



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO DE PUNO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE NUTRICIÓN HUMANA



ESTILO DE VIDA Y LA COMPOSICIÓN CORPORAL DE LAS MUJERES MENOPAÚSICAS, QUE RESIDEN EN LOS BARRIOS URBANO MARGINALES DE LA CIUDAD DE PUNO, 2018

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. LOURDES QUISPE MACHACCA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN NUTRICIÓN HUMANA

PUNO – PERÚ

2021



DEDICATORIA

A Dios por poner su mirada en mí y estar a mi lado durante el trayecto de mi vida, por ser mi roca, mi fuerza y mi salvación.

A mi querida madre Enriqueta Machacca Huisa que con su gran esfuerzo, sabiduría, amor y apoyo constante permitió mi formación profesional y lograron que este gran sueño se haga realidad.

A mi querido hermano Rosmer Alexander por su apoyo incondicional, confianza y estar siempre presente.

A mi querido Dante por su comprensión y apoyo en los momentos más difíciles de este proceso de investigación.

A mi padre Julio Cesar Quispe flores que desde el cielo me guía por el buen camino y me protege.



AGRADECIMIENTOS

Ante todo, a Dios por darme la vida, por estar siempre Junto a mí, y por su bendición.

A la Universidad Nacional del Altiplano – Puno y al Cuerpo de Docentes de la Escuela Profesional de Nutrición Humana, por sus conocimientos y culminar mi carrera.

A mi asesora M.Sc. Amalia Felicitas Quispe Romero por su apoyo, paciencia y enseñanza en el desarrollo de esta investigación.

A los miembros del jurado calificador por su paciencia, buena disposición y sugerencias para culminar la investigación.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

RESUMEN 10

ABSTRACT..... 11

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 OBJETIVO GENERAL: 17

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 17

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES 19

2.2 MARCO TEÓRICO..... 26

2.2.1. Estilo de vida 26

2.2.2. Pirámide de Maslow 31

2.2.3. ESTADO NUTRICIONAL..... 34

2.2.4. MUJERES MENOPÁUSICAS. 40

2.2.6 MARCO CONCEPTUAL 47



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 ZONA DE ESTUDIO	50
3.2 TIPO DE ESTUDIO:	50
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:.....	50
3.4. VARIABLES.....	52
3.5. MÉTODOS, TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	54
3.6. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO (PROCESAMIENTO DE DATOS)	61

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

V. CONCLUSIONES.....	80
VI. RECOMENDACIONES	82
VII. REFERENCIAS.....	83
ANEXOS	87

Área : Nutrición Humana

Tema : Promoción de estilos de vida

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 18 marzo del 2021.



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Población de mujeres menopaúsicas de Puno, 2018.....	50
Tabla 2.	Muestra de mujeres menopaúsicas de Puno, 2018.....	51
Tabla 3.	Estilo de vida según dimensión alimentación de las mujeres menopaúsicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.	63
Tabla 4.	Estilo de vida dimensión actividad y ejercicio de las mujeres menopaúsicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.	65
Tabla 5.	Estilo de vida dimensión manejo del estrés de las mujeres menopaúsicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.	66
Tabla 6.	Estilo de vida dimensión apoyo interpersonal de las mujeres menopaúsicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.	67
Tabla 7.	Estilo de vida dimensión autorrealización de las mujeres menopaúsicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.....	68
Tabla 8.	Estilo de vida dimensión Responsabilidad en salud de las mujeres menopaúsicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.....	69
Tabla 9.	Estilo de vida saludable de las mujeres menopaúsicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.....	70
Tabla 10.	Índice Masa Corporal de las mujeres menopaúsicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.....	71
Tabla 11.	Perímetro abdominal de las mujeres menopaúsicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.....	72
Tabla 12.	Evaluación del estado nutricional según porcentaje de grasa corporal de las mujeres menopaúsicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018. ...	73
Tabla 13.	Índice cintura - cadera de las mujeres menopaúsicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.....	74



Tabla 14.	Relación del estilo de vida con la índice masa corporal, de las mujeres menopaúsicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.....	75
Tabla 15.	Relación del estilo de vida con el perímetro abdominal, de las mujeres menopaúsicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.....	76
Tabla 16.	Relación del estilo de vida según dimensiones con el porcentaje de grasa corporal de las mujeres menopaúsicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.	77
Tabla 17.	Relación del estilo de vida con el índice cintura-cadera de las mujeres menopaúsicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.....	78



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide de Maslow	32
------------------------------------	----



ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ENT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

MINSA: Ministerio de Salud.

FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.



RESUMEN

El objetivo de este proyecto de investigación fue determinar el estilo de vida y la composición corporal de las mujeres menopaúsicas, que residen en los barrios urbano marginales de la ciudad de Puno, 2018. El estudio fue de tipo diseño descriptivo, analítico, correlacional y de corte transversal. La información fue recolectada mediante la técnica de la encuesta y el método antropométrico; los instrumentos a fueron: Cuestionario de Walker, Sechrist, Pender modificado por: Díaz, Márquez y Delgado para estilos de vida y la ficha antropométrica. La población fue de 211 mujeres menopaúsicas, siendo su muestra de 84 sujetos de estudio, se halló mediante el muestreo aleatorio estratificado. Para el tratamiento estadística se utilizó la prueba chi cuadrada. La principal conclusión a la que se arribó en este indagación fue que el estilo de vida influye en la composición corporal de las mujeres menopaúsicas que residen en los barrios urbano marginales de la ciudad de Puno, debido que; el 58,33% de las mujeres menopaúsicas presentan problemas en la composición corporal influenciadas por los estilos de vida no saludable, debido a las inadecuadas características de; alimentación, actividad y ejercicio, manejo de estrés, apoyo interpersonal, la autorrealización y responsabilidad en salud, además la prueba de la X^2_c es mayor a la X^2_t en las cinco dimensiones del estilo de vida, demostrando que los estilos de vida tienen relación con la composición corporal.

PALABRA CLAVES: Estilos de vida, Mujeres menopaúsicas, Evaluación nutricional, Composición corporal, Barrio urbano marginales.



ABSTRACT

The objective of this research project was to determine the lifestyle and body composition of menopausal women, who reside in the urban marginal neighborhoods of the city of Puno, 2018". The study was of a descriptive, analytical, correlational and cross-sectional design. The information was collected using the survey technique and the anthropometric method; The instruments to be used were: Walker, Sechrist, Pender questionnaire modified by: Díaz, Márquez and Delgado for lifestyles and the anthropometric file. The population consisted of 211 menopausal women, with its sample of 84 study subjects, it was found by stratified random sampling. The chi-square test was used for statistical treatment. The main conclusion reached in this investigation was that lifestyle influences the body composition of menopausal women who reside in the urban marginal neighborhoods of the city of Puno, because; 58.33% of menopausal women present problems in body composition influenced by unhealthy lifestyles, due to the inadequate characteristics of; diet, activity and exercise, stress management, interpersonal support, self-realization and responsibility in health, in addition the X²c test is higher than the X²t in the five dimensions of lifestyle, showing that lifestyles are related to body composition.

Key Words: Lifestyles, Menopausal women, Nutritional evaluation, Body composition, Marginal urban neighborhood.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se refiere a dos temas específicamente, estilos de vida y composición corporal en un grupo poblacional, cuyo objetivo es; determinar el estilo de vida, y la composición corporal de las mujeres menopaúsicas en los barrios urbano marginales de la ciudad de Puno, 2018, en la primera variable se consideran las dimensiones de; alimentación, actividad y ejercicio, manejo de estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en la salud, en la segunda variable, se consideran las dimensiones de; índice de masa corporal, perímetro abdominal, índice cintura – cadera e porcentaje de grasa corporal; según la Organización Mundial de la Salud (1). La menopausia es un proceso fisiológico en el que se presenta el cese de la vida reproductiva de la mujer, esto debido a la disminución gradual de la producción de estrógenos, este proceso de transición natural produce ciertos síntomas típicos de la menopausia los cuales son: síntomas vasomotores el cual se describe como bochornos, la presencia de sequedad vaginal, aumento en los niveles de colesterol, osteopenia, cefaleas, depresión, insomnio e irritabilidad; si bien, todos estos síntomas son producto de la disminución de la hormona femenina, diversos estudios indican que los síntomas aumentan cuando la mujer lleva un estilo de vida no saludable. Actualmente para el año 2018, una de las principales causas de muerte son las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), dichas enfermedades se dan por diversos factores, pero uno de los más importantes es el factor conductual, es decir, el tipo de estilo de vida que manejan las personas con respecto a su salud.

El estilo de vida, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es como una forma general de vida, basada en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, determinados por los factores socioculturales y las



características personales. El estilo de vida incorpora una estructura social, definida por un conjunto de valores, normas, actitudes, hábitos y conductas.

En la actualidad, las principales causas de muerte ya no son las enfermedades infecciosas sino las que provienen de estilos de vida y conductas poco saludables que conllevan al sobrepeso, obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles. Cabe resaltar que la obesidad es la enfermedad crónica no transmisible más frecuente en la población adulta, constituyendo un grave problema de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen más de 9 300 millones de adultos con obesidad en todo el mundo y la prevalencia de la obesidad en todo el mundo casi se ha duplicado entre 1980 y 2008, si no se toman medidas será una epidemia en el año 2030.

por lo tanto, investigar sobre estilos de vida y la composición corporal en mujeres menopáusicas resulta fundamental en la medida que se ha encontrado que esta variable, si no se practica de una vida saludable, se tienen la aparición de sobrepeso y obesidad, lo que constituye un factor de riesgo y contribución de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la cardiopatía isquémica y el cáncer, Así mismo esta investigación nos aporta información para hacer un diagnóstico de la situación y diseñar las oportunas estrategias de intervención preventivas para evitar el desarrollo de complicaciones futuras.



Planteamiento del problema

La menopausia, se considera una parte natural de la vida de la mujer en la cual se producen cambios significativos a nivel orgánico, psicológico y social con modificaciones en la función endocrina, tales como la disminución de los niveles de estrógenos circulantes (3).

En esta etapa es común observar la ganancia de peso, así como un cambio hormonal (4). sin embargo, estas modificaciones en la composición corporal y en la distribución de la grasa subcutánea incrementan el riesgo de enfermedades, incrementan la mortalidad, empeoran la calidad de la vida. Además, cuando la masa magra disminuye mucho, se ven adversamente afectados la flexibilidad, la fuerza corporal y el equilibrio físico de las personas. Estos cambios están condicionados por la disminución de la producción de hormonas femeninas, y los estilos de vida debido a la reducción de la actividad física, la mala alimentación la desesperación en el manejo de estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y poca responsabilidad en la salud (5).

La escasa actividad física o el sedentarismo afecta la salud de la mujer, estudios han demostrado que, en las mujeres menopaúsicas, la insuficiente práctica como ejercicios aeróbicos de 50 minutos de cuatro veces a la semana durante seis meses incrementa sudores nocturnos, los cambios de humor y la irritabilidad. Además, se tiene mayor riesgo de cáncer de mama, colon, recto y de endometrio en mujeres menopaúsicas.

Los estilos de vida a la forma en que usualmente vivimos de manera cotidiana en diversos contextos; muestra relación con el comportamiento saludable o la responsabilidad de la salud de específicamente en mujeres menopaúsicas, es muchos casos se evidencia como un desorden alimenticio, lo que implica una serie de conductas que influyen negativamente en la salud, acorde con cada cultura y su entorno. Existe poca



disciplina en una nutrición adecuada, reducidas prácticas de ejercicio físico, incremento del estrés, pocas relaciones interpersonales, escasa autorrealización y mínimos cuidados de la salud, todo esto encamina a adoptar un estilo de vida inadecuado, por ello en la actualidad especialmente en mujeres menopaúsicas reduce su calidad de vida (1,2). La modificación positiva de los estilos de vida conlleva grandes beneficios para la salud, pero los malos estilos de vida como el sedentarismo, la dieta desordenada, el uso del tabaco y el abuso del alcohol son las principales causas de morbilidad y mortalidad en los países industrializados. Estos estilos de vida generan un innecesario sufrimiento y una sobrecarga de los sistemas de salud desproporcionada y evitable. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) estima que, el 80% de las enfermedades cardiovasculares, el 90% de la diabetes tipo 2 y el 30% de todos los cánceres podrían ser prevenidos si la población siguiera una dieta saludable, un adecuado nivel de actividad física y dejara de fumar (4) (5).

En el Perú, según el INEI (2020). Se llegó a los siguientes resultados: El 41,1% de las personas de 15 y más años de edad presentó un riesgo cardiovascular muy alto, el 19,7% las personas de 15 y más años del país tiene hipertensión arterial, el 3,9% de la población de 15 y más años de edad tiene diabetes mellitus, el 27,6% de las personas con obesidad tienen hipertensión arterial, el 18,4% de la población de 15 y más años de edad fumaron cigarrillos en los últimos doce meses, el 11,3% de personas de 15 y más años de edad consumieron al menos cinco porciones de frutas y/o verduras. (6)

Formulación del problema

Interrogante general

¿Cuál es la relación del estilo de vida sobre la composición corporal de las mujeres menopaúsicas?



Justificación del problema

La población femenina de mujeres menopáusicas se ubica entre los intervalos de 45 a los 55 años experimenta un proceso llamado la menopausia, periodo de ausencia de la menstruación, por consiguiente. Los problemas de salud de las mujeres menopáusicas están relacionados a su estado nutricional, por lo tanto, debería de considerarse desde la prevención y la promoción de la salud, identificando algunos estilos de vida no saludables, al ser estos factores desencadenantes de las enfermedades crónicas degenerativas y no transmisibles y cuyos costos económicos de tratamiento no se encuentran al alcance de este grupo.

Desde el punto de vista del factor académico, la investigación permite determinar los estilo de vida y la composición corporal de las mujeres menopáusicas además de promover estilos de vida saludable que integren el conocimiento, la detección y el manejo de los factores de riesgo en base a los hábitos de vida saludable, la que permitirá mejorar la salud de la persona especialmente en mujeres menopáusicas, por lo que se considera de gran importancia crear alternativas de diagnóstico oportuno y necesario actuar desde el área de la prevención y evitar los altos costos de tratamiento que conlleven a mejorar la calidad de vida.

Desde el punto de vista del factor social, se pudo llegar a que, si existe una relación directa entre el estilo de vida y composición corporal en la población en estudio, ya que la población no tiene un buen estilo de vida y presenta mayor porcentaje de sobrepeso y obesidad. La investigación sirve como un antecedente para nuevas investigaciones, pero, sobre todo, se necesita realizar un cambio cultural en lo relacionado con la alimentación y la salud, a través de la educación y la sensibilización. Pero esto tiene que ir acompañado de cambios estructurales más amplios, a través de políticas públicas que puedan apoyar en las oportunidades que tienen para poder tomar mejores decisiones y ser más



conscientes en cuanto a su salud y alimentación y con ello adoptar estilos de vida saludables y así, disminuir las morbimortalidades generadas directa o indirectamente por los estilos de vida que conducen a una malnutrición.

Desde el punto de vista del factor tecnológico, se puede impartir conocimientos acerca de estilos de vida y composición corporal a través de las redes sociales sobre su importancia, maneras de alimentarse correctamente durante la menopausia, etc.

Entonces, uno de los roles principales del profesional de la salud 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 la menopausia, además de un trabajo integrador y multidisciplinario; una herramienta fundamental es la educación, sin embargo no garantiza que las mujeres menopaúsicas 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 menopausia y de todo lo que su alcance significa.

1.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar el estilo de vida y la composición corporal de las mujeres menopaúsicas que residen en los barrios urbano marginales de la ciudad de Puno, 2018.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Valorar el estilo de vida de las mujeres menopaúsicas, que residen en los barrios urbano marginales de la ciudad de Puno.
- Evaluar el índice masa corporal de las mujeres menopaúsicas, que residen en los barrios urbano marginales de la ciudad de Puno.
- Evaluar el perímetro abdominal de las mujeres menopaúsicas, que residen en los



- barrios urbano marginales de la ciudad de Puno.
- Valorar el porcentaje de grasa corporal de las mujeres menopaúsicas, que residen en los barrios urbano marginales de la ciudad de Puno.
 - Valorar el índice cintura- cadera de las mujeres menopaúsicas, que residen en los barrios urbano marginales de la ciudad de Puno.
 - Relacionar el estilo de vida con la índice masa corporal, perímetro abdominal, porcentaje de grasa corporal y con índice cintura-cadera de las mujeres menopaúsicas, que residen en los barrios urbano marginales de la ciudad de Puno.



CAPÍTULO II

REVISION DE LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES

Antecedentes a nivel internacional

Ronivon J., y col (2018). en su estudio titulado: “Índice masa corporal y factores asociados en mujeres climatéricas”: el objetivo fue Identificar la asociación del índice de masa corporal. El análisis bivariante se realizó mediante la prueba de chi-cuadrado. Los resultados mostraron una alta prevalencia de la obesidad (36,0%) y el sobrepeso (38,1%), así como las asociaciones de índice de masa corporal con el tipo de escuela que asistió ($p = 0,009$), el tabaquismo ($p = 0,023$), el tratamiento para la pérdida de peso ($p = 0,000$), las mediciones antropométricas ($p = 0,000$) y los factores clínicos ($p = 0,000$). se concluye que las intervenciones educativas para corregir o mejorar el perfil antropométrico pueden resultar en beneficios para la salud de las mujeres menopaúsicas, ya que la presencia de la obesidad y el sobrepeso fue alta, y los hábitos de estilo de vida, antropométricas y factores clínicos asociados presentes para que la morbilidad (7).

Nogueira C., et al. (2018). En el estudio titulado: “Consumo alimenticio de mujeres activas e inactivas físicamente durante la postmenopausia”: El objetivo del presente estudio fue observar el consumo alimenticio y la prevalencia del síndrome metabólico en la población mencionada. Los resultados mostraron que las mujeres activas consumen más alimentos protectores que las mujeres inactivas. La prevalencia del síndrome metabólico en las mujeres inactivas fue mayor que en las mujeres activas, además, existe la necesidad de cambiar dichos hábitos en esta población, pudiéndose alcanzar así mayores cambios corporales y metabólicos, minimizando la incidencia del síndrome metabólico en los dos grupos (8) .



Díaz Me., Et al (2015). En el estudio titulado: “Impacto del sobrepeso y la obesidad sobre la autoimagen corporal de la mujer en la menopausia”. Se realizó un análisis del impacto del sobrepeso y la obesidad en la percepción de la imagen corporal de 632 mujeres, entre 30 y 68 años, clasificadas como premenopáusicas y postmenopáusicas, en relación con la morbilidad y el estilo de vida. El análisis reveló conductas de rechazo al exceso de peso corporal, disminuyendo el grado de complacencia de la autoimagen, a medida que la mujer se aproxima al fin de la actividad reproductiva. Se identificaron rasgos negativos de personalidad, conductuales y otros, con siluetas de gran adiposidad, en mujeres obesas, con complicaciones de la morbilidad y estilos de vida más inadecuados. Los resultados manifiestan que la imagen corporal, asociada a estados mórbidos y a factores psicosociales, influye significativamente según se acerca más la menopausia, afectando el bienestar de la mujer y su calidad de vida (9).

Restrepo Mt., Et al (2017). En el estudio titulado: “Efecto de la actividad física controlada sobre la composición corporal de mujeres sedentarias posmenopáusicas”. El objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto de la actividad física sobre el peso y la composición corporal. La muestra fue compuesta de 138 mujeres posmenopáusicas se seleccionaron, mediante una encuesta que medía la frecuencia y la intensidad de la actividad física, aquellas cuyo consumo de oxígeno por actividades físicas era inferior a 60% del consumo máximo de oxígeno para su edad. Los resultados mostraron una disminución de 1,2 kg en el peso y de 2,0 kg en la grasa corporal, mientras que la masa magra se incrementó en 1,0 kg. También aumentó el área magra del brazo, el muslo y la pierna, y disminuyeron las áreas de grasa en esas partes del cuerpo. Concluyendo que la actividad física controlada mejoró la composición corporal de este grupo de mujeres al disminuir los depósitos de grasa y aumentar la masa corporal magra (10).

Bermúdez E., Et al. (2018). En el estudio titulado: “nivel de actividad física y



composición corporal en mujeres menopaúsicas en la universidad Simón Bolívar”. El objetivo fue determinar nivel de actividad física y composición corporal. En los resultados se mostró que se incluyó 30 mujeres <40 años que laboran en el área administrativa de la universidad simón bolívar. El 63,3%, el 20% y el 16,7% realizan actividad física baja, moderada o vigorosa, respectivamente. Se tuvo como conclusión una vez que culmina su último periodo menstrual las mujeres >40 años sufren un cambio hormonal manifestándose con un bajo rendimiento funcional en sus actividades diarias, se vuelven más sedentarias y propensas a padecer de enfermedades crónicas, y el permanecer mucho tiempo sentada influye en el deterioro de la condición física. Una de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la realización de actividad física al menos dos o tres veces a la semana a una intensidad moderada y con una duración de 30 a 60 minutos (11).

Martínez C., Et al. (2016). En su estudio titulado: “Síntomas climatéricos según el estilo de vida en mujeres de edad mediana”. El objetivo fue identificar la relación entre la percepción de la sintomatología del síndrome climatérico y el estilo de vida. Se aplicó la encuesta para medir la intensidad del síndrome climatérico y el estilo de vida. en los resultados se muestra que casi la totalidad de las mujeres que tenían un estilo de vida saludable, eran asintomáticas o su percepción de los síntomas era leve; 42,8 % presentó síntomas moderados o intensos. En el área de salud, predominaron las mujeres entre 55 y 59 años de piel blanca, universitarias y trabajadoras; las conclusiones fueron que existió la relación entre el estilo de vida no saludable y el síndrome climatérico, así como las condiciones físicas inadecuadas, la autoestima baja y no disponer de mucho tiempo libre se relacionan con un incremento de la sintomatología (12).

Mollo F., (2018) a través de su investigación titulada: “Influencia del índice de masa corporal sobre la calidad de vida en la mujer menopaúsica”. Tuvo como objetivo



analizar la influencia que tiene el Índice de Masa Corporal en la menopausia y su impacto en la calidad de vida en las en pacientes que en el servicio de ginecología del SSU-Bolivia 2018. Se llego como conclusión que existe relación a la edad tenemos un promedio de 52.6 ± 4.9 . El con porcentaje mayor de 50-59 años representando el 70.8%. Al distribuirlas según el IMC encontrándose con sobrepeso el 64.6 % y las pacientes obesas con un 10.4 %. La evaluación de calidad de vida global fue de un compromiso leve en un 64.6% y un 2.1% sin molestia. Y relacionando este con el IMC se encontró que aquellas con sobrepeso y obesidad presentaban un deterioro de la calidad de vida de leve a modera con un 45.8% y 10%. De acuerdo a la MSR, la puntuación media obtenida, correspondió a 13.1 ± 8.1 . (Dominio somático (4.7 ± 2.9), psicológico (5.0 ± 3.7), y urogenital (3.3 ± 2.9)). Siendo el dominio genitourinario el que se vio más afectado con un deterioro moderado de la calidad de vida en un 60.4% prevalente en las pacientes con obesidad y sobrepeso Conclusiones: el sobrepeso y la obesidad se asociaron a mayor presencia de síntomas menopáusicos con mayor deterioro severo de la calidad de vida (13).

Antecedentes a nivel nacional

Cárdenas P., (2018) en su investigación titulada: “Estilos de vida en mujeres en etapa menopáusica, Consultorio de obstetricia del Puesto de Salud Los Quechuas-Independencia Trujillo, Perú”. Tuvo como objetivo determinar los estilos de vida en mujeres en etapa menopáusica. Los resultados determinaron que el 50% de las mujeres en etapa menopáusica presentaron estilo de vida saludable y la otra mitad presentó estilo de vida no saludable.; así mismo con respecto a la dimensión biológica se identificó que el 68.8% de las mujeres participantes de la investigación presentó estilo de vida saludable; con respecto a la dimensión psicológica y social se identificó que las mujeres en etapa menopáusica presentó un estilo de vida no saludable, en un 95% y 70% respectivamente. En conclusión, la mitad de la población en estudio, presentó un estilo de vida saludable,



según las dimensiones de la variable la población femenina tiene una alimentación saludable y realiza ejercicios, pero a pesar de ello, presentan apatía, no se preocupan por su apariencia física, tienen problemas para expresar sus sentimientos y para relacionarse con su entorno familiar (14).

Marquina M., (2016) en su investigación titulada: “Estilos de vida y su relación con el estado nutricional y presión arterial en mujeres mayores de 40 años Wichanzao-La Esperanza 2015”. Tuvo como objetivo evaluar los Estilos de vida y la relación con el estado nutricional y presión arterial. El estado nutricional se evaluó mediante la determinación del IMC, para lo cual se utilizó, balanza y tallmetro. El perímetro abdominal se midió con una cinta métrica y la presión arterial empleando tensiómetro y estetoscopio. Para establecer la relación entre las variables se usó la prueba estadística del Chi Cuadrado con 95% de confiabilidad y con un nivel de significancia de 0.05. los resultados fueron que el 87% de mujeres presentaron un estilo de vida no saludable y el 13% un estilo de vida saludable. Se concluyó que el estilo de vida se relaciona significativamente con el estado nutricional ($p = 7 \times 10^{-5}$), el perímetro abdominal ($p = 2.7 \times 10^{-5}$) y la presión arterial ($p = 0.002$) en mujeres mayores de 40 años. Wichanzao – La Esperanza. 2015 (15).

Palacios D., (2015) en su investigación titulada: “Estilos de vida y factores biosocioculturales de la mujer adulta en el caserío locuto-tambo grande – Piura 2015”. Tuvo como objetivo general determinar la relación entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales en la población mencionada. Resultados: casi todas de las mujeres adultas presentan estilos de vida no saludables y un significativo porcentaje estilos de vida saludables. En relación a los factores biosocioculturales más de la mitad mujeres entre los 36-59 años de edad, el grado de instrucción menos de la mitad son analfabetas, predominando las mujeres adultas católicas, menos de la mitad son amas de casa, más de



la mitad son casadas, más de la mitad tiene un ingreso económico de 100-599 nuevos soles mensuales. No existe relación significativa entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales: edad, grado de instrucción, religión, ocupación, ingreso económico. Si existe relación significativa en estado civil (16).

Antecedentes a nivel local

Rodríguez C., (2015) en su investigación titulado: Estilos de vida saludable en relación al consumo alimentario y nivel socioeconómico de madres beneficiarias del programa de complementación alimentaria de la ciudad de Puno, 2015. Tuvo como objetivo el de relacionar estilos de vida saludable y consumo alimentario y nivel socioeconómico de las madres beneficiarias. Los resultados demuestran que el 87 % de las madres beneficiarias tienen estilos de vida no saludable y solo el 13 % de madres tienen estilos de vida saludable. En calorías, el 69 % tienen un consumo excesivo, el 25 % es deficitario y el 6 % es adecuado. En carbohidratos el 60 % su consumo es excesivo, el 28 % es deficiente y el 12 % es adecuado. En carbohidratos simples, el 90 % de las beneficiarias tienen un consumo excesivo, el 6 % es deficiente. En lípidos el 63 % tienen un consumo excesivo, el 26 % es deficitario y el 11 % es adecuado. En lípidos saturados, el 91 % tienen un consumo excesivo, en lípidos poliinsaturados, el 44 % de los beneficiarios tienen un consumo deficiente, el 84 % tienen un consumo excesivo de colesterol. En proteínas, el 58 % es deficiente, el 27 % es excesivo y el 15 % es adecuado. En fibra, el 98 % es deficiente, el 2 % es normal. En agua, el 97 % es deficiente y el 3 % de las beneficiarias tienen un consumo normal. El 82 % de las madres tienen un nivel socioeconómico bajo, el 14 % de las beneficiarias tienen un nivel socioeconómico medio bajo y el 4 % tiene un nivel socioeconómico medio y ninguno de las beneficiarias tienen un nivel socioeconómico medio alto o alto. Aplicando la prueba estadística Chi cuadrada, los resultados de la prueba estadística demuestran que la $X_c > X_t$, lo que indica que se



rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, es decir hay relación entre los estilos de vida saludable con el consumo alimentario y el nivel socioeconómico de las madres beneficiarias (17) .

Yanqui Q., (2019) en su investigación titulada: “Densidad mineral ósea y su correlación con el índice de masa corporal y factores de riesgo en mujeres posmenopáusicas de la ciudad de Ayaviri-Puno 2019; Tuvo como objetivo determinar la correlación entre la DMO con el IMC en mujeres post menopausia de la ciudad de Ayaviri. Resultados: el 56,0% con osteopenia, el 34,0% osteoporosis y el 10,0% normal. El 30,0% con un IMC normal, el 18,0% sobre peso, el 16,0% obesidad tipo III, el 8,0% delgadez de tipo II y I, obesidad de tipo I y II, y el 4,0% delgadez de tipo III. En la conclusión se identificó una alta prevalencia de osteopenia y osteoporosis en mujeres posmenopáusicas; el IMC se encontró sobrepeso y obesidad. En mujeres posmenopáusicas No existe correlación entre la DMO e IMC. El factor de riesgo significativo es el consumo de café para la alteración de la DMO (18) .

Vilca A., (2018) en su tesis titulada: “Influencia de las sesiones educativas en la práctica de estilo de vida saludable en beneficiarias del Programa Juntos del Distrito de Atuncolla Puno – 2017”. El objetivo es determinar el efecto de las sesiones educativas en la práctica de estilos de vida saludable. Los resultados obtenidos fueron: respecto la práctica de estilo de vida. Antes de las sesiones educativas, se evidencia que el 91,5% a veces practican el estilo de vida saludable. Asimismo, el 8,5% que no practican, posterior a las sesiones educativas el 72,3% casi siempre practican, el 25,5% a veces practican y el 2,1% no practica el estilo de vida saludable. Se demuestra estadísticamente que existe una significancia $0.000 < 0.05$ por lo que la metodología utilizada, de educación participativa grupal es efectiva en el incremento del conocimiento y práctica por tanto puede ser replicable en otras poblaciones (19).



2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1. Estilo de vida

Estefanero señala que “cada persona desarrolla un estilo de vida cuya base se establecen en los primeros años de vida, refiriéndose a la configuración singular de las características que constituyen su identidad, es decir; que el sujeto organiza a inicios de su existencia formas peculiares de percibir, evaluar, sentir y actuar” (20).

Según OMS los estilos de vida son todos los procesos, hábitos, comportamientos y conductas que giran alrededor de la satisfacción de las necesidades humanas, teniendo como objetivo lograr un mayor grado de calidad de vida y salud (21).

Así mismo Menéndez afirma que: “los estilos de vida son el análisis de los comportamientos sociales y culturales de diversos grupos, incluyendo clases sociales y grupos nacionales” (22).

Por último, zanabria menciona que los estilos de vida se pueden considerar como los tipos de hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, o de un grupo de personas, o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados. (23).

Se puede concluir que los estilos de vida son un conjunto de patrones comportamientos específicos en el individuo o en una sociedad, que influyen en la salud de la persona actuando como factores de protección o de riesgo para la salud; consiste en permitir y fomentar que los individuos cambien su estilo de vida, cuando estos suponen factor de riesgo para la salud, además de producir y mantener patrones de comportamiento saludable en las dimensiones biológico, psicológico y social.



Tipos de Estilos de vida

El estilo de vida puede ser diferente en cada persona y así como existen conductas de riesgo que conforman un estilo de vida no saludable, también existen conductas protectoras que conforman un estilo de vida saludable.

- **Estilos de Vida Saludables**

Un estilo de vida saludable se relaciona con conductas y costumbres de los individuos que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar tanto a nivel físico como psicológico, conductas que permiten añadir calidad a la vida.

La OMS define los estilos de vida saludables como una forma de vida que disminuye el riesgo de enfermarse o morir a temprana edad, mejorando la salud y permitiendo disfrutar más de la vida, porque la salud no es solo la ausencia de la enfermedad.

Los estilos de vida, son un conjunto de patrones, conductas relacionadas con la salud, determinado por las elecciones que hacen las personas acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida. (23).

- **Estilos de Vida no Saludable**

El estilo de vida no saludable, hace referencia al conjunto de patrones conductuales que suponen una amenaza para el bienestar físico y psíquico. Las personas que tiene comportamientos no saludables como, la dieta desequilibrada, sedentarismo, consumo de tabaco y de alcohol, no dormir el tiempo necesario, tiene mayor probabilidad de desarrollar enfermedades (24).



La escala valorativa de la variable estilos de vida: Es el Cuestionario de estilo de vida de Walker, Sechrist, Pender modificado por: Díaz, R; Márquez, E; Delgado, R (2008). El mismo que será utilizado para la presente investigación y para poder medir el Estilo de vida a través de sus dimensiones como son alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud. Está constituido por 25 ítems.

Los puntajes obtenidos para la escala total resultan del promedio de las diversas respuestas a los 25 ítems. Se aplicará una escala de puntaje de:

- Nunca (N) = 1 Punto.
- A Veces (V) = 2 Puntos.
- Frecuentemente (F) = 3 Puntos.
- Siempre (S) = 4 Puntos.

La escala de medición es de 25 a 100 puntos que van a determinar el perfil de estilo de vida de cada persona encuestada de la siguiente manera:

- Puntaje de 25 a 74 puntos: los estilos de vida serán no saludables
- Puntaje de 75 a 100 puntos: los estilos de vida serán saludables

2.2.1.1 Dimensiones del estilo de vida

a. Alimentación

La OMS menciona que es el mecanismo mediante el cual el organismo recibe, procesa, absorbe y utiliza los alimentos para la producción de energía, que permita el funcionamiento normal de los tejidos y órganos, el crecimiento y el mantenimiento en general de la vida.



cabe recalcar, que se debe mantener una alimentación saludable, junto con la actividad física. El peso y la talla deben mantener una relación ya que incrementa el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles. Así mismo, la alimentación es saludable cuando los alimentos que son consumidos proporcionan los nutrientes necesarios para mantener la salud del organismo, la dieta saludable se caracteriza por el consumo de frutas (2-3), verduras (2-3), lácteos (2-3), proteínas (2-3) y carbohidratos (3-5), bajos en grasas y colesterol, así como limitar el consumo de alcohol, sal, café y azúcar, manteniendo un peso adecuado a través de la actividad física y la práctica de hábitos higiénicos al manipular los alimentos (25).

b. Actividad y ejercicio

Es el esfuerzo corporal o actividad física que pone en movimiento al cuerpo en su totalidad o una parte del mismo de manera armónica, ordenada y repetida que se realiza regularmente con el propósito de mejorar, desarrollar y conservar las funciones vitales. Dentro del concepto de salud, el ejercicio físico cumple un rol fundamental, ya que, al practicarlo de manera cotidiana, aumenta la vitalidad en general y reduce la posibilidad de padecer enfermedades como son: presión arterial, enfermedades respiratorias, diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares y osteoporosis (26).

Así mismo, Lamela menciona que la condición física saludable se entiende como un estado dinámico de energía y vitalidad, que permite a las personas llevar a cabo tareas diarias habituales, disfrutar del tiempo de ocio activo, afrontar las emergencias imprevistas sin fatiga excesiva y a desarrollar el máximo de la capacidad intelectual y a experimentar plenamente la alegría de vivir (27).



c. Manejo del estrés

El manejo del estrés se refiere al esfuerzo por controlar y reducir la tensión que surge cuando la situación es considerada difícil o inmanejable, mediante acciones coordinadas sencillas o complejas para sobrellevar la presión, las emergencias o el estrés. El estrés es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona. El resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que lo provoca o confrontarla violentamente. En esta reacción participan casi todos los órganos y funciones del cuerpo, incluidos cerebro, los nervios, el corazón, el flujo de sangre, el nivel hormonal, la digestión y la función muscular. El estrés en cualquier edad, constituye un factor de riesgo para la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas.

La Organización Mundial de la Salud definió el estrés como la respuesta no específica del organismo a toda demanda del exterior. La idea, nombre y concepto se han alojado fácilmente en la conciencia popular. (28).

d. Apoyo interpersonal

Las relaciones interpersonales se establecen sobre la base de una consistente autoestima, partiendo de la óptica de tener algo que ofrecer a alguien, además estas se logran como producto de la motivación para compartir con otra persona. Las relaciones preestablecidas, se mantiene por el placer de estar queriendo y sentirse querida, tener reconocimiento y dar reconocimiento, recibir y dar afecto.

e. Autorrealización

La Autorrealización consiste en desarrollar todo nuestro potencial para convertirnos en todo lo que somos. Es llegar a ser uno mismo en plenitud. La Auto



realización o realización de sí mismo tiene que ver con la autenticidad, con ser lo que se es, y no con lo que se ha aprendido o con lo que uno pretende ser, alejado de su verdad o realidad interior (29)

Según Maslow menciona que la necesidad de auto realización son las más elevadas del ser humano y lo llevan a realizarse mediante el desarrollo de sus aptitudes y capacidades. Son las necesidades humanas que se encuentran en la parte más alta de la pirámide y reflejan el esfuerzo de cada persona por alcanzar su potencial y desarrollarse continuamente a lo largo de la vida (30).

f. Responsabilidad en salud

Implica decidir sobre alternativas saludables correctas en vez de aquellas que envuelven un riesgo para la salud. Significa reconocer que tenemos la habilidad para modificar los riesgos inherentes en nuestra herencia y ambiente social, podemos modificar nuestros riesgos mediante cambios en nuestro comportamiento. Para poder estar consciente de los efectos potenciales peligrosos de hábitos dependencias de riesgo, se requiere un esfuerzo reflexivo para examinar nuestras vidas desde la perspectiva de la salud y luego un esfuerzo concertado dirigido a cambiar, modificar nuestros hábitos negativos arraigados (31).

2.2.2. Pirámide de Maslow

la Pirámide de Maslow, o jerarquía de las necesidades humanas, es una teoría psicológica propuesta por Abraham Maslow en su obra: Una teoría sobre la motivación humana de 1943, que posteriormente amplió. Maslow formula en su teoría una jerarquía de necesidades humanas y defiende que conforme se satisfacen las necesidades más básicas (la base es mucho más ancha, hay muchas más personas), los seres humanos

desarrollan necesidades y deseos más elevados (lo que se asemeja al mundo que vivimos, es decir cuanto más es el nivel menos personas alcanzan) (32).

Figura 1: Pirámide de Maslow



la jerarquía de las necesidades en la pirámide de Maslow

1. Necesidades fisiológicas

Son necesidades fisiológicas básicas para mantener la homeostasis (referente a la salud); dentro de estas, las más evidentes son:

- Necesidad de respirar, beber agua, y alimentarse.
- Necesidad de mantener el equilibrio del pH y la temperatura corporal.
- Necesidad de dormir, descansar y eliminar los desechos.
- Necesidad de evitar el dolor y tener relaciones sexuales.

2. Necesidades de seguridad y protección

Según Maslow las necesidades de seguridad suelen ser un impulso importante en niños de menos de un año y en los adultos neuróticos. Los adultos emocionalmente sanos suelen haber cubierto sus necesidades de seguridad, para lo cual se requiere estabilidad, así como ausencia de miedo y ansiedad. En el caso de infantes y niños, las necesidades se observan con claridad en su conducta porque reaccionan de forma visible e inmediata frente a toda amenaza para su seguridad. En cambio, los adultos han aprendido a inhibir



sus reacciones frente a esas situaciones. En este sentido, la certeza de cubrir ingresos económicos, empleo, seguro médico, entre otros, influye directamente en la estabilidad psicoemocional de los individuos (32).

3. Necesidades de afiliación

Maslow, manifiesta que son necesidades secundarias que solo son capaces de ascender cuando las primarias expuestas anteriormente están cubiertas por los seres humanos. En este contexto, Naranjo (2009), señala que “como seres sociales, las personas experimentan la necesidad de relacionarse con las demás, de ser aceptadas, de pertenecer. Se relacionan con el deseo de recibir el afecto de familiares, amigos y amigas y de una pareja”. En tal sentido, se expresan a través del amor, el afecto y la pertenencia.

4. Necesidades de reconocimiento

Maslow (1970) afirma que las necesidades de reconocimiento se presentan orientadas hacia la autoestima y la reputación, define la reputación como la percepción o el prestigio ante los demás y la autoestima como la confianza interior.

Maslow describió dos tipos de necesidades de estima, un alta y otra baja.

- La estima alta concierne a la necesidad del respeto a uno mismo, e incluye sentimientos tales como confianza, competencia, maestría, logros, independencia y libertad.
- La estima baja concierne al respeto de las demás personas: la necesidad de atención, aprecio, reconocimiento, reputación, estatus, dignidad, fama, gloria, e incluso dominio.



La merma de estas necesidades se refleja en una baja autoestima y el complejo de inferioridad.

El tener satisfecha esta necesidad apoya el sentido de vida y la valoración como individuo y profesional, que tranquilamente puede escalonar y avanzar hacia la necesidad de la autorrealización.

5. Autorrealización o autoactualización

Las necesidades de autorrealización se expresan como la punta de la pirámide cuando las necesidades a todos los niveles humanas son satisfechas. Para Maslow, la autorrealización es un ideal al que todo hombre desea llegar, satisfaciéndose mediante oportunidades para desarrollar el talento y su potencial al máximo, expresando ideas y conocimientos, creciendo y desarrollándose como una gran persona. En este contexto, el individuo precisa de trascender creando su propia obra. Los que la logran son los que el autor denomina «seres íntegros» (Castro, 2018). Inicialmente Maslow (1950) supuso que las necesidades de autorrealización se hacían fuertes al cumplir las de reconocimiento.

2.2.3. ESTADO NUTRICIONAL

El estado nutricional es la situación de salud que alcanza un individuo por la ingesta y utilización biológica de nutrientes a través de un equilibrio continuo y dinámico de la interacción del organismo humano con su medio ambiente, en un proceso adaptativo que puede ser afectado por la herencia y por el ambiente físico y biológico, cuando este equilibrio se pierde y se mantiene al margen de la adaptación, se producen alteraciones y deterioro en el estado nutricional. El crecimiento y desarrollo son procesos vinculados al estado nutricional y se encuentran ligados a factores genéticos, neurohormonales, nutricional socio económicos, estacionales, climático, enfermedades interrecurrentes y hasta situaciones emocionales (33).



Es probable que el peso excesivo pueda elevarlos niveles de colesterol total, causar hipertensión y aumentar el riesgo de enfermedad arterial coronaria. La obesidad aumenta las probabilidades de adquirir otros factores de riesgo cardiovascular, especialmente hipertensión niveles elevados de sangre.

Se ha descrito un incremento continuo de riesgo relativo de mortalidad conforme aumenta el índice de masa corporal (IMC), este incremento es más acentuado cuando el IMC es >30 (obesidad) además se ha observado una asociación del IMC y la obesidad con la hipertensión arterial, y algunos factores de riesgo tienden a agruparse o formar debido que están metabólicamente ligados (33).

2.2.3.1. Evaluación nutricional por antropometría

Es la ciencia que estudia las medidas del hombre. Se refiere al estudio de las dimensiones físicas y medidas humanas con el propósito de comprender los cambios físicos del hombre y las diferencias entre sus razas y sub-razas (34).

2.2.3.2. La antropometría

La antropometría es el método más utilizado para evaluar el tamaño, las proporciones, y la composición del cuerpo humano, por ser fácil de aplicar, de bajo costo y no invasivo. Permite predecir la nutrición, el rendimiento, la salud y la supervivencia. Por estas razones, se utiliza en el control de la salud y nutrición, así como en la selección de individuos y poblaciones a ser intervenidas (35).

Para obtener una evaluación nutricional óptima, es necesario utilizar la relación de variables como el peso y la talla, que traduciéndolas en índices antropométricos resultan esenciales para la interpretación de éstas, pues es evidente que un valor para el peso corporal por sí solo no tiene significado” (OMS,1995).Diversos índices que relacionan peso/altura han sido propuestos en la literatura, el índice más extensamente



usado es propuesto por Adolfo Quetelet, quien fue el primero en elaborar el IMC, basándose en las observaciones en adultos de peso normal y relacionándolas con la talla al cuadrado, el cual es usado actualmente como Índice de adiposidad. (34)

Existen razones determinantes que justifican el uso de la antropometría, teniendo en cuenta que cada vez más se es consciente que la talla y demás aspectos morfológicos de la composición corporal, se alejan de estar ligados a factores genéticos y se ven más influenciados por factores ambientales como la alimentación.

Las principales medidas antropométricas son peso, talla, pliegues cutáneos, circunferencias y diámetros corporales, a partir de las cuales se construyen diversos indicadores que permiten realizar el diagnóstico antropométrico final.

Las características corporales de la antropometría se pueden resaltar en cuatro aspectos principales:

- La antropometría constituye un método en cierto grado objetivo y no invasivo de medir la constitución y la composición corporal en general, así como de partes específicas.
- Las medidas son sencillas, rápidas y económicas.
- Los datos antropométricos son capaces de reflejar cambios en la
- Ingesta nutricional producidos a largo plazo.
- Los datos obtenidos deben evaluarse comparando con referencias
- Estándar de acuerdo a edad y género del individuo.

2.2.3.3. Índice masa corporal

El índice de masa corporal (IMC) es una medida de proporcionalidad que permite establecer la adecuación del peso para la estatura. Nos indica la masa corporal distribuida en la superficie corporal del mismo. Se calcula a partir del peso corporal (kg) dividido por el cuadrado de la talla (m). A pesar que no hace distinción entre los componentes grasos y no grasos de la masa corporal total, este es el método más práctico para evaluar el grado de riesgo asociado con la obesidad. (36)

El patrón de referencia más utilizado, es el establecido por la OMS especificándose los puntos de corte en la Tabla N°1 como observamos a continuación:

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL

TABLA DE IMC (Índice de Masa Corporal) según OMS	
CLASIFICACION	VALORES LÍMITES DEL IMC(Kg/m ²)
Bajo peso	< 18.5
Peso normal	18.5 - 25
Sobre peso	25 - 30
Obesidad grado I	30 - 35
Obesidad grado II	35 - 40
Obesidad grado III	>= 40

Fuente: Ministerio de Salud guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta. 2012.

2.2.3.4. Perímetro abdominal

La circunferencia abdominal o perímetro abdominal es una medida antropométrica simple y valiosa de la grasa abdominal. A nivel mundial y nacional es



usada para la identificación, evaluación y tratamiento de adultos con obesidad, sobrepeso e inclusive en pacientes de peso “normal”. Así mismo, El perímetro abdominal en la actualidad continúa siendo una medida antropométrica imprescindible en la valoración del paciente, independientemente del IMC, porque el aumento de la circunferencia se correlaciona de manera específica y directa con la grasa abdominal y particularmente con la grasa visceral.

2.2.3.5. Composición corporal

El peso corporal, los cambios en el peso y el índice de masa corporal reflejan el tamaño corporal y son indicadores del estado de nutrición y de riesgo, son fáciles de obtener, pero no dan información sobre la composición corporal, en particular, de la cantidad de masa corporal libre de grasa y de masa grasa. Ambos compartimentos son útiles para evaluar el estado de nutrición y el riesgo de mortalidad. En la actualidad se reconoce que la masa corporal libre de grasa disminuye conforme aumenta la edad mientras que la grasa corporal se incrementa. Recientemente las mediciones de la composición corporal, en especial la masa corporal libre de grasa, se ha propuesto como un indicador de desnutrición en los adultos mayores. Hasta la fecha, la masa corporal libre de grasa, la masa grasa y el índice de masa corporal se han utilizado como factores de riesgo (37) .

2.2.3.6. Índice cintura-cadera

Es una medida antropométrica específica para medir los niveles de grasa intraabdominal.

Existen dos tipos de obesidad según el patrón de distribución de grasa corporal: androide y ginecoide; al primer tipo se le llama obesidad intrabdominal o visceral y al segundo extrabdominal o subcutáneo y para cuantificarla se ha visto que una medida

antropométrica como la índice cintura/cadera se correlaciona bien con la cantidad de grasa visceral lo que convierte a este cociente en una medición factible desde el punto de vista práctico.

La OMS establece unos niveles normales para la índice cintura cadera aproximados de 0,8 en mujeres; valores superiores indicarían obesidad abdominovisceral, lo cual se asocia a un riesgo cardiovascular aumentado y a un incremento de la probabilidad de contraer enfermedades como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial (38).

El índice se obtiene midiendo el perímetro de la cintura a la altura de la última costilla flotante, y el perímetro máximo de la cadera a nivel de los glúteos.

$$ICC = \frac{cintura(cm)}{cadera(cm)}$$

2.2.3.7. Pliegues cutáneos

La medida de su espesor permite estimar con bastante aproximación la cantidad de grasa subcutánea, que constituye el 50 % de la grasa corporal. Su determinación se realiza mediante un instrumento llamado calibre o calíper (39).

La medición de los pliegues cutáneos que sirven para obtener datos del panículo adiposo es decir reservas energéticas (grasa corporal), para eso están los pliegues cutáneos tricaptal, bicipital, subescapular y otros, que son de gran utilidad para el estudio que tenga como objetivo medir el balance energético.

Los pliegues cutáneos son medidas del tejido graso de la región subcutánea, ya que en esta zona está localizado uno de los mayores depósitos de grasa en humanos. Es una estimación de la masa energética. No es válida en pacientes con anasarca o con edema. Existen diferencias en la distribución de grasa acorde a género, edad, y por esto



resulta más representativo tomar los pliegues en varios sitios. Los más usados en antropometría son: tricipital, bicipital, subescapular, y suprailiaco. (40)

2.2.4. MUJERES MENOPÁUSICAS.

Según la Organización Mundial de la Salud, la menopausia es la fase de la vida de la mujer donde termina la capacidad reproductiva. Los ovarios ya no funcionan y la producción de hormonas de esteroides y péptidos hormonales disminuye. En el organismo se producen diversos cambios fisiológicos, algunos de ellos resultantes del cese de la función ovárica y de fenómenos menopaúsicos con ella relacionados, y otros debidos al proceso de envejecimiento.”. “la menopausia natural se da entre las edades de 45 y los 55 años aproximadamente en todo el mundo” (41).

Así mismo según los autores Palacios y Menéndez, en su libro, hablan de la menopausia desde un punto de vista biológico, psíquico y social, donde definen a esta etapa de la mujer como: “Sinónimo del fin del periodo fértil y del cese de la actividad funcional ovárica (descenso hormonal) respectivamente”. (42)

En otro libro perteneciente a los autores Menéndez y Palacios, la menopausia marca el inicio de la etapa post-reproductiva de la mujer. Aparecen síntomas relacionados con el déficit de estrógenos (sofocaciones, sudoración nocturna, cambios de humor frecuentes, trastornos del sueño) puede afectar a la calidad de vida de las mujeres. (43)

Como se ha podido apreciar, la menopausia es una etapa transitoria del periodo reproductivo a la finalización de la misma; se evidencia con la ausencia de la menstruación durante un año y un descenso hormonal, que causa en las mujeres diferentes sintomatologías, así mismo, también afecta su estado emocional y entorno social; durante esta etapa, dicho grupo etario necesita mucho apoyo emocional por parte de su entorno



familiar. Según los diferentes autores, concuerdan en las edades promedio entre 45 a 55 años de edad para la presentación de la menopausia.

Según en la edad en la que se presenta la menopausia puede ser:

- **Menopausia precoz:** se da antes de los 45 años
- **tardía:** si se presenta a partir de los 55 años.

Así mismo, según la presentación pueden ser:

- **Menopausia natural:** se presenta de forma gradual y progresiva, se da un envejecimiento normal del ovario.
- **Menopausia artificial:** se da a causa de una intervención quirúrgica, ya sea extracción de ovarios o una histerectomía; también se da cuando la mujer está pasando por procesos de radioterapia o quimioterapia.

La vida reproductiva está dividida por etapas respecto al envejecimiento ovárico y cambios endocrinos; desde el inicio de su vida reproductiva o premenopausia, su transición menopaúsica e inicio de la etapa posmenopáusica.

2.2.4.1. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento ovárico:

- **Premenopausia:** Va desde la menarquía y durante toda su vida reproductiva; el organismo está regido a una actividad neuroendocrina, regulada desde el cerebro (hipotálamo- hipófisis) y dirigido hacia los órganos diana (ovarios y mamas) para que estos cumplan de forma cíclica sus principales funciones. La segregación de las hormonas folículo estimulante FSH y hormona luteinizante LH, las cuales son liberadas por la hipófisis, estas hormonas actúan sobre los ovarios y condicionan el ciclo ovárico. La producción ovárica libera tres hormonas sexuales: estrógenos,



progesterona y andrógenos. Estas tres últimas hormonas no solo actúan sobre el aparato genital o mamas sino también sobre el resto de órganos y sistemas (piel, hueso, sistema cardiovascular, sistema nervioso central), debido a que el cuerpo de la mujer debe estar preparado para responder situaciones estresantes como el embarazo, parto y lactancia.

- **Transición menopáusica:** llamado también climaterio o perimenopausia, en forma general en esta etapa se da el inicio del declive de la función ovárica hasta la última menstruación, justamente esta etapa esta subdividida en dos fases: perimenopausia temprana, su duración es muy variable y los cambios se observan en la longitud del ciclo menstrual; la otra fase es perimenopausia tardía que suele durar entre 1 a 3 años, el cual se caracteriza por ciclos más irregulares, en esta fase se inicia los síntomas menopáusicos y síntomas vasomotores (sofocaciones, sudores), con la culminación definitiva de la menstruación, es decir se presenta la menopausia, se da un aumento en la sintomatología vasomotora, cambios en el patrón del sueño, mayor labilidad emocional como cambios de humor muy frecuentes. Recordemos que la actividad neuroendocrina cíclica se da todos los meses en la vida reproductiva, pero cuando este proceso finaliza, no solo se afecta la parte reproductiva, sino también todos los sistemas del cuerpo, sumado a ello está un estilo de vida inadecuado, justifica la aparición de diversos síntomas y factores de riesgo.

Posmenopausia: El inicio de esta etapa está marcado por la menopausia y el descenso de estrógenos. Se divide en dos fases posmenopausia temprana los primeros 5 años transcurridos de la menopausia y la posmenopausia tardía ya 35 son los siguientes años. En esta última etapa el organismo se va adaptando a los cambios presentados. Al conocer



los cambios fisiológicos por los que pasa una mujer durante esta etapa, ahora se mencionan los diferentes síntomas menopaúsicos.

2.2.4.2. Manifestaciones Clínicas de la Menopausia

Bochornos, sudoración nocturna: La causa se atribuye a alteraciones en el centro termorregulador hipotalámico con descargas de hormona luteinizante (LH) por disminución de estrógenos y elevación de la temperatura central con vasodilatación periférica y a alteraciones de neurotransmisores en el área termorreguladora del hipotálamo (44).

Insomnio: A causa de lo anteriormente mencionado, se ha encontrado que al menos un tercio de las mujeres climatéricas manifiestan alteraciones en su patrón de sueño. Por lo tanto, estos trastornos se pueden considerar dentro de los síntomas que afectan la calidad de vida de las mujeres.

Constitución femenina: Suele modificarse en esta etapa con tendencia a la obesidad en la mayoría de las mujeres, aunque en algunas hay adelgazamiento.

Molestias cardíacas: El rol protector que ejercen los estrógenos contra diversas enfermedades cardiovasculares, se pierde a medida que disminuye la producción de esta hormona durante la perimenopausia. Debido a esto, la cardiopatía coronaria es una de las principales causas de muerte entre las mujeres ancianas.

Molestias musculares y articulares: Se cree que la deficiencia de los estrógenos repercute, por una parte, sobre el tejido conectivo y músculos del cuerpo y, por otra parte, provoca en el hueso un incremento de la actividad osteoclástica y una disminución en el depósito de minerales, con el subsecuente incremento de la fragilidad del tejido.



Cambios de la piel: La piel es otro órgano que sufre las consecuencias de la disminución de los estrógenos, ya que estos intervienen en la producción de colágeno favoreciendo la hidratación y la tersura de la piel. A su vez, la piel se adelgaza y se acentúan las líneas de expresión, dando origen a las arrugas. Estos cambios provocan en la mujer una percepción negativa de su autoimagen, alterando su estado emocional.

los cambios genitourinarios encontramos como síntomas: sequedad vaginal, dispareunia y disminución de la libido, debido a que en la vulva se atrofian los labios mayores y menores al mismo tiempo, la mucosa vulvar se hace blanquecina y sus rugosidades desaparecen; y el periné se relaja pues como se sabe los músculos perineales conservan su función por la acción de los estrógenos.

Las señales urinarias pueden consistir en disuria, necesidad urgente de orinar, incontinencia urinaria e infecciones recurrentes de vías urinarias, debido a que los tejidos de la uretra y la base de la vejiga son sensibles a los estrógenos, existen otros factores que también juegan un papel importante, como lo son la paridad, los traumatismos del parto, el prolapso uterino y ciertos fármacos.

Los cambios psicológicos se presentan cambios de carácter y labilidad afectiva, llanto fácil, ansiedad, falta de comunicación, preocupación por la salud y necesidad de comprensión y apoyo. De todos los síntomas el más frecuente es la depresión que se asocia con trastornos del metabolismo del triptófano por la falta de estrógenos, pues los estrógenos aumentan el cortisol sérico y este el triptófano ciclooxigenasa que transforma el hidroxitriptofano en serotonina, una falta de esta última es la que genera depresión. En conclusión, hay una disminución de su satisfacción personal y por tanto de su autoestima (45).



Problemas sexuales: Las mujeres menopáusicas tienden a experimentar una importante disminución de la libido y del interés por la actividad sexual, debida a ciertos cambios biológicos, como la atrofia vaginal, menor producción de moco y sequedad de la vagina, que hacen molestas o dolorosas las relaciones sexuales, existen otros factores que repercuten en dicho problema; entre ellos se encuentra la presencia o no de una pareja sexual, la edad de la pareja y su salud, los sentimientos hacia la pareja, entre otros.

2.2.5 COMEDORES POPULARES

El Programa brinda apoyo alimentario a través de los comedores, para su distribución a la población beneficiaria con alimentos preparados. Las metas y ámbitos se establecen cada año, en el Plan de Complementación Alimentaria de los gobiernos provinciales que forman parte de los Planes Operativos. Los comedores populares son organizaciones sociales de base conformadas por mujeres, cuya actividad principal es la preparación de alimentos y el apoyo social. Están ubicados en zonas de pobreza y extrema pobreza. Pueden tener la denominación de: Comedor Popular, Club de Madres, Comedor Parroquial, Cocina Familiar y otros afines (46).

- **beneficiarios del programa de comedores**

En un número de 52 comedores programados la canasta alimentaria, está conformada por: arroz superior, morón de trigo, habas, grated de anchoveta en agua y sal, anchoveta en salsa de tomate y aceite vegetal. La distribución se realiza en forma trimestral para 20 días por mes. Los comedores tienen como beneficiarios a madres socias, ancianos, niños huérfanos, escolares y público en general que se encuentran ubicados en las zonas de pobreza y extrema pobreza.

- **ración y aporte nutricional de la canasta alimentaria**



El programa consiste en la complementación alimentaría por cada persona y para 20 días, suministrando por día una canasta por 200gr. De alimentos, que cubra por lo menos el 31% de los requerimientos energéticos, y el 54% de los requerimientos proteicos (46).



2.2.6 MARCO CONCEPTUAL

2.2.6.1. Estilo de vida.

Es el conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal (47)

2.2.6.2. Estilos de vida saludable

Es la forma de vivir de la persona adulta, cuyo conjunto de patrones de conducta o hábitos promueven y protegen su salud, familia y comunidad (48).

2.2.6.3. Menopausia.

Se considera que una mujer está en la menopausia cuando ha transcurrido un año desde la última menstruación, la menopausia, es una parte natural de la vida de la mujer en la cual se producen cambios significativos a nivel orgánico, psicológico y social con modificaciones en la función endocrina, tales como la disminución de los niveles de estrógenos circulantes.

2.2.6.4. Estado nutricional.

Es la situación de salud de la persona adulta como resultado de su nutrición, su régimen alimentario y su estilo de vida (48).

2.2.6.5. Peso

Es la medida de valoración nutricional más empleada, está en función del tipo morfológico y del esqueleto del individuo (49).



2.2.6.6. Talla

La talla, o medida en centímetros de la altura de cada persona es otra de las mediciones antropométricas que se realizan a la hora de una valoración nutricional, su medición se hace con la ayuda de un tallímetro (50).

2.2.6.7. Índice de Masa Corporal

Es la relación entre el peso corporal con la talla elevada al cuadrado de la persona. Se le conoce también como índice de Quetelet, y su fórmula de cálculo es la siguiente:
$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{talla (m)}^2 \text{ (48) .}$$

2.2.6.8. Índice cintura – cadera

Es la relación que resulta de dividir el perímetro de la cintura de una persona por el perímetro de su cadera (51).

2.2.6.9. Porcentaje de grasa corporal

Este concepto difiere del IMC, no son lo mismo. Para clasificar el nivel de lípidos de nuestro organismo utilizamos la grasa corporal relativa (%GC). En la composición corporal se diferencia entre la masa grasa y la masa libre de grasa (músculos, huesos, etc.) (52).

2.2.6.10. Pliegues cutáneos

También llamado espesímetro o plicómetro. Mide el espesor del tejido adiposo en determinados puntos de la superficie corporal. Su característica básica es la presión constante de 10 g/cm² en cualquier abertura (53).



2.2.6.11. barrio urbano marginales

Es aquel sector del espacio urbano que comprende las zonas periféricas, ubicadas en el extrarradio urbano, y en consecuencia alejadas del casco central de la ciudad. Como tal, su población se encuentra compuesta por personas en situación de pobreza (54).



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDIO:

El presente trabajo de investigación es de tipo diseño descriptivo, analítico, correlacional y de corte transversal.

3.2 LUGAR DE ESTUDIO

La investigación se realizó en los comedores populares: Micaela bastidas (urus chulluni), Micaela bastidas (urus collana), Asc. De mujeres Micaela bastidas, Concordia central, Central chimú, Infantil nuestra señora, Infantil candelaria herrera, en los barrios urbano marginales de la ciudad de Puno.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población

La población de estudio estuvo conformada por 211 mujeres menopaúsicas (45 a 55 años) de los barrios urbano marginales de la ciudad de Puno. Esta población se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 1: Población de mujeres menopaúsicas de Puno, 2018

Barrios	Mujeres	Total
Micaela bastidas Urus Chulluni	23	23
Asociación de mujeres Micaela Bastidas	42	42
Concordia Central	30	30
Central Chimú	33	33
Infantil Candelaria Herrera	25	25
Infantil Nuestra Señora	34	34
Micaela Bastidas Urus Collana	24	24
Total	211	211

Fuente: Lista de socias empadronadas de los comedores populares, Puno.

Muestra

Constituida por 84 mujeres menopáusicas. Para la muestra se utilizó el tipo de muestreo aleatorio estratificado, con un nivel de confianza del 95% siendo la fórmula:

$$n = \frac{Npqz^2}{(N-1)E^2 + Z^2 pq}$$

Dónde:

n: muestra

N: población

E: margen de error (0.05)

Z: valor de distribución (1.96)

p: proporción de p (0.9)

q: proporción de q (0.1)

$$n = \frac{211(0,9)(0,1)Z^2}{(211 - 1)(0,05)^2 + (1,96)^2(0,25)} = 83,78$$

n = 84 socias

En donde: Reemplazando a la formula, la muestra fue de 84

Para la selección de las mujeres menopaúsicas a encuestarse se ha tomado en cuenta el tipo de muestreo probabilístico, porque todas tienen la misma probabilidad de ser seleccionadas, las que se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 2: Muestra de mujeres menopaúsicas de Puno, 2018.

Barrios	Frecuencia	Porcentaje
Micaela bastidas Urus Chulluni	9	10.7%
Asociación de mujeres Micaela Bastidas	17	20.2%
Concordia Central	12	14.3%
Central Chimú	13	15.5%
Infantil Candelaria Herrera	10	11.9%



Infantil Nuestra Señora	13	15.5%
Micaela Bastidas Urus Collana	10	11.9%
Total	84	100%

Fuente: Elaboración del investigador

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Mujeres sin periodo menstrual durante un año
- Mujeres con edades entre 45 a 55 años

Criterios de exclusión

- Mujeres embarazadas
- Mujeres que estén dando de lactar
- Mujeres menores a 45 años de edad
- Mujeres mayores a 55 años de edad
- Mujeres con enfermedades renales
- Mujeres con enfermedad crónica degenerativa.
- Mujeres que sufren de algún síndrome metabólico
- Mujeres con fractura

3.4. VARIABLES

Variable independiente: Estilo de vida

Variable dependiente: Composición corporal

Operacionalización de variables



Variable	Indicador	Categoría	Índice
Independiente Estilo de vida	1.Alimentación 2.Actividad y ejercicio 3. Manejo del estrés 4.Apoyo interpersonal 5.Autorrealización 6.Responsabilidad en salud	a) Saludable b) No Saludable	75 a 100 puntos 25 a 74 puntos
Dependiente Composición corporal	Índice masa corporal	Bajo peso Normal Sobrepeso(preobeso) Obesidad grado I Obesidad grado II Obesidad grado III	< 18,5 18,5 a < 25 25 a < 30 30 a < 35 35 a < 40 ≥ a 40
	Perímetro abdominal	Bajo Alto Muy alto	< 80cm ≥ 80 cm ≥ 88 cm
	Porcentaje de grasa corporal	Normal Limite Obesidad	20-30% 31-33% >33%
	Índice cintura-cadera	Bajo Medio Alto	< 0.80 0.81 – 0.84 > 0.85



3.5. MÉTODOS, TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para evaluar el estilo de vida

Método:

- **Cuestionario:** Método que se utilizó para registrar los estilos de vida saludable.

Técnica:

- **Entrevista:** Se utilizó para recolectar la información sobre los estilos de vida saludable de las mujeres menopaúsicas.

Para ello se seguirá el siguiente procedimiento.

- Se solicitó autorización al programa de complementación alimentaria de la Municipalidad Provincial de Puno.
- Se coordinó con la presidenta del comedor popular para sacar el permiso respectivo, para aplicar la encuesta de estilos de vida.
- Se visitó a las mujeres menopaúsicas en el comedor según el día coordinado.
- Previo a la aplicación del instrumento se obtuvo el consentimiento informado de los participantes.
- Antes de responder el cuestionario, se tendrá una explicación breve sobre el motivo de estudio siendo criterio veraz y confidencial.
- Después de explicar a cada uno de los participantes, se procedió a la aplicación de los instrumentos de forma individual y con un tiempo de 15 a 20 minutos para cada una.
- Los instrumentos se aplicaron a través de una encuesta a las mujeres menopaúsicas que residen en los barrios urbano marginales de la ciudad de Puno.



- Al finalizar la aplicación de las encuestas, se les brindó consejería respectiva y necesaria a cada uno de las mujeres menopaúsicas que formaron parte de nuestro estudio.
- Posteriormente se prosiguió con la toma de datos de la evaluación del estado nutricional: Peso, talla, perímetro abdominal, índice cintura-cadera, pliegues cutáneos (P. tricíp, P. Bicip, P. subescap, P.sup).

Instrumentos: Encuesta para estimar los estilos de vida saludable se utilizó como instrumento el cuestionario de escalas de estilos de vida. (**Anexo 01**)

Se utilizará la Escala del Estilo de vida, Instrumento elaborado en base al Cuestionario de estilo de vida de Walker, Sechrist, Pender modificado por: Díaz, R; Márquez, E; Delgado, R (2008). El mismo que será utilizado para la presente investigación y para poder medir el Estilo de vida a través de sus dimensiones como son alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud. Está constituido por 25 ítems.

Los puntajes obtenidos para la escala total resultan del promedio de las diversas respuestas a los 25 ítems. Se aplicará una escala de puntaje de:

- Nunca (N) = 1 Punto.
- A Veces (V) = 2 Ptos.
- Frecuentemente (F) = 3 Puntos.
- Siempre (S) = 4 Puntos.

La escala de medición es de 25 a 100 puntos que van a determinar el perfil de estilo de vida de cada persona encuestada de la siguiente manera:

- Puntaje de 25 a 74 puntos: los estilos de vida serán no saludables



- Puntaje de 75 a 100 puntos: los estilos de vida serán saludables

Confiabilidad y validez: El presente instrumento fue validado en 1990 por Walker, Sechrist, Pender, modificado por Díaz, Márquez, Delgado en el 2008. Así mismo validado nuevamente por Fernández Y. (2013), por Romero S. (2017). (55) El mismo que fue utilizado para fines de la presente investigación, considerándose así pertinente su aplicación, el cual, es más eficiente y se adecua al perfil de las mujeres menopaúsicas que también son considerados personas de edad adulta.

Además, fue aplicado en diversos estudios de investigación nacionales e internacionales tales como: Valderrama (56) , Taco y Vargas (57), Serrano (58) entre otros.

3.5.2. Para evaluar el estado nutricional

Índice de Masa Corporal (IMC)

Método: Se aplicó el Método Antropométrico

Técnica: Peso y talla para evaluar el Índice masa corporal

Peso:

- Se verificó la ubicación y condiciones de la balanza. La balanza debe estar ubicada en una superficie lisa, horizontal y plana, sin desnivel o presencia de algún objeto extraño bajo esta.
- Se solicitó a la persona adulta que se quite los zapatos y el exceso de ropa.
- Se ajustó la balanza a 0 (cero) antes de realizar la toma del peso.
- Solicitar a la persona adulta que se coloque en el centro de la plataforma de la balanza, en posición erguida y mirando al frente de la balanza, con los brazos a



los costados del cuerpo, con las palmas descansando sobre los muslos, los talones ligeramente separados y la punta de los pies separados formando una “V”.

- Se procedió a leer en voz alta el peso en kilogramos y la fracción en gramos, y descontar el peso de las prendas de la persona.
- Se registró el peso obtenido en kilogramos y la fracción en gramos, con letra clara y legible

Instrumento: Balanza de pie digital.

Talla:

- Se verificó la ubicación y condiciones del tallímetro. Verificar que el tope móvil se deslice suavemente, y chequear las condiciones de la cinta métrica a fin de dar una lectura correcta.
- Se explicó a la persona adulta el procedimiento de medición de la talla, y solicitar su colaboración.
- Se solicitó que se quite los zapatos, el exceso de ropa, y los accesorios u otros objetos en la cabeza o cuerpo que interfieran con la medición.
- Se indicó que se ubique en el centro de la base del tallímetro, de espaldas al tablero, en posición erguida, mirando al frente, con los brazos a los costados del cuerpo, con las palmas de las manos descansando sobre los muslos, los talones juntos y las puntas de los pies ligeramente separados.
- Se aseguró que los talones, pantorrillas, nalgas, hombros, y parte posterior de la cabeza, se encuentren en contacto con el tablero del tallímetro.



- Se verificó la posición de la cabeza: constatar que la línea horizontal imaginaria que sale del borde superior del conducto auditivo externo hacia la base de la órbita del ojo, se encuentre perpendicular al tablero del tallímetro (plano de Frankfurt).
- A continuación, colocar la palma abierta de su mano izquierda sobre el mentón de la persona adulta a ser tallada, luego ir cerrándola de manera suave y gradual sin cubrir la boca, con la finalidad de asegurar la posición correcta de la cabeza sobre el tallímetro.
- Con la mano derecha deslizar el tope móvil del tallímetro hasta hacer contacto con la superficie superior de la cabeza (vertex craneal), comprimiendo ligeramente el cabello; luego deslizar el tope móvil hacia arriba. Este procedimiento (medición) debe ser realizado tres veces en forma consecutiva, acercando y alejando el tope móvil. En cada una de esas veces, se tomará el valor de la medición, en metros, centímetros y milímetros.
- Se procedió a leer en voz alta las tres medidas, obtener el promedio y registrarlo

Instrumento: Tallímetro.

Perímetro abdominal

- Se solicitó a la persona adulta que se ubique en posición erguida, sobre una superficie plana, con el torso descubierto, y con los brazos relajados y paralelos al tronco.
- Se aseguró que la persona se encuentre relajada y, de ser el caso, solicitarle se desabroche el cinturón o correa que pueda comprimir el abdomen.
- Los pies deben estar separados por una distancia de 25 a 30 cm, de tal manera que



su peso se distribuya sobre ambos miembros inferiores.

- Se palpó el borde inferior de la última costilla y el borde superior de la cresta iliaca, ambos del lado derecho, determinar la distancia media entre ambos puntos y proceder a marcarlo; realizar este mismo procedimiento para el lado izquierdo.
- Se colocó la cinta métrica horizontalmente alrededor del abdomen, tomando como referencia las marcas de las distancias medias de cada lado, sin comprimir el abdomen de la persona.
- Se realizó la lectura en el punto donde se cruzan los extremos de la cinta métrica.
- Se tomó la medida en el momento en que la persona respira lentamente y expulsa el aire (al final de una exhalación normal). Este procedimiento debe ser realizado tres veces en forma consecutiva, acercando y alejando la cinta, tomando la medida en cada una de ellas.
- Se procedió a leer en voz alta las tres medidas, obtener el promedio y registrar.

Instrumento: cinta métrica

Índice Cintura-Cadera

Cintura: Con cinta métrica inextensible de 2 metros de largo, de 0,5 centímetros de ancho, se medirá en espiración el punto medio entre el reborde costal y la cresta iliaca, el resultado de obtendrá en centímetros.

Cadera: con cinta métrica inextensible se realizará la medición a nivel de los trocánteres mayores, que en general coincide con la sínfisis pubiana. El sujeto deberá estar de pie, con los glúteos relajados y los pies juntos.

Índice cintura-cadera: su fórmula es la siguiente:



IC – C = Circunferencia de la cintura (en centímetros) / Circunferencia de la cadera (en centímetros).

Instrumentos: Ficha de datos de composición corporal. **Anexo 02**

El Porcentaje de Grasa Corporal

El plicómetro, caliper o calípero es el método más fiable para calcular el porcentaje de grasa corporal. Se trata de un sencillo instrumento que sirve para medir los pliegues del cuerpo. Con los dedos índice y pulgar se separa la piel del cuerpo; la pinza del plicómetro se agarra entonces la piel en la parte más cercana al cuerpo y se obtiene una medida en milímetros.

Hay diversas fórmulas para calcular la grasa corporal con el plicómetro: la fórmula de 7 pliegues, la de 6 pliegues, la de 4 pliegues y la de 3 pliegues.

Para el estudio se aplicó la fórmula de 4 pliegues.

- **Pliegue tricípital:** Tomado en un punto equidistante entre el acromion y el olécranon en vertical.
- **Pliegue Bicipital:** El pliegue se ubica en la parte anterior del brazo, igualmente se deben tomar las mismas indicaciones del pliegue tricípital
- **Pliegue subescapular:** Pliegue diagonal en ángulo de 45 grados un centímetro debajo del ángulo interior de la escápula.
- **Pliegue suprailíaco:** Pliegue diagonal en el punto más alto de la cresta iliaca, es decir, en oblicuo equidistante entre la espina ilíaca antero superior y las últimas costillas.
- Agarra con firmeza la piel con los dedos índice y pulgar, como si fuera una pinza.



- Tira de la piel para separarla del cuerpo.
- Toma la medida con el plicómetro en la parte más cercana al cuerpo.
- Anotar los resultados para poder aplicar posteriormente la fórmula.

Formula de durnin/womersley

Densidad corporal (DC)=C-[M * log(suma pliegues)]

Mujeres:

EDAD	16 - 19 años	20 - 29 años	30 - 39 años	40 - 49 años	50 +años
C	1.1549	1.1599	1.1423	1.1333	1.1339
M	0.0678	0.0717	0.0632	0.0612	0.0645

Tabla constante C y M para formula Durnin/Womersley para mujeres

Reemplazar la DC en la siguiente formula:

Porcentaje de grasa (%G) = [(4,95/densidad corporal)-4,5]*100

Instrumento: caliper

3.5.3. Consideraciones éticas

Se entregó el formato de consentimiento informado a las personas que participaron del estudio, se consideró como participante en el estudio solo aquellos que aceptaron firmar este documento.

3.6. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO (PROCESAMIENTO DE DATOS)

Los datos obtenidos fueron procesados mediante el programa Microsoft Excel para evaluación nutricional, la composición corporal y del paquete estadístico SSPS

versión 25.0 para estilos de vida. Los resultados se presentaron como porcentajes, seguido del análisis univariado y bivariado. Para realizar el contraste de la hipótesis planteada se aplicó la prueba estadística chi cuadrada, a un nivel de significancia de 0.05. **Anexo 03**

$$X_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(O_{1j} - E_{1j})^2}{E_{1j}}$$

Con $(f - 1)(c - 1)$; α Grados de libertad

Donde:

O_{ij} = Valores observados

E_{ij} = Valores esperados

f = número de filas

c = número de columnas

Decisión de chi cuadrada

$p > 0,05$ confirma Hipótesis nula, siendo no significativa (n.s)

$p \leq 0,05$ confirma Hipótesis alterna, siendo significativa al 5%

Planteamiento de hipótesis estadística

Ha: El estilo de vida influye en la composición corporal de las mujeres menopaúsicas que residen en los barrios urbano marginales de la ciudad de Puno, 2018

Ho: El estilo de vida no influye en la composición corporal de las mujeres menopaúsicas que residen en los barrios urbano marginales de la ciudad de Puno, 2018

En la prueba de hipótesis planteada, se verifico el cumplimiento de sus condiciones de aplicación y se utilizó el nivel de significación del 5%.

Entre la variable: X dependiente y la variable Y independiente:

- $H_o: r = 0$ no existe relación
- $H_a: r \neq 0$ si existe relación
- Si $X_c > X_t$ entonces se rechaza la H_o

Si $X_c < X_t$ entonces se acepta la H_a

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Objetivo específico 1.

Valorar el estilo de vida de las mujeres menopaúsicas.

Tabla 3. Estilo de vida según dimensión alimentación de las mujeres menopaúsicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.

Alimentación	Nunca		A veces		Frecuente		Siempre		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Come Ud. tres veces al día: desayuno almuerzo y comida.	18	21.43	26	30.95	11	13.10	29	34.52	84	100.00
Todos los días, Ud. consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales y granos.	15	17.86	45	53.57	5	5.95	19	22.62	84	100.00
Consumo de 4 a 8 vasos de agua al día.	21	25.00	39	46.43	7	8.33	17	20.24	84	100.00
Incluye entre comidas el consumo de frutas.	22	26.19	39	46.43	5	5.95	18	21.43	84	100.00
Escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida.	31	36.90	33	39.29	11	13.10	9	10.71	84	100.00
Lee Ud. las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes.	25	29.76	33	39.29	6	7.14	20	23.81	84	100.00

Fuente: Matriz de Datos

La tabla N° 3, En el primer ítem se observa que el 34,52% de las mujeres menopaúsicas consume tres comidas al día, y el 30,95% a veces consumen las tres comidas, esta situación implica un riesgo de déficit en el consumo de calorías y nutrientes que contribuye a los procesos de vulnerabilidad coadyuvantes a padecer enfermedades no transmisibles.

En el segundo ítem, el 53,57% a veces consumen alimentos balanceados todos los días, debido a factores económicos de la zona rural categorizados como pobre extremo, que no disponen de medios económicos para poder acceder a la variedad de



alimentos que requiere su organismo, asimismo la falta de conocimientos en temas de alimentación y salud son factores que podrían influir directamente en su estado nutricional; el 22,62% siempre consumen alimentos balanceados.

en el tercer ítem se observa que el 46,43% a veces consumen de 4 a 8 vasos de agua al día. y el 25% de las mujeres nunca consume de 4 a 8 vasos de agua al día el cual podría ocasionar algunas alteraciones en el organismo ya que el agua cumple numerosas funciones en el organismo. A través de la transpiración, se pierde calor a medida que el agua se evapora en la piel. Si bien un individuo puede permanecer varias semanas sin recibir alimento, no podría sobrevivir más de diez días sin beber agua.

En el cuarto ítem se observa que el 46,43% a veces incluyen en sus comidas frutas, mientras que el 21,43% siempre incluye fruta entre sus comidas, en el quinto ítem se observa que el 36,29% nunca escogen comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida, el 10,71% siempre escogen comidas que no contengan ingredientes artificiales.

El sexto ítem se observa que el 39,29% a veces dan lectura a las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes, mientras que el 23,81% de las mujeres menopáusicas siempre leen las etiquetas de las comidas empaquetadas.

Como lo dice Nogueira C., et al. (2018). En el estudio titulado: “Consumo alimenticio de mujeres activas e inactivas físicamente durante la postmenopausia”, el cual nos dice que las mujeres activas consumen más alimentos protectores que las inactivas. Este resultado ayuda de alguna manera a nuestra dimensión, ya que un porcentaje considerable consumen tres veces al día: desayuno almuerzo y comida, el cual se considera como una buena alimentación.

Tabla 4. Estilo de vida dimensión actividad y ejercicio de las mujeres menopaúsicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.

Actividad y ejercicio	Nunca		A veces		Frecuente		Siempre		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hace Ud., ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana.	18	21.43	26	30.95	11	13.10	29	34.52	84	100.00
Diariamente Ud. realiza actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo.	15	17.86	45	53.57	5	5.95	19	22.62	84	100.00

Fuente: Matriz de Datos

Tabla N° 4, En el primer ítem se observa que el 30,95% algunas veces realizan ejercicios por un tiempo de 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana, el 34,52% siempre realizan ejercicios con el fin de prevenir la salud.

En el segundo ítem se observa que el 53,57% a veces realizan actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo, el 22,62% siempre o diariamente realizan actividades de movimiento corporal.

Gracias a la práctica de actividad física en las mujeres menopaúsicas mejora el estado de ánimo, disminuye la depresión y ansiedad y al ser una zona rural con relativo acceso a movilidad, las personas se ven obligadas a movilizarse a pie, por lo que las caminatas de grandes distancias tienden a una actividad física moderada, debido a que se dedican a la ganadería y actividades agrícolas.

Este resultado apoya Bermúdez E., Et al. (2018) En el estudio titulado: “nivel de actividad física y composición corporal en mujeres menopaúsicas en la universidad Simón Bolívar”. El cual menciona que el 63,3%, el 20% y el 16,7% realizan actividad física baja, moderada o vigorosa, respectivamente. Se tuvo como conclusión una vez que culmina su último periodo menstrual las mujeres >40 años sufren un cambio hormonal manifestándose con un bajo rendimiento funcional en sus actividades diarias, se vuelven

más sedentarias y propensas a padecer de enfermedades crónicas, y el permanecer mucho tiempo sentada influye en el deterioro de la condición física.

Tabla 5. Estilo de vida dimensión manejo del estrés de las mujeres menopaúsicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.

Manejo del estrés	Nunca		A veces		Frecuente		Siempre		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.	7	8.33	41	48.81	10	11.90	26	30.95	84	100.00
Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación.	16	19.05	38	45.24	9	10.71	21	25.00	84	100.00
Ud. plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación	5	5.95	42	50.00	7	8.33	30	35.71	84	100.00
Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.	11	13.10	45	53.57	13	15.48	15	17.86	84	100.00

Fuente: Matriz de Datos

En la tabla N° 05 se observa que el 48,81% identifica a veces las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida, el 30,95% expresa siempre sus sentimientos de tensión o preocupación. En el segundo ítem se observa que el 45,24% a veces expresan sus sentimientos de tensión o preocupación, el 25,00% siempre muestran preocupación. En el tercer ítem se observa que el 50,00% a veces plantean alternativas de solución frente a la tensión o preocupación, el 35,71% siempre dan solución a situaciones de preocupación, en el cuarto ítem se observa que el 53,57% a veces realizan actividades de relajación tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración, el 17,86% siempre muestran actividades de relajación.

Este resultado que se muestra en la dimensión manejo del estrés de las mujeres menopaúsicas nos aclara que la población en estudio está expuesta y que un porcentaje alto si tiene estrés en su etapa menopaúsica. Debido que a esta etapa de por si las mujeres llegan desnutridas y eso recurre todos los síntomas.

Tabla 6. Estilo de vida dimensión apoyo interpersonal de las mujeres menopaúsicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.

Apoyo interpersonal	Nunca		A veces		Frecuente		Siempre		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Se relaciona con los demás.	15	17.86	29	34.52	12	14.29	28	33.33	84	100.00
Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás.	4	4.76	41	48.81	13	15.48	26	30.95	84	100.00
Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas.	10	11.90	40	47.62	9	10.71	25	29.76	84	100.00
Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás.	18	21.43	42	50.00	5	5.95	19	22.62	84	100.00

Fuente: Matriz de Datos

Tabla N° 6. Muestra resultados del Estilo de vida dimensión Apoyo interpersonal.

En el primer ítem se observa que el 33,33% de las mujeres menopaúsicas siempre se relaciona con los demás, el 34,52% a veces muestran relación con sus compañeras, en el segundo ítem se observa que el 48,81% a veces mantienen buenas relaciones interpersonales con los demás, el 30,95% siempre tienen buenas relaciones interpersonales.

En el tercer ítem se observa que el 47,62% a veces comentan sus deseos e inquietudes con las demás personas, el 29,76% siempre comentan a sus compañeras sus inquietudes, en el cuarto ítem se observa que el 50,00% a veces enfrentan situaciones difíciles, recibiendo apoyo de los demás, el 22,62% siempre reciben apoyo en situaciones difíciles. Un 48,81% de mujeres menopaúsicas algunas veces mantienen buenas relaciones interpersonales

La falta de apoyo agrava el estado de ánimo de algunas mujeres menopaúsicas ocasionando una gran preocupación sobre todo por la falta de dinero y el abandono de sus hijos o su pareja, deprimiendo el sistema inmunológico. Por el contrario, la carencia de determinadas habilidades sociales puede provocar rechazo, aislamiento, y en consecuencia limitaciones a la calidad de vida.

como lo dice Monges (1999) quien menciona que el apoyo o relaciones interpersonales constituyen pues un aspecto básico en nuestras vidas, funcionando no solo como un medio para alcanzar determinados objetivos; sino con un fin mismo.

Tabla 7. Estilo de vida dimensión autorrealización de las mujeres menopaúsicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.

Autorealización	Nunca		A veces		Frecuente		Siempre		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida.	18	21.43	33	39.29	14	16.67	19	22.62	84	100.00
Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza.	19	22.62	34	40.48	10	11.90	21	25.00	84	100.00
Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal.	13	15.48	36	42.86	10	11.90	25	29.76	84	100.00

Fuente: Matriz de Datos

Tabla 7. Muestra resultados del Estilo de vida dimensión autorrealización de las mujeres menopaúsicas. En el primer ítem se observa que el 39,29% a veces se encuentran satisfechas con lo que ha realizado durante su vida, el 22,62% siempre muestran satisfacción con sus compañeras, en el tercer ítem se observa que el 40,48% algunas veces están satisfechas con las actividades que actualmente realizan, el 25,00% siempre muestran satisfacción al realizar sus actividades, en el tercer ítem se observa que el 42,86% algunas veces realizan actividades que fomenten su desarrollo personal, el 29,76% siempre fomentan su desarrollo personal, 22,62% siempre muestran satisfacción con sus compañeras, es decir, siempre hay una buena autorrealización.

Estas manifestaciones se presentan por desinterés asociado a falta de motivación, depresión, baja autoestima, aislamiento de los seres queridos, familiares, hijos, situaciones de pérdida, cuando fallece la pareja y se sienten solos sin apoyo, también se asocia a enfermedades, problemas sensoriales, traumatismos, estrés y otros, asimismo es necesario darle valor a las actividades que las mujeres menopaúsicas realizan.

según Maslow quien menciona que la necesidad de autorrealización son las más elevadas del ser humano y lo llevan a realizarse mediante el desarrollo de sus aptitudes y capacidades.

Tabla 8. Estilo de vida dimensión Responsabilidad en salud de las mujeres menopáusicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.

Responsabilidad en salud	Nunca		A veces		Frecuente		Siempre		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.	29	34.52	26	30.95	4	4.76	25	29.76	84	100.00
Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud.	27	32.14	28	33.33	2	2.38	27	32.14	84	100.00
Toma medicamentos solo prescritos por el médico.	15	17.86	32	38.10	11	13.10	26	30.95	84	100.00
Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud.	12	14.29	41	48.81	6	7.14	25	29.76	84	100.00
Participa en actividades que fomentan su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud.	18	21.43	43	51.19	16	19.05	7	8.33	84	100.00
Consume sustancias nocivas.: cigarro, alcohol y/o drogas.	60	71.43	22	26.19	0	0,00	2	2.38	84	100.00

Fuente: Matriz de Datos

Tabla 8. Muestra resultados del Estilo de vida dimensión responsabilidad en salud de las mujeres menopáusicas. En el primer ítem se observa que el 29,76% de las mujeres menopáusicas siempre acuden por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica, mientras que el 30,95% acuden a veces al médico, en el segundo ítem se observa que el 32,14% siempre cuando presentan una molestia acuden al establecimiento de salud, el 33,33% a veces, acuden a un establecimiento de salud.

En el tercer ítem se observa que el 38,10% a veces toman medicamentos solo prescritos por el médico, el 30,95% siempre toman medicamentos con receta médica, en el cuarto ítem se observa que el 48,81% a veces toman en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud, el 30,95% de las mujeres menopausicas siempre toman en cuenta recomendaciones por personas que garanticen su salud.

En el quinto ítem se observa que el 51,19% a veces participan en actividades que fomentan su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud, el 8,33% de las mujeres menopáusicas siempre participan en actividades que brindan las campañas de salud, en el sexto ítem se observa que el 71,43% nunca consumen sustancias nocivas: como el cigarro, alcohol y/o drogas, el 26,19% a veces consumen sustancias como bebidas alcoholizadas.

Para poder estar consciente de los efectos potenciales peligrosos de hábitos de riesgo, se requiere un esfuerzo reflexivo para examinar nuestras vidas desde la perspectiva de la salud y luego un esfuerzo concertado dirigido a cambiar y modificar nuestros hábitos negativos arraigados.

Tabla 9. Estilo de vida saludable de las mujeres menopáusicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.

Estilos de vida saludable	Frecuencia	Porcentaje
Saludable	35	41.67%
No Saludable	49	58.33%
Total	84	100.00%

Fuente: Matriz de Datos

En la tabla 9, se muestra resultados del estilo de vida saludable de las mujeres menopáusicas en estudio. Encontramos que el 41,67% de las mujeres menopáusicas tienen estilos de vida saludable y el 58,33% tienen estilos de vida no saludable, siendo ésta el predominante, situación que se presenta en esta etapa por la falta de actividad física ya que solo se dedican al cuidado de su hogar y la mayoría lleva una vida sedentaria.

Los estilos de vida que presentan las mujeres menopáusicas que residen en los barrios urbano marginales, están determinadas por características personales, constituidas por sus reacciones habituales, influenciadas por sus condiciones de vida entre otros

factores, dichas pautas de comportamientos son modificadas continuamente de acuerdo a cada situación que se presenta diariamente.

En la tabla 9 se muestra que las mujeres que hemos investigado, con un 58,33% presentan estilos de vida no saludable, este resultado nos apoya Marquina (2016) en su investigación titulada: “Estilos de vida y su relación con el estado nutricional y presión arterial en mujeres mayores de 40 años Wichanzao-La Esperanza 2015”. quien el 87% de mujeres presentaron un estilo de vida no saludable y el 13% un estilo de vida saludable.

Objetivo específico 2.

Evaluar el Índice Masa Corporal de las mujeres menopáusicas.

Tabla 10. Índice Masa Corporal de las mujeres menopáusicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.

Índice Masa Corporal	Frecuencia	Porcentaje
Normal	8	10%
Sobrepeso	36	43%
Obesidad grado I	27	32%
Obesidad grado II	11	13%
Obesidad grado III	2	2%
Total	84	100%

Fuente: Matriz de Datos

En la tabla 10. Se evidencia resultados del índice masa corporal (IMC) de las mujeres menopáusicas. Donde el 43% presentan sobre peso, el 32% presentan obesidad grado I, el 13% presentan obesidad grado II y el 2% presentan obesidad grado III, en el grupo etáreo de mujeres menopáusicas residentes en los barrios urbano marginal, predomina el sobrepeso y obesidad grado I, esto puede deberse a la actividad física que realizan, al tipo de alimentación y otros factores que influyen significativamente en su estado nutricional.

Este resultado apoya Ronivon (2018). En el estudio titulado “Índice masa corporal y factores asociados en mujeres climatéricas”. Quien muestra lo siguiente: mostraron una alta prevalencia de la obesidad (36,0%) y el sobrepeso (38,1%), concluye que existe la presencia de la obesidad y el sobrepeso.

Objetivo específico 3.

Evaluar el perímetro abdominal de las mujeres menopaúsicas.

Tabla 11. Perímetro abdominal de las mujeres menopaúsicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.

Perímetro abdominal	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	0	0%
Alto	7	8%
Muy Alto	77	92%
Total	84	100%

Fuente: Matriz de Datos

En la tabla 11. Se evidencia resultados del Perímetro abdominal de las mujeres menopaúsicas. Donde el 92% tienen un perímetro muy alto, el 8% un perímetro alto, deduciendo que todas las mujeres menopaúsicas presentan grasa abdominal acumulada la que es consecuencia de factores genéticos, hormonales y la presencia de estilos de vida no saludable influenciada por diversos factores tales como escasa actividad física y malos hábitos de alimentación.

El perímetro se refiere a la circunferencia abdominal, de estos resultados es que el tipo de población muchas veces no se encuentra en sus domicilios, ya que la visita al hogar, esta limitante es generalizada en todas las mujeres menopaúsicas, por lo que deben buscarse estrategias para promover una buena alimentación, actividad física y sobre todo en el aspecto emocional.

Objetivo específico 4.

Valorar el porcentaje de grasa corporal de las mujeres menopaúsicas.

Tabla 12. Evaluación del estado nutricional según porcentaje de grasa corporal de las mujeres menopaúsicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.

Porcentaje de grasa corporal	Frecuencia	Porcentaje
Normal	0	0%
Límite	6	7%
Obesidad	78	93%
Total	84	100%

Fuente: Matriz de Datos

En la tabla 12. Se evidencia resultados del Porcentaje de grasa corporal de las mujeres menopaúsicas. Donde el 93% tienen obesidad, el 7% están en límite, de ello se deduce que casi la totalidad de socias presentan un exceso grasa corporal.

El porcentaje de grasa corporal se muestra a consecuencia del desorden alimenticio, la escasa actividad física, de acuerdo con esto, la prevalencia de obesidad comparada con los valores de índice de masa corporal IMC que también es mucho mayor, en las últimas décadas ha crecido el mal estado nutricional en distintos grupos de edades de personas sobre todo adultas, presentando riesgo de deficiencias y excesos dietéticos que pueden ser desencadenantes de muchas de estas enfermedades.

Este resultado apoya Ronivon (2018). En el estudio titulado “Índice masa corporal y factores asociados en mujeres climatéricas”. Quien muestra lo siguiente: mostraron una alta prevalencia de la obesidad con (36,0%), concluye que existe la presencia de la obesidad en su población en estudio.

Objetivo específico 5.

Valorar el índice cintura - cadera de las mujeres menopaúsicas.

Tabla 13. Índice cintura - cadera de las mujeres menopaúsicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.

Índice cintura - cadera	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	14	17%
Medio	7	8%
Alto	63	75%
Total	84	100%

Fuente: Matriz de Datos

En la tabla 13. Se evidencia resultados del índice cintura - cadera de las mujeres menopaúsicas. Donde el 75% tienen alto índice cintura - cadera, el 8%, muestran un nivel medio de índice cintura - cadera, el 17% muestran un nivel bajo de índice cintura - cadera, de ello se deduce que tres de cada 4 mujeres menopaúsicas presentan alto índice cintura – cadera.

la índice cintura cadera son ampliamente utilizados como indicadores de obesidad abdominal en estudios sobre factores de riesgo vascular y metabólicos, se produce cuando la grasa va directamente a las caderas y los muslos, asimismo existe una combinación de ambas a la que la conocemos como mixta.

Como lo dice Quispe (2017), en su investigación “Consumo de fibra dietética y su relación con los niveles de lípidos séricos, composición corporal y distribución de masa grasa en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad, que acudan al hospital Azángaro - Puno, 2016”, quien muestra que el 100% del total de la población presentan un alto porcentaje de masa grasa.

Objetivo específico 6.

Relacionar el estilo de vida con la índice masa corporal, perímetro abdominal, porcentaje de grasa corporal y con índice cintura-cadera de las mujeres menopaúsicas.

Tabla 14. Relación del estilo de vida con la índice masa corporal, de las mujeres menopaúsicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.

Estilos de vida según dimensiones	Estado nutricional			
	Índice de Masa Corporal (IMC)			
	Valor X^2_c	Valor X^2_t	Si	Decisión
Alimentación	43,735	21,03	$X^2_c > X^2_t$	Se rechaza H_0 y se Acepta H_a
Actividad y ejercicio	22,300	21,03	$X^2_c > X^2_t$	Se rechaza H_0 y se Acepta H_a
Manejo del estrés	23,211	21,03	$X^2_c > X^2_t$	Se rechaza H_0 y se Acepta H_a
Apoyo Interpersonal	43,075	15,51	$X^2_c > X^2_t$	Se rechaza H_0 y se Acepta H_a
Autorrealización	35,299	21,03	$X^2_c > X^2_t$	Se rechaza H_0 y se Acepta H_a
Responsabilidad en salud	25,560	21,03	$X^2_c > X^2_t$	Se rechaza H_0 y se Acepta H_a

Fuente: Matriz de Datos

En cuanto a la relación de los estilos de vida con el Índice de Masa Corporal de las mujeres menopaúsica, se observa que al análisis estadístico, para los estilos de vida según las dimensiones de alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud relacionado al IMC, se encontró que la X^2_c es mayor que la X^2_t en cinco dimensiones del estilo de vida, por lo tanto se rechaza la H_0 y se acepta la H_a , por lo tanto, los estilos de vida si tienen relación con el índice de masa corporal, de las mujeres menopaúsicas.

Yanqui Q., (2019) la presente investigación titulada “Densidad mineral ósea y su

correlación con el índice de masa corporal y factores de riesgo en mujeres posmenopáusicas de la ciudad de Ayaviri - Puno 2019; En su conclusión se identificó una alta prevalencia de osteopenia y osteoporosis en mujeres posmenopáusicas; el IMC se encontró sobrepeso y obesidad.

Tabla 15. Relación del estilo de vida con el perímetro abdominal, de las mujeres menopaúsicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.

Estilos de vida según dimensiones	Estado nutricional			
	Perímetro abdominal			
	Valor X^2_c	Valor X^2_t	Si	Decisión
Alimentación	9,569	7,82	$X^2_c > X^2_t$	Se rechaza Ho y se Acepta Ha
Actividad y ejercicio	8,370	7,82	$X^2_c > X^2_t$	Se rechaza Ho y se Acepta Ha
Manejo del estrés	11,450	7,82	$X^2_c > X^2_t$	Se rechaza Ho y se Acepta Ha
Apoyo Interpersonal	10,566	7,82	$X^2_c > X^2_t$	Se rechaza Ho y se Acepta Ha
Autorrealización	12,344	7,82	$X^2_c > X^2_t$	Se rechaza Ho y se Acepta Ha
Responsabilidad en salud	9,818	7,82	$X^2_c > X^2_t$	Se rechaza Ho y se Acepta Ha

Fuente: Matriz de Datos

Según la prueba estadística se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula en vista de que la X^2_c es mayor que la X^2_t , lo que significa que los estilos de vida según dimensiones tienen relación con el perímetro abdominal de las mujeres menopaúsicas residentes en los barrios urbano marginales.

Los resultados confirman la relevancia del sobrepeso y obesidad, y en especial de la grasa abdominal, respecto al desarrollo de riesgo cardiovascular en nuestra población estudiada. Algunos autores consideran que la grasa perivisceral, tiene una buena correlación con el perímetro abdominal y actualmente, se tiende a utilizar la circunferencia de la cintura y cadera como indicadores de riesgo asociado a desarrollar comorbilidad.

Marquina M., (2016) en la ciudad de Trujillo realizó una investigación titulada: “Estilos de vida y su relación con el estado nutricional y presión arterial en mujeres mayores de 40 años Wichanza – La Esperanza 2015”; Los resultados fueron que el 87%

de mujeres presentaron un estilo de vida no saludable y el 13% un estilo de vida saludable. Se concluyó que el estilo de vida se relaciona significativamente con el estado nutricional ($p = 7 \times 10^{-5}$), el perímetro abdominal ($p = 2.7 \times 10^{-5}$) y la presión arterial ($p = 0.002$) en mujeres mayores de 40 años. concluye que el perímetro abdominal se midió con una cinta métrica y la presión arterial empleando tensiómetro y estetoscopio. Para establecer la relación entre las variables se usó la prueba estadística del Chi Cuadrado con 95% de confiabilidad y con un nivel de significancia de 0.05 (15).

Tabla 16. Relación del estilo de vida según dimensiones con el porcentaje de grasa corporal de las mujeres menopaúsicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.

Estilos de vida según dimensiones	Estado nutricional			
	Porcentaje de grasa corporal			
	Valor X^2_c	Valor X^2_t	Si	Decisión
Alimentación	9,046	7,82	$X^2_c > X^2_t$	Se rechaza Ho y se Acepta Ha
Actividad y ejercicio	7,955	7,82	$X^2_c > X^2_t$	Se rechaza Ho y se Acepta Ha
Manejo del estrés	10,277	7,82	$X^2_c > X^2_t$	Se rechaza Ho y se Acepta Ha
Apoyo Interpersonal	8,472	7,82	$X^2_c > X^2_t$	Se rechaza Ho y se Acepta Ha
Autorealización	8,086	7,82	$X^2_c > X^2_t$	Se rechaza Ho y se Acepta Ha
Responsabilidad en salud	20,677	7,82	$X^2_c > X^2_t$	Se rechaza Ho y se Acepta Ha

Fuente: Matriz de Datos

Según el tratamiento estadístico encontramos que la X^2_c es mayor que la X^2_t en relación a los estilos de vida según dimensiones con el porcentaje de grasa corporal de las mujeres menopaúsicas residentes en los barrios urbano marginales de Puno. Se observa que, al análisis estadístico para los estilos de vida según las dimensiones de alimentación, actividad y ejercicio físico, manejo del stress, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad con el porcentaje de grasa corporal se encontró que la X^2_c es mayor que

la X^2_t por lo tanto se rechaza la H_0 y se acepta la H_a , por lo tanto, los estilos de vida si tienen relación con el porcentaje de grasa corporal de las mujeres menopaúsicas.

De los resultados se deducen que existen socias, que llevan un estilo de vida no saludable presentando un alto índice de estado nutricional no normal y que teniendo un estilo de vida saludable tienen un porcentaje de grasa corporal alto y muy alto, se asume que, en esta investigación, el estilo de vida afecta significativamente al estado nutricional de las mujeres menopaúsicas.

Hernández (2009) menciona que la grasa de depósito; es la que define la condición de obesidad (exceso de grasa corporal) y es el indicador más aproximado de las reservas calóricas del individuo y por tanto de gran importancia, por ser útil en la evaluación nutricional para la identificación de las etapas iniciales de malnutrición por exceso o déficit.

Tabla 17. Relación del estilo de vida con el índice cintura-cadera de las mujeres menopaúsicas de los barrios urbano marginales de Puno, 2018.

Estilos de vida según dimensiones	Estado nutricional			
	Índice cintura- cadera			
	Valor X^2_c	Valor X^2_t	Si	Decisión
Alimentación	22,207	12.59	$X^2_c > X^2_t$	Se rechaza H_0 y se Acepta H_a
Actividad y ejercicio	14,173	12.59	$X^2_c > X^2_t$	Se rechaza H_0 y se Acepta H_a
Manejo del estrés	17,458	12.59	$X^2_c > X^2_t$	Se rechaza H_0 y se Acepta H_a
Apoyo Interpersonal	12,754	12.59	$X^2_c > X^2_t$	Se rechaza H_0 y se Acepta H_a
Autorrealización	16,927	12.59	$X^2_c > X^2_t$	Se rechaza H_0 y se Acepta H_a
Responsabilidad en salud	12,878	12.59	$X^2_c > X^2_t$	Se rechaza H_0 y se Acepta H_a

Fuente: Matriz de Datos

En la tabla 17, se evidencian resultados de la relación; del estilo de vida según dimensiones y el índice cintura - cadera de las mujeres menopáusicas, demostrando que el análisis estadístico, para las dimensiones de alimentación, actividad y ejercicio, manejo del stress, autorrealización y responsabilidad en salud relacionado al el índice cintura - cadera, muestra que la X^2_c es mayor que la X^2_t en las cinco dimensiones del estilo de vida,



por lo tanto se rechaza la H_0 y se acepta la H_a , por lo tanto los estilos de vida si tienen relación con el índice cintura - cadera, de las mujeres menopaúsicas.

Los resultados indican que hay mujeres menopaúsicas, que llevan un estilo de vida no saludable presentando un alto índice de estado nutricional no normal y que teniendo un estilo de vida saludable tienen una índice cintura – cadera tendiente a la obesidad, de ello se deduce que la investigación el estilo de vida afecta significativamente al estado nutricional de las mujeres menopaúsicas de las zonas urbano marginales de la ciudad de Puno, tomando en cuenta los objetivos específicos.



V. CONCLUSIONES

Primera.- El estilo de vida influye en la composición corporal de las mujeres menopaúsicas que residen en los barrios urbano marginales de la ciudad de Puno, debido que; el 58,33% las mujeres menopaúsicas presentan problemas en la composición corporal influenciadas por los estilos de vida no saludable, debido a las inadecuadas características de; alimentación, actividad y ejercicio, manejo de estrés, apoyo interpersonal, la autorrealización y responsabilidad en salud, además la prueba de la X^2_c es mayor a la X^2_t en las cinco dimensiones del estilo de vida, demostrando que los estilos de vida tienen relación con la composición corporal.

Segunda. - El índice masa corporal de las mujeres menopaúsicas, presentan sobre peso hasta obesidad de grado II, en un 43% en mujeres menopaúsicas, el 32% presentan obesidad grado I, el 13% presentan obesidad grado II y el 2% presentan obesidad grado III, ello se debe a la escasa actividad física, al tipo de alimentación y otros factores que influyen significativamente.

Tercera. - El perímetro abdominal de las mujeres menopaúsicas, es alto, donde el 92% tienen un perímetro muy alto, el 8% tienen un perímetro alto, deduciendo que todas las socias presentan grasa abdominal acumulada, influenciada por diversos factores tales como escasa actividad física y malos hábitos de alimentación.

Cuarta. - El porcentaje de grasa corporal de las mujeres menopaúsicas, evidencian obesidad, porque el 93% tienen obesidad, el 7% de las mujeres menopaúsicas, están en límite, deduciendo casi la totalidad de mujeres menopaúsicas tienen exceso de grasa corporal, a consecuencia del desorden alimenticio, la escasa actividad física.

Quinta. - El índice cintura - cadera de las mujeres menopaúsicas, presentan alto índice,



porque el 75% tienen alto índice cintura - cadera, el 8%, muestran un nivel medio de índice cintura - cadera, el 17% muestran un nivel bajo de índice cintura - cadera, de ello se deduce que tres de cada 4 mujeres menopaúsicas presentan alto índice cintura – cadera.

Sexta. - El estilo de vida de las mujeres menopaúsicas se relaciona con la índice masa corporal, perímetro abdominal, porcentaje de grasa corporal y con índice cintura-cadera, situación que se demuestra con el análisis estadístico; donde X^2_c es mayor que la X^2_t en las cinco dimensiones del estilo de vida y por valor de probabilidad que son inferiores a 0,05 se evidencia que la prueba es significativa. Es decir, la población en estudio no tiene buenos estilos de vida, por ende, el índice masa corporal es alto.



VI. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al programa de complementación alimentaria de la Municipalidad Provincial de Puno, incluir actividades educativas preventivas promocionales en relación a la aplicación de estilos de vida saludable dirigida a las mujeres en la etapa menopáusica, así mejorar la calidad de vida de la mujer en esta etapa.
2. Recomendar a las mujeres menopáusicas asuman un estilo de vida saludable esto con el fin de disminuir los síntomas de la menopausia, los riesgos de la TH, y los riesgos de las enfermedades propias de la tercera edad (ECV, diabetes II, hipertensión arterial, osteoporosis, etc.).
3. Promover una alimentación saludable baja en grasas trans, saturada y rica en omega 3 que son los ácidos grasos esenciales poliinsaturados, como EPA y DHA o la “dieta mediterránea, el ejercicio físico adecuado para mantener el IMC y el perímetro abdominal. Ejercicios mentales y espirituales para mantener la función cognitiva y manejar el estrés.
4. Realizar estudios similares de investigación en mujeres en la etapa menopáusica en otros establecimientos de salud; a fin de establecer las comparaciones en lo que respecta a los estilos de vida en esta etapa de la mujer.
5. A las Instituciones como las Universidades u otras, realizar coordinaciones con el Ministerio de salud, Essalud para que elaboren actividades de capacitación y/o campañas sobre alimentación saludable, porque en la investigación se observan porcentajes considerables que presentan alto riesgo de sobrepeso y obesidad.



VII. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Actividad Física. [Online]; 2015. Disponible en: <https://goo.gl/ge1Cu5>.
2. Alejo KLC. Calidad de vida y su relación con el estado nutricional en comerciantes del mercado central Puno Altiplano UNd, editor. Puno; 2021.
3. García Luna , García Peris P, Gómez Enterría , Sanz , Virgili. Bases científicas de una alimentación saludable. Rev. Med. Univ. Navarra. 2006; 50(4): p. 7-14.
4. Vio , Salinas , Montenegro , González , Lera L. Efecto de una intervención educativa en alimentación saludable en profesores y niños preescolares y escolares de la región de Valparaíso. Nutr. Hosp. 2014; 6(29): p. 1298-1304.
5. Gómez Álvarez , Pita Rodríguez , Cardellá Rosales , Paneque Blanco , Torre Núñez. Comportamiento del exceso de peso en las mujeres en edad fértil que viven sin restricciones en la comunidad. Rev.Cub.Alim.Nut. 2016; 26(2): p. 284-296.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. nota de prensa INEI. Lima.
7. Ronivon Fonseca J, Ferreira Freitas R, Rita Duarte M, Chaves Pereira Reis V, Araújo Veloso D, Santos Brant J. Índice de Masa Corporal y factores asociados en mujeres climátericas. Enferm. glob. 2018; 49(17): p. 1-35.
8. Nogueira de Medeiros Carvalho C, Vasconcelos de Oliveira Borges M, Ranco Pires Medeiros J, Barbosa Trindade T, Sierra Sánchez D, Moreira Silva Dantas P, et al. Consumo alimenticio de mujeres activas e inactivas físicamente durante la postmenopausia. Rev.Int.Med.Cienc.Act.Fís.Deporte. ; 18(70): p. 1-13.
9. Díaz M, Toledo M, Fuillerat M, Romero. Impacto del sobrepeso y la obesidad sobre la autoimagen corporal de la mujer en la menopausia. Inst.Nut.Hig.Alim. 2015; 24(34-39).
10. Restrepo M, Velásquez M, Monroy A, Perez J. Efecto de la actividad física controlada sobre la composición corporal de mujeres sedentarias posmenopáusicas. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2017; 4(14): p. 230-234.
11. Bermúdez E, Cabas F, Arca J, Henao A, Herrera G, Polo R. Nivel de actividad física y composición corporal en mujeres menopáusicas en la universidad Simón Bolívar. Rev. salud mov. 2018; 1(10): p. 16-21.
12. Martínez Chang YM, Sarduy Nápoles M, Rodríguez Martínez L, Rodríguez Molina M, Iglesias González B. Síntomas climatéricos según el estilo de vida en mujeres de edad mediana. Rev Cuba Obstet Ginecol. 2016; 3(42): p. 295–308.
13. Mollo Flores K. Influencia del índice de masa corporal sobre la calidad de vida en la mujer menopáusica [tesis] , editor. Bolivia: Universidad Mayor de San Simón; 2018.



14. Cardenas-Cerna P. "Estilos de vida en mujeres en etapa menopáusica. Consultorio de obstetricia del Puesto de Salud los Quechuas Independencia [Tesis] , editor. trujillo: Universidad Cesar Vallejo; 2018.
15. Marquina Blas M. Estilos de vida y su relación con el estado nutricional y presión arterial en mujeres mayores de 40 años. Wichanza - La Esperanza [tesis] , editor. TRUJILLO: Universidad César Vallejo; 2015.
16. Palacios D. Estilos de vida y factores biosocioculturales de la mujer adulta en el caserío Locuto-Tambogrande [tesis] , editor. piura: Universidad los Angeles Chimbote; 2015.
17. Rodriguez Cuevas ME. Estilos de Vida Saludable en Relación Al Consumo Alimentario y Nivel Socioeconomico de Madres Beneficiarias del Programa de Complementación Alimentaria [tesis] , editor. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2015.
18. Yanqui Quispe AF. Densidad mineral ósea y su correlación con el índice de masa corporal y factores de riesgo en mujeres posmenopáusicas [tesis] , editor. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2019.
19. Vilca Ayamamani D. Influencia de las sesiones educativas en la práctica de estilo de vida saludable en beneficiarias del Programa Juntos del Distrito de Atuncolla [tesis] , editor. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2017.
20. Estefanero-Carpio YS. Estilos de vida de mujeres en la etapa posmenopáusica en el Instituto Nacional Materno Perinatal [tesis] , editor. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
21. Organización mundial de la salud. Inactividad física: un problema de salud pública mundial. World Health Organization. [Online]; 2015. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/.
22. Menéndez L. De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva Argentina; 2009.
23. Zanabria M. Relación de los estilos de vida y el estado nutricional de los adultos mayores beneficiarios del programa nacional de asistencia solidaria pensión 65 del distrito de Paucarcolla [tesis] , editor. puno: Universidad Nacional del Altiplano - Puno; 2015.
24. Corcuera P, Irala J, Osorio A, Rivera R. Estilos de vida de los adolescentes tesis , editor. Piura: Universidad de Piura UdNlc; 2010.
25. Organizacion Mundial de la Salud. Estilo de Vida. [Online]; 2017. Disponible en: <https://www.consumoteca.com/bienestar-y-salud/vidasana/estilo-de-vida/>.
26. National Heart, Lung and Blood Institute. La actividad física y el corazón. [Online]; 2010. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/la-actividad-fisica-y-elcorazon>.
27. Lamela M. Valoración de la Condición Física relacionada con la Salud: Cefore; 2005.
28. Román-García J. Cómo combatir el estrés laboral. Producción Arteamina. 2009;; p. 109-44.



29. Maslow A. enciclopediasalud.com. [Online]; 2016. Acceso 17 de Mayo de 2017. Disponible en: <http://www.enciclopediasalud.com/definiciones/autorrealizacion>.
30. Quintero-Angarita JR. Teoría de las necesidades de Maslow México; 2007.
31. Palacios-Castro D. Estilos de vida y factores biosocioculturales de la mujer adulta en el caserío Locuto-Tambogrande [tesis] , editor. Piura: Universidad Católica los Angeles Chimbote; 2012.
32. Doubront MA. Impacto del contexto económico, social y político de Venezuela en el docente Universitario. Análisis desde la pirámide de Maslow. *dissertare*. 2020; 5(2).
33. Bezares V, Cruz R. Evaluación del estado de Nutrición en el Ciclo Vital humano. 1st ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana de España; 2012.
34. Ganong WF. Fisiología Médica. El Manual Moderno. 17th ed. Mexico; 2002.
35. González M, Pino V. J. Estudio comparativo de las curvas de crecimiento NCHS/OMS: evaluación del estado nutricional e implicancias en un centro de salud familiar. *Rev Chil Nutr*. 2010; 37(2): p. 177-169.
36. OMS. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Informe de un Comité de expertos de la serie de informes técnicos. ; 2008.
37. Gomez B, Maria J. Circunferencia del brazo como evaluadora del estado nutricional del adulto. *Revista cubana Aliment Nutr*. 2012; 2(12): p. 86-90.
38. Portes P, del-Castillo C, Jesus M. El índice cintura cadera. Revisión. Centro de Medicina Deportiva. .
39. Frías M. Enfoque nutricional objetivo de la evaluación antropométrica realizada en mineros de Somilora Tesis , editor. Guayaquil-Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Litoral; 2010-2011.
40. FELANPE Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional NCyM. Evaluación del estado nutricional en paciente hospitalizado. Documento final de Consenso. Colombia.
41. OMS. Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa. informe de un Grupo Científico de la OMS. ginebra.
42. Ministerio de Salud Pública. Guía de atención clínica del climaterio y la menopausia. Perú.
43. Palacios, S; Menendez, C. Comprender los Trastornos de la Menopausia..
44. Valcárcel, Josefa . Menopausia. Msd. 2018;: p. <http://www.imsociety.org>.
45. Pérez LE, Rojas. Menopausia: panorama actual de manejo. *Rev. fac. med*. 2011; 1(9): p. 56-65.
46. MIDIS. Pautas para el cumplimiento del funcionamiento de comedores y servicios de alimentación proceso de transferencia. Lima.



47. Spitzer H. Situación Actual del Adulto Mayor en el País Arequipa Perú: Asociación Adulto Feliz; 2011.
48. Aguilar Esenarro , Contreras Rojas , Canto , Vílchez Dávila W. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta Lima: Ministerio de Salud; 2012.
49. Choque R. Comunicación y Educación para la promoción de la salud; 2005.
50. Díaz M, col. Patrón alimentario de estudiantes universitarios: Comparación entre culturas. Rev Nut Comunitaria. 2005.
51. Juárez A. Autopercepción de la imagen corporal y hábitos alimentarios relacionados al estado nutricional de estudiantes de educación secundaria estatal y privada. Lima – Perú; 2013.
52. Organización Mundial de la Salud. Nutrición (OMS). Evaluación nutricional. [Online]; 2016. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/about_us/es/.
53. Díaz T, Andrea T, Flores A. Mediciones biométricas, incluyendo grosor de pliegues cutáneos como indicadores de la composición corporal y estado nutricional: Estudio longitudinal en escolares de Valparaíso. Rev. chil. anat, 12(2),; 1994.
54. CRI. Ministerio de cultura. [Online]; 2009. Disponible en: <https://centroderecursos.cultura.pe/es/palabrasclave/barrio-urbano-marginal>.
55. Romero S. Estilo de vida y estado nutricional en personas adultas mayores, usuarios del programa del adulto mayor del Puesto de Salud Churubamba Huánuco 2016: Universidad de Huánuco; 2018.
56. Valderrama K. Estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor de EsSalud Cajamarca 2017: Universidad Nacional de Cajamarca; 2017.
57. Taco S, Vargas R. Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor en el distrito de Polobaya Arequipa: Universidad Nacional San Agustín; 2015.
58. Serrano M. Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor que asiste al Centro de Salud Venezuela del a ciudad de Machala: Universidad Nacional de Loja; 2018.



ANEXOS



ANEXO 1

ENCUESTA SOBRE ESTILO DE VIDA

Nombre: Fecha:

Marque con una X, sola una respuesta a cada una de las preguntas

N: NUNCA

V: AVECES

F: FRECUENTE

S: SIEMPRE

N°	ITEM	CRITERIOS			
ALIMENTACIÓN					
1	Come Ud. tres veces al día: desayuno almuerzo y comida.	N	V	F	S
2	Todos los días, Ud. consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales y granos.	N	V	F	S
3	Consume de 4 a 8 vasos de agua al día.	N	V	F	S
4	Incluye entre comidas el consumo de frutas.	N	V	F	S
5	Escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida.	N	V	F	S
6	Lee Ud. las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes.	N	V	F	S
ACTIVIDAD Y EJERCICIO					
7	Hace Ud., ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana.	N	V	F	S
8	Diariamente Ud. realiza actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo.	N	V	F	S
MANEJO DEL ESTRÉS					
9	Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.	N	V	F	S
10	Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación.	N	V	F	S
11	Ud. plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación	N	V	F	S
12	Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.	N	V	F	S
APOYO INTERPERSONAL					
13	Se relaciona con los demás.	N	V	F	S
14	Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás.	N	V	F	S
15	Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas.	N	V	F	S
16	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás.	N	V	F	S
AUTOREALIZACIÓN					
17	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida.	N	V	F	S
18	Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza.	N	V	F	S
19	Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal.	N	V	F	S



RESPONSABILIDAD EN SALUD					
20	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.	N	V	F	S
21	Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud.	N	V	F	S
22	Toma medicamentos solo prescritos por el médico.	N	V	F	S
23	Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud.	N	V	F	S
24	Participa en actividades que fomentan su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud.	N	V	F	S
25	Consume sustancias nocivas.: cigarro, alcohol y/o drogas.	N	V	F	S

Fuente: Walker, Sechrist (2008)



ANEXO 2

FICHA DE PARA EL REGISTRO DE LA COMPOSICION CORPORAL

Comedor :..... fecha:.....

NOMBRE			
Edad (años)			
Peso (kg)			
Talla (m)			
IMC			
ANTROPOMETRÍA			
Perímetro abdominal			
C.cintura			
C.cadera			
ICC			
PLIEGUES			
	1ra	2ra	3ra
Bicipital			
Tricipital			
Subescapular			
Suprailiaco			
SUMA			
%GC			

