existe una alta probabilidad de afectar su salud, bienestar y por ende su calidad de vida.

TERCERA: En relación a la calidad de vida y sus dimensiones: vasomotora, psicosocial, física y sexual, se refleja que la mayor parte de mujeres en etapa de climaterio mantienen entre mala y regular calidad de vida.

CUARTA: En la población de estudio la edad predominante oscila entre 35 a 39 años, la mayoría de las mujeres presenta estado civil conviviente, con tres hijos, grado de instrucción predominante es secundaria, la menarquia en su mayoría la tuvieron a la edad de 13 a 14 años.

RECOMENDACIONES

A LAS MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO DEL CENTRO DE SALUD I-2 “9 DE OCTUBRE” DE LA CIUDAD DE JULIACA.

- Comprometerse a mejorar sus Prácticas de Autocuidado mediante la asistencia y Prácticas en sus respectivos hogares de los Talleres Educativos que el Establecimiento de Salud u otras Instituciones les brinden, con el fin de conocer sobre la Importancia del Autocuidado ya la vez distribuir estos conocimientos a otras mujeres, para poder alcanzar una buena Calidad de Vida y así poder mejorar diferentes aspectos de su vida diaria y disminuir Enfermedades metabólicas, osteoarticulares, cardiovasculares, oncológicos, entre otros.

A LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD – PROGRAMAS:

- Fortalecer y/o Crear un Programa específicamente diseñado para las mujeres en etapa de climaterio, a través de la participación activa de los Profesionales de Enfermería de la mano con otras especialidades.

A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-2 “9 DE OCTUBRE” DE LA CIUDAD DE JULIACA.

- Implementar talleres educativos a todas las mujeres que acudan al establecimiento de salud, sobre Prácticas de autocuidado saludable, importancia de una buena calidad de vida, prevención de enfermedades neoplásicas, cambios en las etapas de vida de la mujer y el afrontamiento eficaz a cada una de ellas, entre otros.
- ✓ El profesional de enfermería debe promover en la mujer en etapa de climaterio desarrollar actividades físicas, los controles por el ginecólogo y psicológico. Sugerir a la mujer en etapa de climaterio la continuidad y responsabilidad de su actividad sexual y mejorar el entorno social, familiar y de trabajo.

A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

- Capacitar y sensibilizar a toda la población femenina de la facultad sobre la importancia de las prácticas de autocuidado saludable y la importancia de una buena calidad de vida durante la etapa de climaterio con la finalidad de que cada una de ellas ya sean: estudiantes, egresadas o docente mejoren su autocuidado y calidad de vida, puesto

que enfermería constituye un recurso valioso en salud para la población, lo cual requiere ejercer su labor con las mejores condiciones, para de este modo conservar su salud y así poder cuidar la salud de los usuarios a su cargo.

A LOS ESTUDIANTES Y BACHILLERES DE ENFERMERÍA

- Distribuir a la sociedad femenina información sobre la importancia de las prácticas de autocuidado saludable y así prevenir una serie de complicaciones que se manifiestan en la mujer en la etapa de climaterio.
- Realizar estudios comparativos, cuasi experimentales, experimentales con diferentes características en lo social, cultural y económica; para encontrar aspectos relacionados con autocuidado y métodos de mejora para esta misma, y posteriores efectos en la calidad de vida de las mujeres que se encuentran en la etapa de climaterio, además de obtener mayor conocimiento de la población de estudio.(ANEXO 7)

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Rivero, M. S, Borrás, V. J. J. Instituto de Psicología, Sexología y Medicina Espili. [en línea], 2000. Disponible en: <http://www.Espili.org.com.puelva salud>.
2. Dalbert, D. Enfoque Holístico del Climaterio. Revista Nuestro Hospital [en línea]. 1997 [18 de setiembre 2018]; 1 (2): 1-5 Disponible en: http://www.hospitalposadas.gov.ar/.../revistadig/...1_2_climaterio.pdf.
3. Wolf, B. Fundamentos de enfermería. México: 4^{ta} ed. Ed Harla Pág. 45. 1992.
4. Gori R, Lorruso A. Ginecología De Gori - Etapas evolutivas biológicas de la mujer y de la personalidad femenina. Buenos Aires: 3ra Ed El Ateneo; 2012.
5. Salvador J. S. Climaterio y Menopausia. Revista peruana de Ginecología y Obstetricia [en línea]. 2008. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol54_n2/pdf/a03v54n2.pdf.
6. Riguete S. G. Faria S.M. Silveira Fazoli K.L. Halász F. Antunes E. “El vivir de las mujeres en el climaterio Rio de Janeiro”. Brasil; 2012.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar – ENDES 2017. Nacional y Departamental. [en línea]. Lima Perú, 2017. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1199/libro.pdf
8. Notelovitz M. Menopausia y Climaterio. Revista La Patria [en línea]. 2016. [14 de enero del 2018]. No.13. Disponible en: <http://lapatriaenlinea.com/?t=a-qua-es-el-climaterio¬a=247223>.
9. Tobón O. Autocuidado una habilidad para vivir. Universidad de Caldas [Internet]. 2012; 1-12. Disponible en: <http://www.alcoholinformate.com.mx/AUTOCUIDADO.pdf>
10. Ministerio de Salud. Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad. Perú: MINSA; 2011. Documento técnico. Disponible en: <http://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf>.

11. Prado LA, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Medica Electrónica. [en línea]. Dic2018; 36(6): 835-845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242014000600004&lng=es.
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar – ENDES 2014. Nacional y Departamental. [en línea]. Lima Perú, 2015. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1199/libro.pdf
13. Carulla, S. Longevidad. Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida Editorial Médica Panamericana, 2004.
14. Ortiz N. Mariño C. Méndez B. Olarte N. Blumel J. Deterioro de la Calidad de Vida durante el Climaterio. Editorial Colombiana, 7(2),201-210, 2001.
15. Perú al Día [en línea]. Perú:Calidad de vida en la ciudad y sus grados de calificación. Disponible en: <http://perualdia.net/calidad-de-vida-en-la-ciudad-y-sus-grados-de-calificacion/>
16. Ministerio de Salud del Perú. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva Climaterio y Menopausia, Lima. 2004. Disponible en: bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf.
17. Ministerio de Salud del Perú. Análisis de Situación de Cáncer en el Perú - casos registrados de Cáncer por localización topográfica y sexo, Puno. 2013.
18. Orem, E. Teoría del Autocuidado. Madrid: Masson; 1993.
19. Ministerio de Salud. Cuidado y Autocuidado de la salud. Personas adultas mayores MINSA. Rotafolio documento técnico; 2009. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/adulto/materiales/rotafolio.pdf>

20. Uribe T. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Universidad de Antioquia. Investigación y Educación en enfermería [en línea]. 2011. 17(2): 89-118. Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/16870>.
21. Ministerio de Salud. Cuidado y Autocuidado de la salud. Personas adultas mayores MINSA. Rotafolio documento técnico; 2009. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/adulto/materiales/rotafolio.pdf>
22. Poletti, R. Cuidados de enfermería – tendencias de conceptos actuales. Barcelona: Editorial española OL, Pág.: 147; 1980.
23. Sánchez R. Modelos de enfermería. Barcelona: Revista Rol. Enfermería Vol. 22.Nº 4. Pág.: 309 – 311. G; 1999.
24. Rojas A. Prácticas de autocuidado que realizan las mujeres pre menopáusicas del asentamiento Humano Cerro el Sauce del distrito de San Juan de Lurigancho. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2685/1/Rojas_ca.pdf.
25. Gonzales A. y Col. Educación y salud en una sociedad globalizada. España. Editorial Universidad de Almería. Pág. 413; 2015.
26. Soriano E. y col. Retos actuales de educación y salud transcultural-I. España: Editorial Universidad de Almería; 2014.
27. Palencia Y. Alimentación y Salud: Claves para una buena alimentación. [10 de setiembre 2018]. Disponible en: <http://www.unizar.es/mednaturista/Alimentacion%20y%20Salud.gdf>.
28. Diario la República [en línea]. Perú: Alimentación en el climaterio. Disponible en: <http://larepublica.com.pe/06-10-2013/alimentacion-en-el-climaterio>.
29. González R. Nutrición en el climaterio. [10 de setiembre 2018]. Disponible: <http://www.revistafm.es/uQload/401cheros/noticias/210014/03nutricion>.
30. Gori R, Lorruso A. Ginecología De Gori - Etapas evolutivas biológicas de la mujer y de la personalidad femenina. Buenos Aires: El Ateneo 3ra Ed; 2012.

31. Asociación Española para el estudio de la Menopausia. El uso de fitoestrogenos en la menopausia. España: AEEM; 2010. Disponible en: http://www.aeem.es/documentos/guias/guia_FINAL_040506.pdf.
32. Guerrero D. Conocimientos y Autocuidado en la Menopausia en Mujeres de la Parroquia Paquisha. [Tesis de Pregrado]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2012. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/4042>.
33. Davis S, Lambrinoudaki I, Lumsden M, Mishra G, Pal L, Rees M. Menopausia: una puesta al día en profundidad. Rev. Intramed [en línea] 2015. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=8686>.
34. Legorreta D. Atención de los síntomas psicológicos durante el climaterio femenino. Avances en psicología latinoamericana. vol25(1)/pp 44 a 51/2007. Bogotá, 2007. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v25n1/v25n1a5.pdf>.
35. Goberna J. Promoción de la salud en climaterio. Matronas Profesión [en línea]. 2010.[04 de julio del 2018]; 8:4-12. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7532/173/promocion-de-la-salud-en-el-climaterio>.
36. Couto D, Napoles D. Aspectos sociopsicologicos del climaterio y la menopausia. MEDISAN [en línea]. 2014. 18(10): 1398-98. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-3019201400100001.
37. Couto D, Nápoles D. Síndrome climatérico en mujeres de edad mediana desde un enfoque médico social. MEDISAN [en línea].2012. 16(8): 1185-1194. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192012000800001&lng=es.
38. Estudio y tratamiento de mujeres en el climaterio y la posmenopausia. punto de vista de la asociación mexicana para el estudio del climaterio, Rev. Ginecología Obstetricia México [en línea]. 2010. 78(8): 423-440. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom108e.pdf>.
39. Ambrojo R. Manual CTO Oposiciones De Enfermería - Tema 35: Cuidados a la mujer en el climaterio. España. Editorial CTO. Pág. 6. 2012.

40. Bocchino S. Aspectos Psiconeuroendocrinos de la perimenopausia, menopausia y climaterio. Uruguay. Revista de Psiquiatría. Vol. 70, N° (1): Págs. 66-79. 2006.
41. Arriagada M. Recomendaciones de tratamiento en la menopausia. Chile. Rev. Chilena obstetricia ginecológica. Vol. 70, N° (5): Págs. 340 a 345. 2005.
42. Navarro A. El libro de la memoria. España. Ediciones. B.S.A. 1ra Edición. Op. Cita (70) Pág. 6; 2014.
43. “The Female Patient y the North American Menopause Society”. Lo que Usted Debe Saber Sobre la Memoria y la Concentración a la Mediana Edad. [en línea]. 2010 .[10 de agosto 2018]. Disponible en: <https://www.menopause.org/docs/default-documentlibrary/cogsp.pdf?sfvrsn=2>.
44. Rondón, M. Aspectos sociales y emocionales del climaterio: Evaluación y manejo, en Revista Peruana de Ginecología/ Obstetricia. Vol. 54, N° (2): Pág. 103. Perú, 2008.
45. Martínez M. Escobar T. Soriano C. Autocuidado de mujeres en etapa de menopausia en Toluca. México; 2008.
46. Espinosa H. Oscar M. Enfoques, teorías y nuevos rumbos del concepto calidad de vida. Noticias de Antropología y Arqueología. 2000. [18 de agosto 2018]; (54). Disponible en: www.naya.org.pe.
47. Alguacil G.J. La Calidad de Vida como Síntesis de la Complejidad. 1998. [18 de agosto 2018]; No. 1. Disponible en: http://habitat.aq.upm.es/cvpu/acvpu_7.html.
48. Rodríguez R, Borja E. Aspectos psicológicos del climaterio. Jornadas ginecológicas del levante almeriense. [en línea]. España; 2010. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/tcg/documentos/Protocolos/0Medicos%20A.P/Psicologia%20en%20Climaterio.pdf>.
49. Monterrosa A. Calidad de vida en la Menopausia. En: Calidad de vida y aspectos terapéuticos en el climaterio. Calidad de vida y climaterio. [en línea]. Colombia; 2012. p. 299-306. Disponible en: <http://132.248.9.34/hevila/Medunab/2010/vol13/no3/3.pdf>.

50. Manson ME. Sexualidad y Afectividad en el Climaterio. *Matronas Profesión* [en línea]. 2003. [18 de agosto 2018]; (8): 13 – 20. Disponible en: www.federacionmatronas.org/rs/453/.../es.../vol3n8pag13-20.
51. Campodónico I. Nomenclatura, conceptos y definiciones en el Climaterio. En *Menopausia y Longevidad*. Chile. Sociedad Chilena de Climaterio; 90-99; 1999.
52. Gómez E. Menopausia. *Salud Genitourinaria. Educación Sanitaria*. España. 2010. Disponible en: <http://www.dfarmacia.com>.
53. Cella D. Quality of life: Concepts and Definition *Journal of Paliative Care*. EE.UU. 2, 86-92; 1992.
54. Hilditch JR. Lewis J. Peter A. A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. España. *Maturitas*, 24:161-75; 1996. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol49_n3/pdf/A03V49N3.pdf
55. Cella D. Desarrollo y Validación de un Instrumento de Calidad de Vida. 1992. Disponible en: <http://www.insp.com.mx>.
56. Capote M. Segredo A. Gómez O. Climaterio y Menopausia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. [en línea]. 2011. Vol.27 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400013.
57. Berek J. *Ginecología de Novak*. México. Editorial McGraw-Hill. 13a edición; 2003.
58. Salvador J. Climaterio y Menopausia. *Revista peruana de Ginecología y Obstetricia* [en línea]. 2008. [18 de agosto 2018]. No. 54:61-78. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol54_n2/pdf/a03v54n2.pdf.
59. Buckler H. The Menopause Transition: endocrine changes and clinical symptoms. *J Br Menopause Soc*. 11: 61-65; 2005.
60. Northrup C. *The Wisdom of Menopause*. New York: Bantam Books; 2002.
61. Larrocca, P. Climaterio e influencias socio-culturales. Percepción y significado del climaterio en mujeres argentinas residentes en la Zona Norte del Gran Buenos Aires. [Tesis de Doctorado]. Argentina: Universidad de Palermo; 2013.

62. Di Segni D. Depiano E. ¿Hace calor o soy yo? Todas las preguntas sobre climaterio y hormonas. Todas las respuestas del médico. Buenos Aires: Sudamericana; 2002.
63. Varela G. Guía de alimentación y menopausia. España: Italfarmaco; 2008. Disponible en:<http://www.flaviamenopausia.com/documents/13060/14475/Gu%C3%ADa+de+la+Alimentaci%C3%B3n+y+la+Menopausia+-+M%C3%B3dulo+1.pdf/95fbbfe8-82a2-4653-9f13-84ba4c7ddf26>.
64. Lugones B. Quintana R. Cruz O. Climaterio y Menopausia: importancia de su atención en el nivel primario. Cuba. Rev. Cubana Médica; 1997. Recuperado de www.gineconet.com.
65. Lowdermilk J. Enfermería materno infantil. México: Harcourt Océano; 2010.
66. Hernández B. ¿Qué es el climaterio y qué es la menopausia? . México; 2010. Recuperado de www.insp.mx/salud/index.htm.
67. Salvador J. Climaterio y Menopausia. Revista peruana de Ginecología y Obstetricia [en línea]. 2010. [18 de agosto 2018]. No. 54:71-8. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol54_n2/pdf/a03v54n2.pdf.
68. López F. Soares D. Tanaka A. Calidad de vida de mujeres en fase de transición Menopáusica evaluado por la Menopause Rating Scale (MRS) Rev.ChilObstetGinecol [en línea] 2010 [18 de agosto 2018]. 75(6): 375 - 382 Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717>.
69. Ambrojo R. Cuidados a la mujer en el climaterio, manual de oposiciones de enfermería. España: 1ªEd.España; 2012. Disponible en: http://www.ctoenfermeria.com/ALUMNO_EIR12/PDF/2012/MATERIALES/OPM/manual/Tema_35_OPE_MADRID_12%20WEB.pdf.
70. Couto D, Nápoles D. Síndrome climatérico en mujeres de edad mediana desde un enfoque médico social. MEDISAN [en línea]. 2012.[18 de agosto 2018]. No. 16(8): 1185-1194. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000800001&lng=es.

71. Araya A, Urrutia M, Cabieses B. Climaterio y Postmenopausia: Aspectos educativos a considerar según la etapa del periodo. Ciencia y Enfermería [en línea].2006. [18 de agosto del 2018]. No XII (1): [19-27]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532006000100003
72. Barrientos Carrasco, C. Casas Cordero, K. Estudio Transversal de Prácticas de autocuidado en salud y conocimiento que tienen mujeres de 40 a 44 años para enfrentar el periodo peri menopaúsico en comuna de la unión. [Tesis de Licenciatura]. Universidad austral de Chile; 2013.
73. Antolín R. y col. Estudio de la calidad de vida durante el climaterio en una muestra de mujeres gallegas. Biblioteca Las Casas, 8(3), 2012. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0670.pdf>.
74. Capriles Lemus C. Estudio titulado Calidad de vida en mujeres profesionistas que cursan el climaterio. [Tesis de Posgrado].México; 2004.
75. Peña GuerraC. Estudio titulado Calidad De Vida De Mujeres En Etapa De Climaterio en una Unidad Del Primer Nivel De Atención De Salud Manchay. [Tesis de Licenciatura]. Lima; 2016.
76. Gutiérrez Crespo H. Evaluación de la calidad de vida de la mujer durante el climaterio en la Clínica Centenario Peruano Japonesa. [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2011.
77. Campos Borrovic D. Calidad de Vida en la Etapa del Climaterio en mujeres que acuden al Centro de Salud Virgen del Carmen de julio a setiembre. [Tesis de Posgrado]. Cerro de Pasco: Universidad de Huánuco; 2013. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe>.
78. Burgos Alvarado, M. Estudio Titulado Capacidades y Acciones de Autocuidado Durante el Climaterio en mujeres del Distrito De Moche. [Tesis de Licenciatura]. Trujillo: Universidad de Trujillo; 2013.
79. MaqueraJalanoca P. Estudio titulado Calidad de vida y nivel de autoestima en mujeres climatéricas del hospital Hipólito Unanue, Julio- Diciembre”. [Tesis de Licenciatura]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2013.

80. Villalobos Sousa C, y col. Prácticas de autocuidado en la etapa de climaterio de las docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca. [Tesis de Pregrado], Perú: Universidad Nacional de Cajamarca, Facultad de Ciencias de la salud; 2003. Disponible en: <http://croxiv.org.pe>.
81. Jarita Apaza F. Tarqui Suca E. Autocuidado y Calidad de vida en la etapa de climaterio en enfermeras del Hospital Regional Honorio Delgado. [Tesis de Licenciatura]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2016.
82. Quispe Paucar, F. Hanco Mamani. C. Estudio titulado Prácticas de autocuidado y calidad de vida en mujeres pre menopaúsicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche. [Tesis de Licenciatura]. Juliaca: Universidad Peruana Unión; 2015.
83. Hernández R. Metodología de la investigación. México: 6ª edición; 2014.
84. Hernández Fernández. Bapista. Metodología de la Investigación. México: 2014. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lcp/texson_a_gg/capitulo4.pdf.
85. Oficina de Estadística - RED DE SALUD SAN ROMAN 2016.
86. Díaz L. Manual para el desarrollo del personal de salud. 2000. [17 de setiembre del 2017] Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/ginecobs/manual_metodologia_inv_perez_alejo_final.pdf.
87. Lugones B. Valdez S. Pérez P. Climaterio, familia y Sexualidad. Cuba: Revista Cubana Medicina General Integral, 15(2), 134-139; 1999.
88. Li S. Holm K. Gulanick, M. Lanuza D. Perimenopause and the quality of life. Clin. Nurs. Res. 9 (1), 6-23; discussion 24-26; 2000.
89. Blümel J.E. Castelo C. Riquelme R. Araya H. Jaramillo P. Tacla X. Use of hormone replacement therapy among Chilean women: a comparison between socioeconomic levels. Menopause 9 (5), 377-380; 2002.

90. Bastías E. Sanhueza O. Estudio Titulado Conductas de autocuidado y manifestaciones perimenopáusicas en mujeres de la comuna de Concepción Chile. [Tesis de Licenciatura]. 10 (1), 41-56; 2004.
91. Castelo C. Blümel E. Araya H. Riquelme R. Castro G. Haya J. Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women: influences of menopause and hormone replacement therapy. *ObstetGynaecol*; 23 (4), 426-430; 2003.
92. Jokinen K. RautavaP. Makinen J. Ojanlatva A. Sundell J. Helenius H. Experience of climacteric symptoms among 42-46 and 52-56-year-old women. *Maturitas* 46(3), 199-205; 2003.
93. Gracia R.Sammel D. Freeman W. Liu L. Hollander L. Nelson B. Predictors of decreased libido in women during the late reproductive years. *Menopause* 11 (2), 144-150; 2004.
94. Blümel E. Castelo C. Cancelo J. Romero H. Aprikian D. SarrásS. Impairment of sexual activity in middle-aged women in Chile. *Menopause* 11 (1); 78-81; 2004.
95. Palacios S. Maternidad y Salud. Barcelona: Revista Española Saber y Vivir, 17(1), Ediciones el jueves S.A. [en línea], 2019 .Disponible en:https://www.sabervivirtv.com/ginecologia/el-embarazo-llega-revisa-tus-habitos_342
96. Ballesteros A. Maternidad y Salud. Barcelona: Revista Española Saber y Vivir, 17(1), Ediciones el jueves S.A. [en línea], 2019 .Disponible en:https://www.sabervivirtv.com/ginecologia/el-embarazo-llega-revisa-tus-habitos_342
97. Huamán, C. Relación entre las características sociodemográficas y el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre el cuidado del recién nacido. Hospital Rezola, Cañete, 2010.Disponible en: http://www.revistasacademicas.usmp.edu.pe/_uploads/articulos/59f01-06.pdf.

ANEXOS

ANEXO 1

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES EN LA ETAPA DE CLIMATERIO DEL

ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-2 9 DE OCTUBRE, JULIACA 2017.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	POBLACION Y MUESTRA	METODOLOGÍA TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>¿Existe relación entre las Prácticas de autocuidado y calidad de vida en mujeres en etapa de climaterio del Establecimiento de Salud I-2 “9 de octubre”, Juliaca 2017?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL. Establecer la relación entre las Prácticas de autocuidado y la calidad de vida de mujeres en etapa de climaterio del Establecimiento de Salud I-2 “9 de octubre”, Juliaca.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: -Caracterizar las Prácticas de autocuidado en la dimensión biológica considerando sus áreas : nutrición, actividad física, examen físico y Psicosocial considerando las áreas de: autoestima, atención psicológica, función cognoscitiva, estado de ánimo, relaciones interpersonales y círculo social, en mujeres en etapa del climaterio. -Describir la calidad de vida en las dimensiones vasomotora: (bochornos, transpiraciones); psicossocial: ansiedad, pérdida de memoria, depresión; física: (dolor, debilidad, cefalea, cambios en la piel, incontinencia urinaria, retención de líquidos) y sexual: deseo sexual, evita relaciones sexuales, resequeidad vaginal en mujeres en etapa del climaterio. -Describir las características personales referidas a la edad, grado de instrucción, estado civil, número de hijos y menarquia en mujeres en etapa del climaterio.</p>	<p>H.G: Existe relación entre las Prácticas de autocuidado y la calidad de vida de mujeres en etapa de climaterio del Establecimiento de Salud I-2 “9 de octubre”, Juliaca.</p> <p>H.E: -El incremento de Prácticas de Autocuidado Saludables en la Dimensión biológica y psicossocial mejoran la Calidad de Vida de las Mujeres Climatéricas del Establecimiento de Salud “9 de octubre” -Los trastornos en las dimensiones vasomotora, física, psicossocial y sexual deterioran la calidad de vida de las mujeres climatéricas del Establecimiento de Salud “9 de octubre” -Las características personales inciden en las Prácticas de Autocuidado y Calidad de vida de las mujeres climatéricas del establecimiento de salud “9 de octubre”.</p>	<p>V.I: Calidad de Vida V.D: Prácticas de Autocuidado</p>	<p>La Población: Estará conformada por 350 mujeres de sujetos de programación en etapa de climaterio, según datos de la Oficina de estadística del Establecimiento de Salud I-2 “9 de Octubre” Juliaca del 2017. La muestra: se realizará mediante muestreo probabilístico, usando el método aleatorio simple, por tanto, se constituirá por 183 mujeres en etapa del climaterio.</p>	<p>El presente estudio será de tipo descriptivo correlacional con diseño no experimental, de corte transversal, esto permitirá estudiar las variables tal como se presenta en tiempo y espacio determinado. La Técnica a utilizar será la ENTREVISTA que es el método que consiste en obtener información de los sujetos de estudio, sobre opiniones, actitudes o sugerencias.⁽⁸⁹⁾ INSTRUMENTO: Se aplicará el CUESTIONARIO que es el método que utiliza un instrumento o formulario impreso, destinado a obtener respuestas sobre la calidad de vida y Prácticas de autocuidado en mujeres en etapa del climaterio y que el investigado o consultado llena por sí mismo. Puede aplicarse a grupos o individuos estando presente el investigador.</p>

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INVESTIGADORA RESPONSABLE: Indira, Ticona Herrera - Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano – Puno.

TITULO DE LA INVESTIGACION: *“PRACTICAS DE AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES EN LA ETAPA DE CLIMATERIO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-2 9 DE OCTUBRE JULIACA - 2017.*

- Se me ha solicitado participar de una investigación que tiene como propósito explicar si las Prácticas de autocuidado influyen en la calidad de vida en mujeres en etapa de climaterio del Establecimiento de Salud I-2 “9 de octubre”, Juliaca - 2017.
- Al participar en este estudio, yo estoy en pleno conocimiento e los objetivos de la investigación y estoy de acuerdo en que la información recolectada se utilice solo con fines académicos.
- Yo entiendo que:
 - 1.En mi participación se asegura privacidad y confidencialidad.
 - 2.Cualquier pregunta con respecto a mi participación deberá ser contestada por la investigadora responsable del proyecto: Indira Ticona Herrera.
 - 3.Los resultados de este estudio pueden ser publicados, con fines académicos, pero mi nombre o identidad no será revelada.
 - 4.Este consentimiento esta dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.

INVESTIGADORA RESPONSABLE

INDIRA, TICONA HERRERA

DNI: 70747559

PARTICIPANTE

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE CARACTERIZACIÓN

FICHA INDIVIDUAL N° _____

FECHA: ____/____/____

INSTRUCCIONES

Marque con una (X) la respuesta que Ud. Considere correcta dentro del paréntesis correspondiente.

1. EDAD:

- 35 a 39 años ()
- 40 a 45 años ()
- 46 a 55 años ()
- 56 a 65 años ()

2. ESTADO CIVIL

- Soltera ()
- Casada ()
- Conviviente ()
- Viuda ()
- Divorciada ()

3. NUMERO DE HIJOS:

- Ninguno ()
- 1 Hijo ()
- 2 Hijos ()
- 3 Hijos ()
- 4 Hijos ()
- 5 Hijos A Mas ()

4. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- Analfabeta ()
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior ()

5. EDAD DE LA MENARQUIA (primera menstruación):

- 10 a 12 años ()
- 13 a 14 años ()
- 15 a 16 años ()

6. EDAD DONDE COMENZO LOS CAMBIOS EN EL CICLO MENSTRUAL:

- 25 A 30 años ()
- 31 a 35 años ()
- 36 a 40 años ()
- 41 a 50 años ()

7. CONTINUA CON SU PERIODO MENSTRUAL: SI () NO ()

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

INSTRUCCIONES: A continuación les presento las siguientes preguntas, cada una de ellas con 5 posibles respuestas, de las cuales Ud., deberá elegir solo uno, la que crea conveniente en base a las alternativas siguientes:

- N (nunca) : nunca lo realiza.
- CN (casi nunca) : una o dos veces a la semana lo realiza.
- R (regular) : 3 veces a la semana lo realiza.
- CS (casi siempre) : 4 a 5 veces a la semana lo realiza.
- S (siempre) : todos los días los realiza.

Lo referente al control médico y atención psicológica las alternativas son las siguientes.

- N (nunca) : nunca lo realiza.
- CN (casi nunca) : una vez al año.
- R (regular) : 2 veces al año.
- CS (casi siempre) : 4 a 3 veces al año.
- S (siempre) : + de 4 veces al año.

Lo referido al consumo de licor y cigarrillos las alternativas son las siguientes:

- N (nunca) : nunca lo realiza.
- CN (casi nunca) : una vez al mes.
- R (regular) : 2 veces al mes.
- CS (casi siempre) : 3 veces al mes
- S (siempre) : + de 4 veces al mes

DATOS ESPECIFICOS: El presente formulario de preguntas acerca de la nutrición, actividad física, control médico, psicológico, autoestima, estado de ánimo, función cognoscitiva, relaciones interpersonales y sociales.

AREAS	N	CN	R	CS	S
	Nunca lo realiza	1 o 2 veces a la semana	3 veces a la semana	4 a 6 veces a la semana	Todos los días lo realiza
A. NUTRICION					
1. ¿Consume Ud. Leche descremada o derivados?					
2. ¿Consume Ud. Café?					
3. ¿Consume Ud. Toronja (con su cascarilla)?					
4. ¿Consume Ud. Manzana?					
5. ¿Consume Ud. Naranja?					
6. ¿Consume Ud. Ensalada de verduras?					
7. ¿Consume Ud. Pescado?					
8. ¿Consume Ud. Huevo (con todo y su yema)?					
9. ¿Consume Ud. Carne de pollo con todo su pellejo?					
10. ¿Consume Ud. Margarina (mantequilla, astra, etc)?					
11. ¿Consume Ud. Pastillas de calcio?					
B. ACTIVIDAD FISICA					
12. ¿Realiza Ud. Ejercicios?					
13. ¿Realiza Ud. Caminatas de por lo menos 30 min (sin apuros en un plan de distracción)?					
	N	CN	R	CS	S
	Nunca lo realiza	1 o 2 veces a la semana	3 veces a la semana	4 a 6 veces a la semana	Todos los días lo realiza
C. ATENCION PSICOLOGICA					
14. ¿Recibe o ha recibido atención de un psicólogo?					

D. AUTOESTIMA					
15. ¿Cuida Ud. Su apariencia personal?					
16. ¿Se considera Ud. Atractiva?					
17. ¿Se siente Ud. Importante?					
18. ¿Se siente Ud. Apreciada por los demás?					
E. ESTADO DE ANIMO					
19. ¿Trata Ud. De evitar situaciones que la entristezcan?					
20. ¿Trata Ud. de tranquilizarse cuando tiene problemas?					
21. ¿Con que frecuencia sale Ud. De casa para despejar su mente?					
F. FUNCION COGNOSCITIVA					
22. ¿Trata Ud. De aprender cada día algo nuevo?					
23. ¿Lee Ud. Por lo menos 30 minutos?					
24. ¿Memoriza Ud. Algunos párrafos de lo que lee?					
25. ¿Utiliza Ud. Un block de notas para programar sus actividades?					
G. RELACIONES INTERPERSONALES					
26. ¿Conversa Ud. De sus sentimientos (alegrías, tristezas, preocupaciones, etc) con su pareja?					
27. ¿Conversa Ud. De sus sentimientos con sus hijos?					
28. ¿Conversa Ud. De sus sentimientos con familiares, amistades, etc.?					

H.CIRCULO SOCIAL					
29. ¿Asiste Ud. A fiestas (familiares, polladas, bailes)?					
30. ¿Asiste Ud. A reuniones en su comunidad (con los vecinos, colegio, vaso de leche, etc.).					
31. ¿Participa Ud. De actividades recreativas (vóley, paseos con su pareja)?					
32. ITEMS	N	CN	R	CS	S
	Nunca lo realiza	1 vez al año	2 veces al año	3 a 4 veces al año	+ de 4 veces al año
I. CONTROL MEDICO					
33. ¿Asiste Ud. A un control médico?					
34. ¿Se controla Ud. su presión arterial?					
35. ¿Se controla el peso?					
36. ¿Se realiza Ud. El autoexamen de mama?					
37. ¿Asiste Ud. ¿A su exámen de Papanicolaou?					
38. ITEMS	N	CN	R	CS	S
	Nunca lo realiza	1 vez al mes	2 veces al mes	3 veces al mes	+ de 3 veces al mes
A.1.NUTRICION					
39. ¿Consume Ud. Licor (aunque sea< de un vaso)?					
40. ¿Fuma Ud. Cigarrillos?					

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 5

CUESTIONARIO ESPECÍFICO DE CALIDAD DE VIDA MENQOL

I. INSTRUCCIONES:

- a. Lea completo todo el texto.
- b. No se salte, cada una de las preguntas que están diseñadas de la siguiente manera:
 - ¿Tiene bochornos? NO SI 0 1 2 3 4 5 6
 - Si usted NO HA TENIDO el problema en el último mes marque con un círculo o aspa “No”.
 - Si usted HA TENIDO el problema en el último mes marque con un círculo o aspa “SI” y ponga con un círculo o aspa la intensidad de las molestias: 0 (no molesta nada) a 6 (molesta mucho).
 - Ejemplo: -¿Tiene bochornos? NO SI : ~~0~~ 1 2 3 ~~4~~ 5 6

II. Para cada una de las siguientes preguntas indique usted si ha tenido las molestias en el último mes. Si ha tenido coloque el número de la intensidad de la molestia 0 (no molesta nada) a 6 (molesta mucho).

PREGUNTAS	NO	SI	INTENSIDAD
1. ¿Tiene Bochornos?			0 1 2 3 4 5 6
2. ¿Transpiraciones nocturnas?			0 1 2 3 4 5 6
3. ¿Más transpiraciones de lo normal?			0 1 2 3 4 5 6
4. ¿Está descontenta con su vida personal?			0 1 2 3 4 5 6
5. ¿Nerviosismo, ansiedad?			0 1 2 3 4 5 6
6. ¿Pérdida de memoria?			0 1 2 3 4 5 6
7. ¿Hace menos cosas que las que acostumbraba?			0 1 2 3 4 5 6
8. ¿Se siente deprimida o triste?			0 1 2 3 4 5 6
9. ¿Es impaciente con las demás personas?			0 1 2 3 4 5 6
10. ¿Siente necesidad de estar sola?			0 1 2 3 4 5 6
11. ¿Tiene flatulencia, gases o hinchazón abdominal?			0 1 2 3 4 5 6
12. ¿Tiene dolores musculares o articulares?			0 1 2 3 4 5 6
13. ¿Se siente cansada o agotada físicamente?			0 1 2 3 4 5 6
14. ¿Tiene Dificultad para dormir?			0 1 2 3 4 5 6
15. ¿Tiene dolores de cabeza o nuca?			0 1 2 3 4 5 6
16. ¿Tiene disminución de la fuerza física?			0 1 2 3 4 5 6

17. ¿Tiene disminución de la resistencia física?			0	1	2	3	4	5	6
18. ¿Tiene sensación de falta de energía?			0	1	2	3	4	5	6
19. ¿Tiene sequedad de la piel?			0	1	2	3	4	5	6
20. ¿Tiene aumento de peso?			0	1	2	3	4	5	6
21. ¿Tiene aumento de pelos en la cara?			0	1	2	3	4	5	6
22. ¿Cambios en la piel como arrugas, manchas?			0	1	2	3	4	5	6
23. ¿Retiene líquido?			0	1	2	3	4	5	6
24. ¿Tiene dolor de cintura?			0	1	2	3	4	5	6
25. ¿Orina Frecuentemente?			0	1	2	3	4	5	6
26. ¿Se orina al reírse, toser o hacer un esfuerzo?			0	1	2	3	4	5	6
27. ¿Ha tenido cambios en su deseo sexual?			0	1	2	3	4	5	6
28. ¿Tiene sequedad vaginal durante el acto sexual?			0	1	2	3	4	5	6
29. ¿Evita las relaciones sexuales?			0	1	2	3	4	5	6

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 6

**VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO
REALIZADO POR ROJAS CABANA. ANGELICA SANDRA**

**1. GRADODECONCORDANCIAENTRELOSJUECESSEGÚNLAPRUEBABI
NOMIAL**

Item/ jueces	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035
4	0	1	1	1	1	1	1	1	0.035
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	0	0	1	1	1	1	1	1	0.145
7	1	0	1	1	1	1	1	1	0.035

Sehaconsiderado:

0:SilarespuestaesNegativa.

1:SilarespuestaesPositiva.

$$P = \frac{0.262}{7} = 0.037$$

Sip<0.05elgradodeconcordanciaessignificativo:deacuerdoalosresultadosobtenidosesignificativoenloconcernientealaspreguntas: 1,2,5;debiendorealizarse ligerasmodificacionesenlaspreguntas3,4y7;sinembargo,elinstrumento esválido segúnlosjuecesexpertos:p=0.037.

2. DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Los resultados obtenidos de la prueba piloto sirvieron para determinar la confiabilidad del instrumento mediante la prueba estadística de alfa de Crombach.

$$\hat{\alpha} = K / K-1 \left[1 - S_i^2 / S_t^2 \right]$$

$$\hat{\alpha} = 38 / 37 \left[1 - 58.1203473 / 307.69697 \right]$$

$$\hat{\alpha} = 0.83$$

Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere $\alpha > 0.5$, por lo tanto este instrumento es confiable.

ANEXO 7

CALIDAD DE VIDA DE MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO-ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-2 09 DE OCTUBRE JULIACA 2017

CALIDAD DE VIDA	CON PAREJA		SIN PÁREJA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Buena	24	13.1	24	13.1	48	26.2
Regular	62	33.8	4	2.1	66	36.0
Mala	67	36.7	2	1.0	69	37.8
TOTAL	153	83.6	30	16.2	183	100.0

Fuente: Matriz de Datos

ANEXO 8

La validez del contenido del instrumento se realizó en Coordinación con la Jefe del Establecimiento de Salud I-2 09 de Octubre, se entregó a cada experto un cuestionario para la revisión y evaluación de los criterios de validez quienes dictaminaron que dicho instrumento que se aplicó ha sido diseñado con el rigor científico pertinente para obtener resultados ajustados a lo que persigue la investigación.

EXPERTO 1

Lic. Deissy C. Ramos Coronel
CEP: 643118
Enfermera del Establecimiento de Salud I-2 9 de octubre Juliaca
Especialista en Unidad de Cuidados Intensivos
Egresada de la Universidad San Agustín de Arequipa

EXPERTO 2

Obsta. Rosa Paulina. Cueto Apaza
COP: 5054
Obstetra Asistencial del Establecimiento de Salud I-2 9 de octubre Juliaca
Especialista en Alto Riesgo Obstétrico
Egresada de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez.

EXPERTO 3

Dra. Silvia Natividad, Cruz Colca
CEP: 24190
Magister en Gerencia en Servicios de Salud
Doctorado en Salud Publica
Docente de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez.

ANEXO 9

La validez del contenido del instrumento se realizó en Coordinación con la Jefe del Establecimiento de Salud I-2 09 de Octubre, se entregó a cada experto un cuestionario para la revisión y evaluación de los criterios de validez quienes dictaminaron que dicho instrumento que se aplicó ha sido diseñado con el rigor científico pertinente para obtener resultados ajustados a lo que persigue la investigación.

EXPERTO 1

Médico Cirujano: Cesar, Caapquequi Bautista

C.M.P: 76032

Médico Cirujano del Establecimiento de Salud I-2 9 de octubre Juliaca

EXPERTO 2

Médico Cirujano: Elton H, Delgado Corrales

C.M.P: 78099

Médico Cirujano del Establecimiento de Salud I-2 9 de octubre Juliaca

EXPERTO 3

Dra. Silvia Natividad, Cruz Colca

CEP: 24190

Magister en Gerencia en Servicios de Salud

Doctorado en Salud Publica

Docente de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez.

ANEXO 10



**DESCRIPCIÓN:
Aplicación de los
Cuestionarios Respectivos**

**DESCRIPCIÓN:
Aplicación de los
Cuestionarios Respectivos**





DESCRIPCIÓN:
Aplicación de los
Cuestionarios

DESCRIPCIÓN:
Aplicación de los
Cuestionarios

